LA



SEMAINE MÉDICALE

VINGTIÈME ANNÉE

1900



PARIS

BUREAUX : 18, RUE DE L'ABBÉ-DE-L'ÉPÉE

—

1900

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

(ANNÉE 1900)



A

D

E



Q

R

U

V

X

Z

Paris. — Imp. de la *Semaine Médicale*, 31, rue Croix-des-Petits-Champs.— J. CHARPENTIER.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

(ANNÉE 1900)

A

B

C

D

E

LA SEMAINE MÉDICALE

VINGTIÈME ANNÉE

ANNEXES



TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

(ANNÉE 1900)

Les chiffres arabes ci-dessous correspondent aux chiffres romains des Annexes.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DU BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL (ANNÉE 1900)

Les chiffres arabes ci-dessous correspondent aux chiffres romains des Annexes.

G

H

I

J

VINGTIÈME ANNÉE (1900)

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

REVUE GÉNÉRALE

Les tuberculides.

On sait dans quelles proportions s'est accru depuis quelques années le domaine de la tuberculose et, en particulier, celui de la tuberculose ganglionnaire, hépatique, péritonéale et pleurale. Récemment encore, MM. Rendu et Widal montraient la nature tuberculeuse de certaines hypertrophies spléniques. Des affections dont l'étiologie paraissait connue, et, entre autres, le rétrécissement du rectum, jadis considéré comme d'origine syphilitique constante, sont maintenant rattachées dans la plupart des cas à l'infection tuberculeuse. De plus, nous avons acquis la notion de lésions dues aux produits de sécrétion du bacille de Koch, notamment au niveau du foie, du rein, et peut-être la liste des réactions morbides dues à l'infection et à l'intoxication tuberculeuses n'est-elle pas encore close.

Nous devons nous demander aujourd'hui si le domaine de la tuberculose cutanée, qui paraissait à peu près fermé et limité au lupus tuberculeux (*lupus de Willan*) et à ses diverses formes, aux gommes tuberculeuses, à la tuberculose ulcéreuse aiguë, ne doit pas être largement étendu. D'une part, certaines formes, très curieuses, de tuberculose de la peau ont été méconnues jusqu'à ces derniers temps; d'autre part, il existe une série d'affections cutanées dont le type le plus fréquent et le mieux connu est fourni par le lupus érythémateux (*lupus de Cazenave*), et dans lesquelles les lésions cutanées diffèrent des lésions bacillaires; jamais on n'y a trouvé le bacille de Koch, et elles ne réagissent pas à la tuberculine. On tend à les rattacher à une intoxication tuberculeuse. Ces lésions ont été dénommées, par M. Darier, des *tuberculides*, par M. Hallopeau des *toxituberculides*, par C. Boeck des *exanthèmes tuberculeux*.

Les questions soulevées au sujet de ces affections n'intéressent pas évidemment les dermatologistes seuls, mais tous les médecins que préoccupe la pathologie générale de la tuberculose. Nous voudrions tracer ici les grandes lignes d'un problème extrêmement difficile, et indiquer les caractères cliniques et histologiques des « tuberculides », en insistant sur leurs connexions avec la tuberculose et sur leurs rapports avec la « scrofule ».

I

L'origine de la théorie des tuberculides doit être cherchée dans les discussions qui ont eu lieu sur l'origine du lupus érythémateux. Pour Bazin, pour Hardy, après Devergie, le *lupus de Cazenave* est une « scrofulide ». Tous ces dermatologistes ont remarqué la coïncidence fréquente de cette affection avec d'autres manifestations de la « scrofule ».

Pour Besnier, qui a transformé la doctrine de la scrofule et rattaché ses manifestations les unes à l'hérédo-syphilis, les autres à la tuberculose, le lupus érythémateux est une forme de tuberculose cutanée, au même titre que le lupus vulgaire. C'est également l'opinion d'Hutchinson. Ces deux auteurs s'appuient principalement sur la fréquence de la tuberculose au cours du lupus érythémateux ou à sa suite.

Des dermatologistes allemands avaient constaté le même fait, qu'il est impossible de méconnaître. Mais Kaposi et l'école de Vienne firent de la tuberculose une « complication » du lupus érythémateux, sans se demander comment une affection locale de la peau peut engendrer un processus général tel que la tuberculose, et si la fréquence d'une pareille complication ne doit pas faire supposer un rapport de cause à effet et obliger, au contraire, à faire du lupus érythémateux une forme ou une complication de la tuberculose elle-même.

Après la découverte de Koch, la nature bacillaire d'une autre affection classée sous le nom de lupus, le *lupus de Willan* (lupus tuberculeux, lupus vulgaire), fut reconnue : la structure des lésions est, dans ce lupus, la même que celle des lésions les plus nettement tuberculeuses; de plus, on peut colorer le bacille dans les coupes et l'inoculation au cobaye détermine régulièrement la tuberculose. Plus tard, on devait ajouter une preuve supplémentaire, à savoir la réaction positive du lupus de Willan à la tuberculine.

Le lupus de Cazenave était-il, comme le lupus de Willan, autre scrofulide de Bazin, une forme de tuberculose cutanée? La structure du lupus de Cazenave, nous dit Leloir (1), n'est pas celle du lupus de Willan. On n'y trouve pas de follicules tuberculeux; on ne peut *jamais* y colorer de bacilles; l'inoculation au cobaye ne provoque *jamais* la tuberculose. Ajoutons que le lupus de Cazenave ne réagit pas à la tuberculine. Le nom de lupus aurait donc été appliqué à deux maladies qui n'ont aucun rapport entre elles.

Dans cette argumentation, qui est celle de tous les auteurs opposés à la théorie de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux, on admet comme démontrée la proposition suivante : toutes les lésions où l'on ne peut *jamais* déceler la présence de bacilles de Koch (soit par la coloration, soit par l'inoculation) n'ont pas une origine tuberculeuse.

Sans doute, dans la série des faits de lupus tuberculeux, nous trouvons nombre de cas où il est impossible de colorer des bacilles de Koch, et quelques-uns dont la nature tuberculeuse ne peut même être démontrée par l'inoculation, qui reste négative. Mais, dans tous ces cas, la structure des lésions est identiquement celle des lupus dont la nature bacillaire peut être mise en évidence par l'histologie et l'expérimentation. L'absence de bacilles de Koch sur des préparations de lupus vulgaire traitées par la méthode de Ziehl ou celle d'Ehrlich s'explique aisément : nous savons que les bacilles sont en très petit nombre dans les lésions, et, d'autre part, on peut, croyons-nous, penser que les bacilles, englobés dans les éléments phagocytaires, sont altérés et ne prennent plus les matières colorantes. Si quelques lupus ne tuberculisent pas le cobaye, c'est, encore, que les bacilles y sont rares; c'est, surtout, qu'ils sont doués d'une virulence très faible.

On peut donc admettre, d'une manière rigoureusement scientifique, que les lésions du lupus de Willan sont dans tous les cas dues à la présence du bacille de Koch.

(1) Leloir. Recherches sur l'histologie pathologique et la nature du lupus érythémateux. (*Journ. des mal. cutan. et syphil.*, II, p. 129.)

Par contre, dans la série entière des faits du lupus érythémateux *typique*, *jamais* on ne trouve de bacilles dans le derme; *jamais* les lésions ne dessinent des follicules tuberculeux (nous éliminons les cas de lupus mixte sur lesquels nous reviendrons plus loin). Les lésions du lupus érythémateux ne peuvent être considérées comme dues au développement local du bacille : l'argumentation de Leloir et celle des auteurs qui ont adopté ses vues paraissent reposer sur des bases inébranlables.

Si nous ignorons l'origine du lupus érythémateux, nous pouvons toutefois affirmer que le lupus érythémateux n'est pas un syndrome anatomo-clinique dû à la présence de bacilles dans la peau.

Reprenons cependant la question sous une autre face et, pour étudier de plus près la nature du lupus érythémateux, adressons-nous à l'histologie qui, depuis quelques années, a fourni des notions nouvelles. Elle nous montre, à côté de lésions épidermiques accessoires, que nous examinerons plus loin en détail, des lésions dermiques considérables : les parois vasculaires sont malades, on constate des néoformations vasculaires, la lumière des vaisseaux est oblitérée ou dilatée, il existe des hémorrhagies; le derme est infiltré de cellules plus ou moins dégénérées, le tissu conjonctif est à peu près détruit. Telles sont les altérations principales.

Or, dans ces lésions, *qui présentent une haute spécificité anatomique, au point de vue macroscopique plus encore qu'au point de vue microscopique*, on peut trouver des altérations d'un autre ordre. Audry (1) a examiné au point de vue microscopique les tissus d'un individu porteur de *lupus érythémateux* de la face et du cuir chevelu. Les lésions de la face offraient la structure typique que nous venons d'indiquer. Au cuir chevelu, les lésions étaient identiques, mais en multipliant les coupes on trouva dans un amas cellulaire quatre cellules géantes, sans bacilles, du reste. Les coupes furent poursuivies, mais on ne trouva plus aucun élément de cet ordre.

J'ai relaté un cas (2) qui diffère déjà du précédent. Il s'agissait d'une malade qui présentait sur la face deux plaques de lupus érythémateux, caractérisé par son infiltration, ses squames, ses télangiectasies, l'atrophie commençante. A l'examen histologique, on trouva, dans le derme, outre les lésions du lupus de Cazenave, au milieu de chaque foyer cellulaire, quelques cellules épithélioïdes et une cellule géante. Il n'y avait pas de bacilles colorables.

Voici maintenant des faits encore plus suggestifs, car l'existence de cellules géantes ne permet pas, à elle seule, de caractériser la nature tuberculeuse d'une lésion.

Il existe des cas fréquents de lupus érythémateux, ayant tous les caractères macroscopiques de cette affection et où l'on voit par endroits des taches de couleur jaunâtre. Ces taches, dilacérées, offrent la mollesse des lésions lupiques tuberculeuses et, au point de

(1) Audry. Lésions histologiques tuberculeuses dans un lupus érythémateux. (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1897, p. 497.)

(2) Leredde. Lupus érythémato-tuberculeux; tuberculose ganglionnaire et pulmonaire. (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1898, p. 262.)

vue microscopique, on constate la réunion, l'association intime des lésions du lupus de Cazenave et du lupus de Willan. Les caractères cliniques et histologiques permettent d'affirmer l'origine tuberculeuse *directe* des lésions; l'existence de cellules géantes, de cellules épithélioïdes est due à la présence locale du bacille.

J'ajouterai, et le fait a une valeur pour compléter les précédents, que dans le lupus vulgaire certaines lésions occasionnelles, télangiectasies, dégénérescences cellulaires, sont des lésions du même ordre que celles du lupus érythémateux commun.

Ainsi donc, entre le lupus de Cazenave et le lupus de Willan il existe une gamme ininterrompue de lésions et on peut observer les formes suivantes : lupus érythémateux typique, cliniquement et microscopiquement; lupus érythémateux typique cliniquement, érythémato-tuberculeux, mixte, microscopiquement; lupus érythémato-tuberculeux, mixte, cliniquement et microscopiquement; lupus tuberculeux, où l'on peut même constater (Leredde) certaines lésions histologiques du lupus érythémateux.

Aucune autre affection cutanée, en dehors de celles que nous classerons plus loin parmi les tuberculides, n'est ainsi reliée à la tuberculose de la peau par des formes intermédiaires.

Le lupus de Cazenave ne réagit pas à la tuberculine. Le lupus de Willan, lésion tuberculeuse, réagit toujours. Mais il existe des faits où le lupus de Cazenave, par exception, réagit à la tuberculine, et aucun caractère clinique n'indique qu'il s'agisse d'un lupus mixte (il est vrai que tout permet de supposer qu'on a affaire dans ces cas à un lupus histologiquement mixte).

Abordons maintenant les faits cliniques. L'existence de la tuberculose, sous toutes ses formes, ganglionnaire, pleurale, osseuse, *cutanée*, est un fait banal chez les sujets atteints de lupus érythémateux. Sans doute elle peut passer souvent inaperçue, car elle se présente fréquemment sous des formes lentes, atténuées; *néanmoins, Boeck l'a constatée 28 fois chez 42 malades*. De plus, si l'on suit les patients pendant plusieurs années, on note à un moment donné diverses manifestations de tuberculose chez ceux qui n'en présentaient aucune au début, et les observations négatives, fournies par les adversaires de l'origine tuberculeuse du lupus de Cazenave, recueillies d'une manière complète et poursuivies durant une période de temps assez longue, *sont excessivement rares*.

Presque tous les malades offrent, dans les formes à localisation faciale, des adénopathies persistantes au niveau des régions sous-maxillaires, adénopathies que n'explique aucune ulcération des téguments de la face. La nature bacillaire de ces adénopathies se révèle souvent par la présence de cicatrices qui ont le type habituel des cicatrices dues aux adénites tuberculeuses suppurées; du reste, ces adénites suppurées peuvent s'observer au cours du lupus de Cazenave et on peut y trouver le bacille de Koch (Hallopeau et Jeanselme, Leredde).

Les faits cliniques conduisent ainsi, naturellement, à se demander si la tuberculose n'existe pas d'une manière *constante* chez les sujets atteints de lupus de Cazenave. Malheureusement il est impossible de répondre d'une manière catégorique à une question semblable; on comprendra aisément pourquoi.

Parmi les individus qui présentent des foyers de tuberculose au sommet du poumon, tous n'offrent pas de signes physiques qui autorisent à diagnostiquer une infection tuberculeuse. Parmi ceux qui portent des ganglions tuberculeux en une région quelconque du corps, tous n'ont pas de suppuration froide, et souvent les adénopathies n'ont pas un développement suffisant pour permettre de reconnaître la tuberculose. Parmi ceux chez lesquels il existe des bacilles à l'état permanent sur les muqueuses nasales, beaucoup ne présentent aucun signe clinique révélant une infection superficielle. Toutes les lésions que nous venons d'énumérer, nasales, ganglionnaires, pulmonaires, d'autres encore peuvent guérir, *sans avoir fait leur preuve*. Il est donc possible que tout porteur de lupus érythémateux soit atteint de tuberculose, sans que nous puissions le démontrer (1).

Mais, dira-t-on, les sujets atteints de lupus de Cazenave peuvent mourir, et l'autopsie permettra de trancher la question de l'existence de la tuberculose. Ces malades meurent, en effet, presque toujours à une époque peu avancée de la vie, et d'ordinaire ils meurent de tuberculose pulmonaire. Une autopsie complète, au double point de vue histologique et bactériologique d'un individu mort au cours d'un lupus de Cazenave en activité, et qui ne décèlerait aucun foyer bacillaire, suffirait à ruiner la théorie de l'origine tuberculeuse de cette affection. Or, on ne connaît pas d'*autopsie de ce genre*.

Par contre, dans des cas où la tuberculose n'a pas été notée pendant la vie, on peut la déceler à l'autopsie. Voici, par exemple, une observation des plus remarquables, relatée par Fordyce (2). Une femme, alcoolique, ayant depuis trois ans un lupus érythémateux de la face, est atteinte d'ictère et amenée à l'hôpital dans le coma. A l'autopsie, on trouve les poumons non tuberculeux, les plèvres sans adhérences, les ganglions trachéobronchiques, mésentériques et rétropéritonéaux normaux. Mais, dans les deux reins, il existe des lésions tuberculeuses.

L'exemple du lupus érythémateux aigu fournit des arguments encore plus convaincants. Sous ce nom on décrit une forme morbide rare, assez souvent mortelle, qui offre les rapports cliniques et histologiques les plus étroits avec la forme vulgaire.

Cette affection a été signalée par Kaposi qui en a publié 11 cas. Trois fois l'autopsie fut faite : dans un des faits la tuberculose pulmonaire fut constatée, dans les deux autres des lésions de broncho et de pleuro-pneumonie, sur lesquelles aucun détail n'est donné. Dans les autres cas on relève du catarrhe aigu du sommet des poumons, des tuméfactions ganglionnaires atteignant parfois le volume du poing, des crachats sanglants, des phénomènes pulmonaires rapportés à une pneumonie.

Le lupus érythémateux aigu a été encore observé par Hardaway, Lustgarten, Galloway, Besnier, Hallopeau. Dans un fait d'Hardaway, il existait des adénites tuberculeuses et de la fièvre hectique; dans un autre relaté par Besnier, on constata l'existence d'une tuberculose à l'autopsie. Dans un cas de Lustgarten, le malade *succomba à une pneumonie double*, sans qu'on pratiquât toutefois l'autopsie; on a, du reste, relevé huit tuberculeux dans la famille du patient. Dans un fait de Jadassohn, le malade est mort de « broncho-pneumonie »; il n'y a pas eu d'autopsie. Cros (3) rapporte un cas qui peut être rapproché des précédents et où l'évolution du lupus érythémateux a duré en tout six mois, le malade ayant succombé à une granulie.

Voici deux faits récents qui ont été relatés comme négatifs. L'un, observé par Petrini de Galatz, se rapporte à un individu atteint de lupus érythémateux chronique, qui mourut au cours d'une éruption érythémateuse très étendue, avec bulles, respectant la face (la présence de bulles très larges, l'intégrité de la face n'ont pas été signalées dans le lupus érythémateux aigu, et le diagnostic dermatologique est, par suite, contestable). A l'autopsie on constata une pneumonie chronique anthracosique du sommet droit et des ganglions bronchiques *caséeux*. Dans ces ganglions, il n'y avait ni cellules épithélioïdes ni cellules géantes. Il existait, en outre, une « pachyméningite cervicale ». Mais nous savons que la tuberculose ganglionnaire ne s'accompagne pas nécessairement de formation de cellules épithélioïdes ou géantes. Seule l'inoculation au cobaye de ganglions bronchiques et de fragments du foyer pneumonique aurait permis d'établir que le malade n'avait pas de tuberculose. Or, cette inoculation n'a pas été faite, et, d'autre part, la nature de la pachyméningite n'a pas été déterminée.

Une observation de Fr. Koch (1) a trait à une femme atteinte de lupus érythémateux aigu, typique. A l'autopsie, on constata une « bronchopneumonie récente », des ulcérations du palais, du larynx, du vagin. La nature de la bronchopneumonie et des ulcérations n'a été étudiée ni au point de vue histologique ni au point de vue bactériologique et, cependant, l'auteur s'appuie sur ce fait pour contester l'origine tuberculeuse du lupus érythémateux.

S'il résultait de l'étude des faits cliniques que la tuberculose au cours du lupus érythémateux ou à sa suite se rencontre 10 fois, 20 fois ou même 30 fois sur 100, nous n'en serions pas trop surpris, car nous connaissons la fréquence de l'infection bacillaire. Assez souvent les malades vivent dans des salles d'hôpital et se trouvent ainsi dans des conditions propices à la tuberculisation. On pourrait adopter à peu près l'opinion de Kaposi, qui conteste la nature tuberculeuse du lupus de Cazenave, et en faire, non pas une « complication », mais une affection coïncidente. Si même le lupus érythémateux se rattachait à un état général défectueux, on ne serait pas surpris de l'observer assez fréquemment chez des tuberculeux.

Mais après les faits que nous venons de rappeler, nous ne pouvons raisonner ainsi. La tuberculose est extrêmement commune et, peut-être, constante. On est bien forcé d'admettre entre la tuberculose et le lupus érythémateux une relation de cause à effet; cette relation ne peut se comprendre que de deux manières : *la tuberculose est une cause favorisante ou bien la tuberculose est la cause déterminante*.

L'hypothèse d'après laquelle l'infection tuberculeuse ne serait qu'une *cause favorisante* du lupus érythémateux sera peut-être admise un jour; elle s'imposera si l'on réussit à démontrer que cette infection n'est pas constante chez les sujets atteints de la dermatose en question; toutefois, on n'aurait pas encore fourni une explication de cette maladie, car la *cause déterminante* resterait à découvrir. Par contre, si la tuberculose existe d'une manière constante, les faits cliniques obligent à la considérer comme la *cause nécessaire*, sauf à déterminer le mécanisme par lequel la tuberculose peut l'engendrer.

Nous sommes ainsi peu à peu conduits à poser un problème scientifique dont la difficulté est extrême. Les notions générales que nous possédons sur les processus tuberculeux nous obligent à nier l'origine tuberculeuse du lupus de Cazenave. Mais les faits histologiques nous montrent que ses lésions peuvent se combiner à celles du lupus de Willan en toutes proportions, et, d'autre part, les faits cliniques tendent à démontrer qu'il n'existe que chez des tuberculeux.

Comment peut-on résoudre une telle difficulté? On peut, comme le font certains auteurs, nier simplement les faits cliniques, déclarer que la tuberculose n'est pas aussi commune chez les malades qu'on l'a dit, arguer d'observations incomplètes ou suivies pendant une période de temps trop courte, ou d'autopsies *insuffisantes*. Mais on peut aussi se demander si nous connaissons bien toutes les réactions que produit le bacille de Koch dans les tissus et si la tuberculose n'est pas susceptible, par un mécanisme indéterminé, de provoquer les lésions du lupus de Cazenave. Les partisans de l'origine tuberculeuse de cette dermatose admettent aujourd'hui qu'elle est due aux sécrétions toxiques du bacille. Cette théorie, qui n'offre aucune base positive, a cependant une valeur, car seule elle explique des faits *qu'il est impossible de révoquer en doute*.

On peut, du reste, faire remarquer à son appui que le lupus de Cazenave, au début, dans ses formes transitoires, dans ses formes aiguës,

(1) On sait que l'origine nasale du lupus vulgaire de la face est extrêmement commune : on peut se demander si le lupus érythémateux, qui atteint cette région encore plus souvent que le lupus vulgaire, ne reconnaît pas la même origine.

(2) Fordyce. Lupus erythematosus in a tuberculous subject; autopsy report. (*Journ. of Cutan. and Genito-Urin. Diseases*, mars 1899.)

(3) Cros. Du lupus érythémateux et de sa nature tuberculeuse. (*Thèse de Montpellier*, 1896; obs. XXII.)

(1) Fr. Koch. Beitrag zur Lehre vom acuten erythematösen Lupus. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, XXXVII, 1-2.)

présente des connexions étroites avec l'érythème polymorphe. Or, les lésions de l'érythème polymorphe constituent le type des lésions toxidermiques. Nous savons même que certaines intoxications peuvent se traduire par des lésions cutanées limitées qui se développent toujours au même point du tégument lorsque l'intoxication se reproduit; c'est tout au moins le cas pour certaines antipyrinides (Brocq).

En dehors du lupus érythémateux, il existe des lésions cutanées qui se rencontrent aussi chez des sujets suspects de tuberculose ou atteints de tuberculose certaine, qui se développent à l'occasion de poussées tuberculeuses, qui se rapprochent du lupus de Cazenave par leurs lésions vasculaires, et qui relèvent évidemment du même mécanisme que cette maladie. Comme le lupus érythémateux, ces affections offrent tous les termes de transition avec des formes de la tuberculose bacillaire. Nous les étudierons sous le nom de tuberculides.

II

La question des tuberculides est aujourd'hui extrêmement compliquée, parce qu'aucune définition rigoureuse n'en a été donnée jusqu'ici. Le mot a prêté à des confusions de la part d'auteurs non versés dans la dermatologie; certains dermatologistes l'avaient employé, du reste, pour désigner toutes les manifestations de la tuberculose. Or, au sens donné à ce mot par J. Darier, les tuberculides ne comprennent ni les gommes, ni le lupus vulgaire, ni la tuberculose aiguë de la peau; l'emploi de ce terme doit être limité à des lésions dont l'origine tuberculeuse est extrêmement probable, et qui ne contiennent cependant jamais de bacilles de Koch. Hallopeau désigne sous le nom de tuberculides toutes les manifestations de la tuberculose et dénomme « toxituberculides » les « tuberculides » de Darier.

Depuis 1896, époque où la question générale des tuberculides a été soulevée, des faits que nous rappellerons plus loin l'ont transformée sur certains points.

Hallopeau et Boeck comprennent dans les tuberculides ou « toxituberculides », en dehors du lupus érythémateux vulgaire et du lupus pernio qui en est une variété, l'acnitis et la folliclis de Barthélemy (lupus érythémateux disséminé de Boeck), l'érythème induré de Bazin, une série de « folliculites »: lichen scrofulosorum, acné cachecticorum (Hebra), folliculites et acnés des scrofuleux. Boeck y ajoute l'eczéma scrofulosorum, la gangrène cachectique des enfants (Oscar Simon).

Cette liste est, à notre avis, beaucoup trop étendue, parce que depuis 1896 il est devenu évident qu'un certain nombre de ces affections sont de simples formes de tuberculose cutanée, dues à la présence du bacille dans la peau.

Sous le nom de *tuberculides* nous comprendrons seulement le lupus érythémateux et ses variétés, l'érythème induré de Bazin, l'acnitis et la folliclis de Barthélemy. On peut y adjoindre, selon toute apparence, l'angiokératome de Mibelli.

Parmi les affections classées dans les tuberculides par MM. Hallopeau, Darier, Boeck, il convient en effet de distinguer quatre groupes:

1° *Type lupus érythémateux :* Lésions n'ayant pas la structure classique des altérations tuberculeuses (lupus érythémateux sous toutes ses formes, érythème induré, angiokératome, certains cas d'acnitis).

2° *Type lupus érythémato-tuberculeux :* Lésions ayant la structure des précédentes, et présentant en certains points des follicules tuberculeux complets ou incomplets (acnitis et folliclis de Barthélemy, lupus érythémato-tuberculeux, l'érythème induré type Thibierge et Ravaut).

3° *Type lichen scrofulosorum :* Ici les lésions ont la structure tuberculeuse, le follicule tuberculeux s'y trouve à l'état de complet développement (folliculites tuberculeuses, acné cachecticorum).

4° *Eczéma scrofulosorum de Boeck :* Les lésions n'ont pas la structure tuberculeuse, mais elles ne présentent pas non plus celle des affections du premier groupe. Elles ont la même structure que d'autres lésions de la peau, absolument indépendantes de la tuberculose. Nous les éliminons complètement des tuberculides : il s'agit d'affections prenant quelques caractères particuliers, parce qu'elles se développent chez des scrofuleux.

Le premier groupe représente le type parfait des tuberculides. Le bacille tuberculeux ne s'y rencontre pas, les réactions histologiques sont tout à fait différentes de celles qu'il provoque normalement. Ajoutons qu'elles ne réagissent pas à la tuberculine.

Les affections du troisième groupe ont été classées par Hallopeau et Boeck dans les tuberculides, parce que l'inoculation au cobaye de produits morbides ne détermine pas la tuberculose. Mais on peut se demander aujourd'hui s'il ne s'agit pas, *dans tous les cas*, de formes atténuées de tuberculose cutanée. C'est au moins ce que permet de penser l'exemple du lichen scrofulosorum.

Sous le nom de lichen scrofulosorum on comprend une affection caractérisée par des papules petites, plates, non agminées, formant des groupes, de forme généralement circulaire, éloignés les uns des autres. Ces papules présentent souvent, lorsqu'elles sont adultes, une pustulette à leur sommet, puis guérissent par desquamation. Les lésions s'observent principalement sur le tronc, mais souvent elles se généralisent.

Le lichen scrofulosorum est une maladie de l'enfance; elle se développe fréquemment après des maladies infectieuses, et coïncide, en général, avec les affections tuberculeuses les plus caractérisées des ganglions, du poumon, etc.

La structure des papules du lichen scrofulosorum est celle du tubercule miliaire (Jacobi, Sack, Darier, Leredde, Jadassohn). Autour du col des follicules pileux, c'est-à-dire immédiatement au-dessous de l'épiderme, il se forme un amas limité qui comprend des cellules géantes, épithélioïdes et embryonnaires (*Plasmazellen*). Ces amas ne contiennent que rarement des vaisseaux sanguins. Par exception, ils siègent sous l'épiderme, en dehors des follicules (Sack, Leredde).

Les rapports qui existent entre cette affection et la tuberculose sont donc tout à fait évidents, non seulement au point de vue clinique, mais encore au point de vue histologique. Toutefois, Sack, Darier, Leredde, Jadassohn n'ont pu trouver de bacilles dans les coupes, ni déterminer la tuberculose par inoculation chez le cobaye: seul — jusqu'en 1896 — Jacobi a coloré un bacille tuberculeux dans une préparation. L'importance de ce fait fut contestée, et, pour expliquer les relations du lichen scrofulosorum et de la tuberculose, il parut nécessaire de reconnaître à cette dermatose une origine toxi-tuberculeuse, d'en faire une tuberculide (Hallopeau).

Mais, récemment, Haushalter, Jacobi, Pellizzari ont réussi à déterminer la tuberculose du cobaye par l'inoculation de papules de lichen scrofulosorum. Wolff a trouvé des bacilles dans les lésions. Ajoutons que Jadassohn a soumis 16 sujets atteints de lichen scrofulosorum à des injections de tuberculine et a obtenu 14 fois une réaction locale évidente.

Le lichen scrofulosorum doit, par suite, être considéré comme une tuberculose curable, extrêmement atténuée, de la peau. Cette notion, toute nouvelle, est extrêmement précieuse: *a priori*, elle permet de considérer le domaine de la tuberculose cutanée comme beaucoup plus étendu qu'il ne l'était autrefois. Nous n'insistons pas sur l'intérêt qu'elle offre au point de vue de la connaissance des formes bénignes et curables de la grande infection bacillaire.

On est immédiatement conduit à se demander si les affections décrites sous le nom de folliculites des tuberculeux ou des scrofuleux, les acnés scrofuleuses, l'acné des cachectiques ne sont pas également des formes atténuées de tuberculose cutanée. Elles sont d'observation plus rare que le lichen scrofulosorum et, par suite, la preuve scientifique sera ici plus longue à fournir.

L'existence de notre deuxième groupe, intermédiaire aux tuberculides vraies et aux formes bacillaires de la tuberculose cutanée, est, comme nous l'avons montré plus haut au sujet du lupus érythémato-tuberculeux, un des principaux arguments en faveur de la théorie des tuberculides.

Des formes de transition s'observent également dans le type érythème induré (Thibierge et Ravaut), qui tantôt ne présente aucune lésion de nature bacillaire, tantôt offre des cellules géantes, ou même détermine la tuberculose par inoculation au cobaye.

Dans l'acnitis et la folliclis de Barthélemy, il existe des cas purs où l'on ne trouve histologiquement aucune lésion qui rappelle celles de la tuberculose (Leredde, Hallopeau et Bureau). Mais, le plus souvent, on constate des cellules géantes, et peu à peu les lésions se rapprochent de celles des folliculites tuberculeuses, des acnés scrofuleuses, affections encore mal classées que nous comprenons dans le troisième groupe des dermatoses considérées comme des tuberculides, et qui nous paraissent être des formes atténuées de tuberculose cutanée.

Ainsi donc, nous ne décrirons comme tuberculides qu'une partie des affections auxquelles on a donné ce nom, le lupus érythémateux, l'érythème induré de Bazin, l'acnitis de Barthélemy, l'angiokératome de Mibelli et les formes mixtes, c'est-à-dire celles de notre premier et de notre second groupe.

III

L'affection que l'on désigne sous le nom de *lupus érythémateux* (lupus de Cazenave) s'observe communément au niveau de la face, et en particulier sur les joues, les oreilles, le cuir chevelu, parfois aussi sur les mains. Au début, les lésions sont celles d'un érythème polymorphe: on note des taches légèrement saillantes, d'une couleur rosée puis rouge sombre, qui s'étalent lentement et forment finalement des plaques déterminant une infiltration de la peau, résistant au doigt et occupant une assez grande étendue. Au bout de quelques mois, on constate, au centre, des altérations régressives qui sont caractéristiques : souvent cette région est déprimée, peu à peu elle prend un aspect cicatriciel. Sa coloration est violacée ou rouge terne, on y trouve de fines télangiectasies disposées en réseau; en général, la couche cornée forme des squames, surtout marquées à la limite interne des bords, adhérentes à la profondeur par de fins prolongements que pénètrent les follicules pileux. Le bord des plaques dessine des lignes arrondies, parfois il est polycyclique; il forme saillie, sa couleur est d'un rouge sombre: il est dur et infiltré au toucher.

Les lésions, plus ou moins sensibles spontanément, sont douloureuses à la pression.

La maladie progresse par poussées irrégulières. Dans les formes ordinaires les lésions recouvrent la partie moyenne du nez et s'étalent sur les deux joues en dessinant un papillon, mais elles peuvent envahir la face entière. Le travail de cicatrisation qui se fait au centre amène quelquefois une guérison presque complète, mais dans certains cas la cicatrice est profonde, irrégulière à la surface; l'aspect de la figure est gravement modifié, sans qu'il y ait de destructions ni de déformations profondes, comme dans le lupus de Willan.

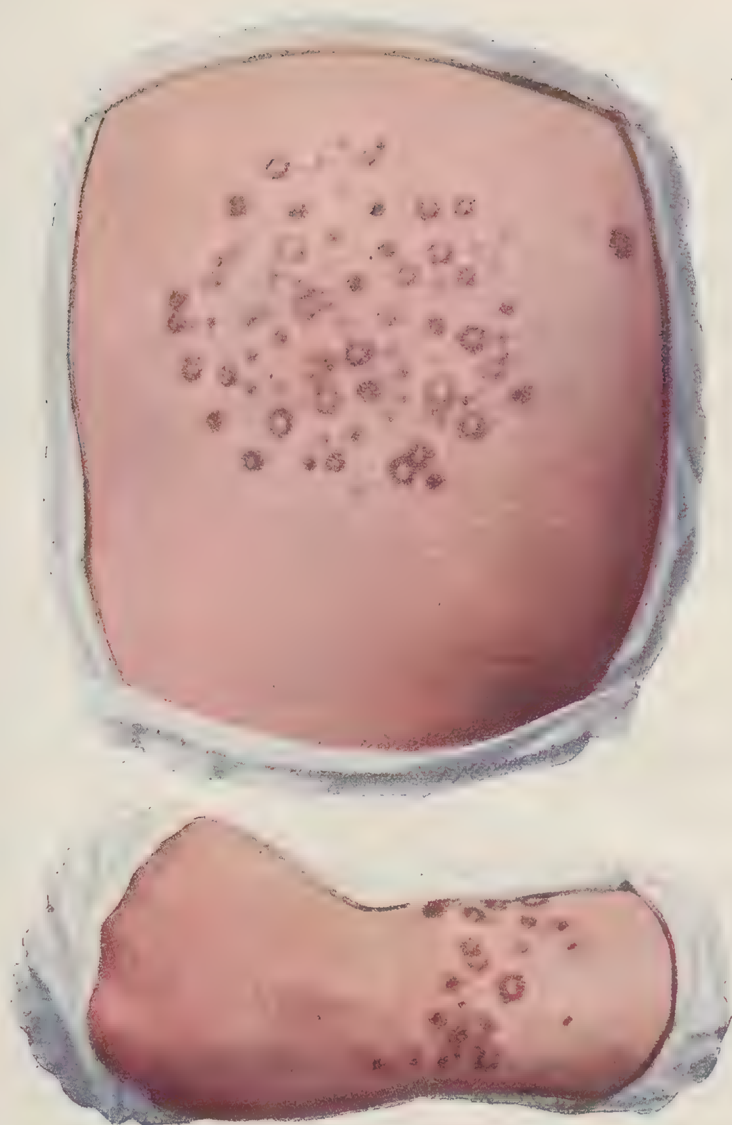
Nous ne pouvons que signaler en passant les diverses variétés de l'affection. Parfois les lésions de la couche cornée sont très importantes et dissimulent les altérations profondes, modifient la coloration, cachent les télangiectasies. Il en est ainsi dans la forme *acnéique* où l'on trouve à la surface de la peau une substance d'aspect plâtreux, extrêmement adhérente. Quelquefois les squames sont grasses et épaisses, d'autres fois elles sont minces, fines, et même se superposent comme dans le psoriasis.

D'autres variétés, plus importantes, sont dues à des modifications des lésions dermiques.

Il existe des formes *transitoires*, où les lésions conservent les caractères de l'érythème polymorphe: la peau est rosée ou rouge, il n'y a pas d'infiltration résistant au doigt, pas d'atrophie centrale ni de télangiectasies. Ces formes sont, du reste, récidivantes; à un moment donné, elles peuvent prendre l'aspect habituel.



Pl. 1. — Lupus érythémateux, type asphyxique (Lupus pernio).
Dactylites scrofulotuberculeuses avec asphyxie des extrémités.
(Moulage du Musée de l'hôpital Saint-Louis.)



Pl. 2. — Acnitis de Barthélemy (fesse, poignet).
(Moulage du Musée de l'hôpital Saint-Louis.)



Pl. 3. — Érythème induré de Bazin (Type ulcéreux d'Hutchinson).
(Moulage du Musée de l'hôpital Saint-Louis.)



Pl. 4. — Angiokératome de Mibelli.
Lésions à tous leurs stades, depuis les télangiectasies initiales jusqu'aux saillies hyperkératosiques.
(Moulage du Musée de l'hôpital Saint-Louis.)

congestives, superficielles, symétriques, *éphémères*, elles ont été séparées par plusieurs auteurs du lupus érythémateux *fixe*, que nous avons décrit, et, en particulier, par Brocq, qui leur donne le nom d'érythème centrifuge symétrique. Mais elles coïncident avec les autres variétés de lupus érythémateux et marquent souvent le début de celui-ci sous sa forme commune.

Parfois l'analogie avec l'érythème polymorphe est encore plus étroite, et on constate des cercles érythémateux concentriques, violacés et rosés alternativement, comme dans l'herpès iris (lupus iris). On peut même observer des bulles (Hallopeau, Leredde et Haury).

Il existe des formes *asphyxiques* (lupus pernio) qui occupent les régions où siègent les engelures (surtout les mains, les oreilles et le nez). On note des plaques saillantes, d'une coloration violacée, tendant la surface de la peau, sensibles à la pression (*Pl. 1*). Elles peuvent présenter l'atrophie centrale de la forme commune, mais souvent on observe une complication qui leur est propre : ce sont des eschares et des ulcérations, laissant des cicatrices profondes.

Nous avons indiqué le siège habituel de l'affection sur les joues, la disposition fréquente en papillon. Les oreilles sont très fréquemment intéressées : elles s'amincissent, s'atrophient ; sur les bords on trouve des encoches, des télangiectasies, des squames adhérentes. Le cuir chevelu peut être atteint et même d'une manière exclusive : on y trouve des plaques alopéciques, cicatricielles au centre ; à leurs limites, la peau est d'un rouge sombre.

D'une façon exceptionnelle, le lupus érythémateux s'étend aux muqueuses buccales.

Les mains peuvent être atteintes ; les lésions offrent alors les caractères d'un érythème persistant, avec atrophie centrale secondaire en plaques disséminées ou cohérentes, ou bien le type du lupus asphyxique. L'asphyxie des extrémités s'associe habituellement aux altérations lupiques.

Il existe des formes *aiguës* et *chroniques*, *localisées* et *généralisées*.

Les *formes chroniques* sont celles qui ont servi de base à la description résumée que nous venons de donner, et qui se rencontrent le plus souvent.

Les *formes aiguës* peuvent être limitées, l'érythème centrifuge symétrique de Brocq en est un exemple. Mais parfois elles tendent à la généralisation.

Entre les formes localisées et les formes généralisées, on observe tous les types de transition.

Le *lupus érythémateux généralisé aigu* ou *subaigu* (Kaposi, Besnier, Hallopeau) est caractérisé par des plaques multiples de couleur rouge, qui s'étendent sur leurs bords. Souvent les tissus voisins offrent un œdème congestif extrême simulant un érysipèle vrai. Le lupus iris appartient à cette forme. Au point de vue objectif, elle simule absolument un érythème polymorphe généralisé, ou certaines érythrodermies, mais dans la plupart des cas le diagnostic peut être posé en tenant compte de l'atrophie des régions centrales ou même de la présence des lésions épidermiques et des télangiectasies du lupus érythémateux commun. Cette forme aiguë s'accompagne fréquemment d'accidents généraux graves : fièvre élevée, céphalée, douleurs osseuses et articulaires avec hydarthrose, albuminurie, état ataxo-adynamique. Il existe, en général, des signes de congestion pulmonaire. La mort est fréquente ; à l'autopsie on a trouvé *toujours des lésions pulmonaires*, souvent une tuberculose aiguë.

Le *lupus érythémateux généralisé chronique* est constitué par des plaques multiples isolées, aboutissant à des cicatrices partielles ou totales, pouvant confluer et recouvrir une grande partie du corps.

Enfin, il existe une forme de lupus qui présente simultanément les caractères du lupus érythémateux et du lupus tuberculeux : c'est le *lupus érythémato-tuberculeux*. Dans des placards rouge sombre, avec atrophie centrale, on trouve par places les tubercules translucides, jaune sucre d'orge, caractéristiques du lupus de Willan.

Les lésions microscopiques intéressent, au début, la région superficielle du derme, qui est le siège d'une infiltration cellulaire plus ou moins serrée, s'étendant parfois en profondeur jusqu'au-dessous du plan des glandes sudoripares. Ces cellules ne sont pas groupées en amas comme dans la plupart des lésions de la peau ; elles dégénèrent individuellement, deviennent granuleuses et se fusionnent quelquefois en masses colloïdes. Le tissu conjonctif et élastique s'atrophie et disparaît. Les parois des vaisseaux sanguins sont malades, leur calibre est rétréci ou dilaté ; souvent le tissu voisin est occupé par de petits foyers hémorrhagiques. Il existe, enfin, des néoformations vasculaires. Les lésions de l'épiderme et des glandes sont évidemment secondaires. L'épiderme s'atrophie, le corps muqueux est peu épais, les cônes interpapillaires disparaissent, la couche cornée est amincie. Quant aux glandes sébacées, après une phase d'hypersécrétion elles tendent à disparaître. Parfois leur conduit est oblitéré et elles forment des corpuscules de milium. Les glandes sudoripares disparaissent en général à un moment donné.

Geber, Stroganov et Kaposi, cités par Leloir (1), ont signalé le début du lupus érythémateux dans le tissu cellulaire sous-cutané. Leloir lui-même n'aurait jamais observé ce mode de début, sauf peut-être dans un lupus de la paume de la main. Or, cette question est importante, car nous allons voir que les autres tuberculides sont d'origine profonde. Dans un fait communiqué par MM. Danlos et Sabatié (2), j'ai, moi-même, nettement constaté le début par les régions profondes. Il s'agissait d'un malade qui présentait des placards lupiques disséminés sur le corps, ayant les caractères cliniques du lupus tuberculeux, et offrant cependant à leur centre une résorption atrophique, laquelle rappelait dans une certaine mesure celle du lupus érythémateux ; en outre, on trouvait çà et là des nodules profonds, inclus dans le derme, perceptibles au doigt surtout. L'examen histologique que je pratiquai montra que les nodules et les plaques superficielles avaient la même structure, qu'il s'agissait, microscopiquement, d'un lupus érythémato-tuberculeux et que les lésions histologiques évoluaient de la profondeur vers la surface.

IV

Sous le nom d'*acnitis* (*Pl. 2*), Barthélemy (3) a décrit une affection cutanée qui se caractérise de la manière suivante :

Des nodosités dures se développent dans l'hypoderme ; peu à peu elles grossissent et font saillie. A leur surface, la peau devient rouge, puis il se forme une pustulette. Celle-ci s'ouvre, et après l'écoulement du pus on voit pendant quelques jours suinter une sérosité sanguinolente. Une croûtelette adhérente se forme ensuite et quand elle tombe il reste, suivant les cas, une macule ou une cicatrice pigmentée. L'évolution de chaque nodosité dure environ un mois.

Ces lésions, qui sont indolentes, se développent principalement sur la face, parfois en très grand nombre ; elles peuvent occuper le cuir chevelu, puis le tronc et les membres, surtout à leur extrémité. Leur nombre peut être considérable. Barthélemy a observé de 120 à 180 éléments à la face. Elles apparaissent par poussées, qui se prolongent pendant plusieurs mois et s'accompagnent d'un état anémique.

Sous le nom de *folliclis*, Barthélemy décrit un type différent, où les nodosités sont primitivement dermiques, et se traduisent dès le début par une coloration rouge de la peau. En outre, les éléments sont groupés en placards, où ils se trouvent situés à peu de distance les uns des autres et non pas disséminés irrégulièrement, comme dans le type précédent. Du reste, à l'exemple des nodosités d'acnitis, les nodosités de folliclis, d'abord solides, deviennent ensuite pustuleuses à leur sommet, et aboutissent à la cicatrisation.

Cette affection avait été signalée par Brocq sous le nom de folliculites disséminées symétriques des parties glabres, à tendance cicatricielle. De nombreux auteurs admettent aujourd'hui que l'acnitis et la folliclis forment une seule et même maladie. L'acnitis en représente le type à début hypodermique, le plus souvent sans agmination, et la folliclis le type à début dermique, où l'agmination n'est pas constante.

Depuis Barthélemy, l'acnitis et la folliclis ont été décrits par un grand nombre d'auteurs qui leur ont donné des noms différents. Pollitzer, Dubreuilh, Unna ayant constaté le maximum des lésions au niveau des glandes sudoripares, ont cru que celles-ci étaient atteintes primitivement et ont fait de la maladie une idrosadénite ou une spiradénite. En réalité, comme le démontre l'analyse histologique (Leredde), les lésions des glandes sont secondaires et précédées par celles des vaisseaux, de sorte que la maladie ne peut porter le nom d'idrosadénite. M. Tenneson (1) a proposé celui de granulome innominé.

Le début du processus se fait dans les régions profondes du derme ou les régions superficielles de l'hypoderme. Les lésions sont formées d'éléments cellulaires (lymphocytes et cellules fixes) réunis en amas périvasculaires, parfois réticulés. Ces amas, en se multipliant, constituent des nodules plus volumineux, qui subissent de profondes altérations dégénératives. Les noyaux ne peuvent plus se colorer, les protoplasmas deviennent finement granuleux, et on aperçoit de gros foyers d'aspect caséeux, entourés d'une zone étroite de cellules encore vivantes. Les altérations vasculaires que l'on rencontre dans ces lésions sont très accentuées (Leredde). Non seulement il existe de la périartérite et de la périphlébite, mais encore on observe des lésions de la tunique interne : les cellules endothéliales sont tuméfiées et prolifèrent ; le calibre du vaisseau est rétréci, souvent oblitéré par le bourgeonnement des parois ou des détritus granuleux. Comme dans le lupus érythémateux, on peut constater des néoformations vasculaires.

La présence de cellules géantes et de cellules épithélioïdes dans les lésions est fréquente, sans cependant être constante (Leredde, Hallopeau et Bureau). Les auteurs qui ont considéré l'affection comme une idrosadénite ont voulu expliquer la formation de cellules géantes et de cellules épithélioïdes par des altérations glandulaires ; mais depuis les recherches que j'ai faites sur la question, il est admis que les lésions des vaisseaux précèdent celles des glandes et qu'il ne s'agit en aucune manière d'une idrosadénite.

Les altérations s'étendent peu à peu aux régions superficielles du derme. L'origine et le mécanisme de la pustule qui précède la cicatrisation des lésions sont indéterminés.

V

L'*érythème induré*, décrit par Bazin (2), occupe les membres inférieurs, et surtout les jambes. Au début, cette affection rappelle l'érythème noueux, mais il s'agit d'un érythème persistant, à évolution lente, et, en dehors des nodules superficiels, on trouve, à la palpation seulement, des nodules plus petits inclus dans la profondeur de la peau. Ces nodules, dont le volume peut atteindre peu à peu celui d'une noisette, arrivent jusqu'au derme superficiel et déterminent alors une rougeur foncée ; quelques-uns restent toujours profonds. Ils peuvent confluer et former des plaques étendues. Les

(1) Leloir. Recherches sur l'histologie pathologique et la nature du lupus érythémateux. (*Arch. de physiol.*, 1890, p. 690.)

(2) Danlos et Sabatié. Lupus tuberculeux généralisé. (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1899, p. 359 et *Semaine Médicale*, 1899, p. 136.)

(3) Barthélemy. De l'acnitis ou d'une variété spéciale de folliculites et périfolliculites généralisées et disséminées. (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1891. p. 1, et *Semaine Médicale*, 1890, p. 456.)

(1) Tenneson, Leredde et Martinet. Sur un granulome innominé. (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1896, p. 913.)

(2) Bazin. Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule. Paris. 1858.

lésions ne sont pas douloureuses; au toucher on perçoit une dureté très marquée.

Les lésions peuvent s'exulcérer et même s'ulcérer (Hutchinson) (*Pl. 3*). Les nodules se nécrosent à leur sommet; l'ulcération est généralement partielle, le liquide qui s'en écoule est plutôt séreux que purulent. Parfois l'ulcération s'étend largement.

Souvent on constate, en même temps que l'érythème induré, une infiltration diffuse de la partie inférieure de la jambe; il ne s'agit pas d'un œdème banal; on ne peut en général déterminer de godet : les tissus conservent leur résistance normale, mais le tiers inférieur du membre est déformé, tuméfié.

Cette maladie, qui s'observe chez des jeunes filles et coïncide fréquemment avec des engelures, de l'asphyxie des extrémités, des signes de scrofulo-tuberculose, est facile à reconnaître, grâce à son évolution lente, à ses récidives, *à la présence dans l'hypoderme de nodules profonds* au début du processus, à leur dureté, à l'existence simultanée d'altérations à divers stades de leur évolution. Limitée en général au tiers inférieur des jambes, à la partie postéro-externe, l'affection peut s'étendre jusqu'à la cuisse. On l'a observée aux membres supérieurs (R. Crocker, White), mais peut-être s'agissait-il dans ces cas d'acnitis, dont l'érythème induré n'est qu'une forme.

D'après nos recherches (1), les lésions microscopiques capitales sont des lésions profondes qui ont leur maximum dans le tissu sous-dermique et envahissent secondairement la région des glandes sudoripares et le plan dermique où elles sont comprises.

On constate, au-dessous du derme, de larges travées formées d'un tissu conjonctif dense, parsemé de nombreuses cellules. Ces travées sont irrégulièrement anastomosées; entre elles on trouve du tissu adipeux, et quelques groupes de cellules grasses dans leur épaisseur.

A un fort grossissement elles comprennent d'assez nombreux vaisseaux qui *tous* sont oblitérés : leur paroi n'a pas bourgeonné, mais les cavités sont remplies par des thrombus vaguement granuleux.

Les noyaux cellulaires sont tous fragmentés, et tombent même en poussière à grains très colorables par les couleurs basiques.

Le tissu conjonctif lui-même est altéré; ses fibres sont réduites en minces lamelles, d'aspect trouble.

A l'étage immédiatement supérieur, les lésions se localisent autour des groupes glomérulaires. Les tubes glandulaires sont écartés, dissociés; dans quelques-uns on constate du sang ou des globules blancs. Les vaisseaux sanguins sont extrêmement apparents; tous sont dilatés, leur paroi est épaisse. Entre les glandes et les vaisseaux il se produit une infiltration cellulaire, très serrée, d'éléments lymphocytiques à noyaux bien colorables; en quelques points on trouve des leucocytes polynucléaires. Il n'existe pas de *Mastzellen*.

Les lésions du derme moyen sont à peu près strictement limitées autour des vaisseaux. On ne constate pas d'endartérite, mais une endophlébite très nette. Les parois vasculaires, surtout celles des veines, sont envahies par de nombreuses cellules, et engainées par un plus grand nombre. On constate une légère multiplication des cellules fixes interfasciculaires.

La région sous-papillaire est très œdématiée, toutes les fibres conjonctives sont écartées les unes des autres. Les parois vasculaires paraissent épaisses; le tissu est parsemé de cellules très nombreuses.

L'épiderme est peu altéré; le corps de Malpighi est normal; on remarque la disparition de la granuleuse et une légère hyperkératose sans parakératose.

Ces constatations me permettaient de conclure que, au point de vue histologique comme au point de vue clinique, l'érythème induré de Bazin et l'acnitis de Barthélemy offrent les plus étroits rapports.

(1) LEREDDE. Tuberculides nodulaires des membres inférieurs (érythème induré de Bazin). (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1898, p. 893.)

MM. Thibierge et Ravaut (1) ont récemment publié un travail consacré à l'érythème de Bazin. Ils ont retrouvé exactement les lésions que j'avais décrites; toutefois, dans les trois cas qu'ils ont observés, il existait, dans les travées scléreuses et l'hypoderme, des cellules géantes et des cellules épithélioïdes. Il fut impossible de colorer des bacilles, mais dans un cas l'inoculation au cobaye détermina la tuberculose.

Ce fait, extrêmement important, ne peut être interprété, à mon avis, que de la manière suivante :

L'érythème induré de Bazin est une lésion de même ordre que le lupus érythémateux. Comme celui-ci, il peut présenter, outre les lésions des « tuberculides », des lésions de tuberculose vulgaire. L'origine bacillaire directe de ces lésions est démontrée par l'inoculabilité au cobaye.

Mais si l'on raisonne par analogie, et en se fondant sur les connexions de l'acnitis et de l'érythème induré, on est conduit à penser que l'acnitis dans les cas où il contient des cellules géantes est également une forme mixte, et qu'un jour ou l'autre on parviendra à l'inoculer avec succès au cobaye, comme toutes les tuberculides lorsqu'elles présentent des lésions mixtes.

VI

L'affection décrite par Mibelli (2) sous le nom *d'angiokératome* (*Pl. 4*) s'observe presque toujours aux mains et coïncide souvent avec l'asphyxie des extrémités, généralement mais non d'une manière constante avec des engelures. On constate des taches, très petites, de couleur sanguine, dues à des dilatations de capillaires et qui se groupent les unes à côté des autres. Fréquemment, il existe un grand nombre de foyers semblables formant une légère saillie qu'on apprécie parfois mieux au doigt qu'à la vue; l'épiderme s'épaissit peu à peu à leur surface et prend finalement les caractères d'une petite verrue; les taches affectent alors une teinte grisâtre. Si on les presse avec une lame de verre, on retrouve par transparence des points rouges.

A côté des saillies verruqueuses, on remarque des foyers sans saillie appréciable, où la réaction épidermique est à peine marquée. Quelquefois elle n'existe nulle part; l'hypertrophie de l'épiderme n'est pas un élément nécessaire de l'angiokératome.

Les lésions évoluent très lentement; elles apparaissent souvent en hiver et disparaissent, spontanément, au printemps.

Elles peuvent, en dehors des mains, intéresser les pieds; parfois l'affection se généralise et atteint les membres, le scrotum. Il existe même un fait décrit par Fabry sous le nom de purpura nodulaire et qui paraît être un cas d'angiokératome universel.

La lésion essentielle de l'angiokératome est la formation dans les papilles de larges cavités remplies de sang, bordées d'un endothélium aplati : ce sont des capillaires dilatés. Les lésions de l'épiderme sont secondaires (hypertrophie de la granuleuse, hypertrophie de la couche cornée).

La plupart des auteurs ne signalent pas de lésions inflammatoires du derme. Dans un fait récent étudié avec M. Haury (3) nous avons trouvé des foyers cellulaires limités, suivant les vaisseaux sanguins, et les cellules fixes du derme en prolifération. En outre, les capillaires sanguins offraient une tuméfaction hyaline nette des parois; quelques-uns étaient oblitérés.

Des lésions plus importantes peuvent s'associer aux altérations précédentes. C'est ainsi qu'on constate dans les plans profonds et superficiels du derme une artérite et une phlébite intenses; les veines peuvent être oblitérées, et on peut même observer la nécrose des cellules périvasculaires (1).

(1) THIBIERGE et RAVAUT. Etude sur les lésions et la nature de l'érythème induré. (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1899, p. 513.)

(2) MIBELLI. Di una nuova forma di cheratosi « angiocheratoma ». (*Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle*, 1889, p. 285.)

(3) LEREDDE et HAURY. Tuberculides angiomateuses et hypertrophiques multiples coïncidant avec des lésions tuberculeuses des poumons et des ganglions. (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1899, p. 384 et *Semaine Médicale*, 1899, p. 136.)

VII

Les diverses affections que nous venons d'étudier d'une manière succincte présentent les unes avec les autres des rapports indéniables. Elles constituent un groupe naturel, au point de vue anatomique aussi bien qu'au point de vue étiologique, et cliniquement même elles se rapprochent les unes des autres. Dans toutes les affections que nous croyons devoir ranger parmi les tuberculides, il existe des lésions vasculaires : elles peuvent se limiter aux capillaires (dilatation, obstruction, hémorrhagies); c'est le cas habituel dans l'angiokératome de Mibelli où l'on peut trouver, en outre, des altérations portant sur les vaisseaux plus importants; les lésions d'artérite et de phlébite sont constantes dans les autres types. Parfois, on observe l'obstruction des gros vaisseaux, et cette obstruction est suivie de lésions nécrotiques, d'autant plus fréquentes et plus étendues que les vaisseaux sont plus malades.

Ces lésions vasculaires peuvent, à notre avis, être considérées comme un élément nécessaire des tuberculides, et nous avons développé cette opinion dans plusieurs travaux antérieurs. Les tuberculides seraient ainsi des *angiodermites toxi-tuberculeuses*.

Ce n'est pas à dire que toutes les lésions extravasculaires soient simplement la conséquence de celles des vaisseaux : la présence d'amas cellulaires autour de ceux-ci, la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif, les phénomènes de dégénérescence se rattachent sans doute à l'irritation produite par des agents sortis des vaisseaux eux-mêmes.

Dans l'acnitis et l'érythème induré de Bazin, on constate le début des lésions dans la profondeur du derme; peu à peu elles en atteignent les parties superficielles. Cette évolution peut se présenter dans le lupus érythémateux, comme nous l'avons montré plus haut.

Outre cette évolution particulière des lésions, de la profondeur vers la surface de la peau, il faut noter des ressemblances cliniques très importantes.

L'affection décrite par Barthélemy sous le nom de folliclis avait été signalée par Boeck, qui, frappé de certaines analogies existant entre cette dermatose et le lupus de Cazenave, lui avait donné le nom de lupus érythémateux disséminé. Cet auteur se fondait sur l'état scrofulo-tuberculeux des malades, sur le début des lésions par des nodules et leur terminaison par des cicatrices et, enfin, sur l'existence chez un de ses patients d'un « érysipèle persistant » analogue à celui qui peut accompagner le lupus érythémateux aigu.

D'autre part, entre l'acnitis et l'érythème induré, les ressemblances sont telles qu'on pourrait facilement confondre ces deux maladies dans une même description. Les caractères différentiels, presque nuls, résultent seulement du siège habituel de la première affection dans les régions supérieures du corps, tandis que l'érythème induré frappe surtout les jambes.

Enfin, toutes les formes de tuberculides peuvent s'associer deux à deux et coexister chez un même individu. C'est ainsi que C. Fox (2) a observé chez un malade atteint d'angiokératome des lésions nodulaires de la face, identiques à celles de l'acnitis. Chez un autre malade, le même auteur a vu coexister l'érythème induré de Bazin et l'acnitis de Barthélemy. Du Castel a constaté, simultanément, le lupus érythémateux et l'acnitis, le lupus érythémateux et l'érythème induré. Galloway a observé la coexistence de l'érythème induré et de l'angiokératome de Mibelli.

(1) LEREDDE et MILIAN. Tuberculide angiomateuse des membres inférieurs (angiokératome de Mibelli à lésions vasculaires profondes). (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1898, p. 1095.)

(2) C. FOX. On the « érythème induré des scrofuleux » of Bazin. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, août et oct. 1893.)

VIII

Jusqu'à 1880, les dermatologistes qui ont étudié le lupus érythémateux et l'érythème induré ont noté la coexistence habituelle du « lymphatisme » et de la « scrofule ». Depuis cette époque, en dehors de l'état diathésique, on signale l'existence commune de la tuberculose.

Chez les sujets atteints de lupus érythémateux, on constate simultanément, nous le rappelons, des adénites tuberculeuses, la tuberculose laryngée, la tuberculose osseuse et articulaire, la tuberculose pulmonaire, le lupus vulgaire, celui-ci formant des foyers indépendants de ceux du lupus érythémateux ou associés. Lorsqu'on ne décèle pas de signes de tuberculose, ce qui est rare, les patients en présentent fréquemment dans la suite. Notons, enfin, que très souvent il existe de la tuberculose chez les ascendants et les collatéraux.

Pour les autres tuberculides, on remarque les mêmes coïncidences.

Le nombre de faits d'érythème induré publiés jusqu'ici est peu élevé et beaucoup d'auteurs ont à peine étudié l'état viscéral des malades qui en sont porteurs; cependant, dans plus de la moitié des cas ils ont relevé des adénopathies tuberculeuses suppurées ou non (voir, par exemple, les observations de Pringle, Fox, Glascow Patteson). Le travail de Thibierge et Ravaut confirme ce rapport de la manière la plus évidente.

Chez les individus atteints d'acnitis, de folliclis, la tuberculose se rencontre plus fréquemment encore qu'au cours du lupus érythémateux. Depuis 1896, il n'existe même aucune observation nouvelle où l'on n'ait relevé la tuberculose; elle peut atteindre le poumon, les ganglions, la peau, le système osseux.

L'origine tuberculeuse de l'angiokératome est moins évidente, mais il est certain que, dans la plupart des cas, l'état viscéral des malades n'a pas été examiné d'une façon sérieuse. Dans la thèse d'Escande, on trouve trois cas sur vingt et un, où la tuberculose est notée; dans aucune des autres observations son absence n'est signalée; elle n'a donc pas été recherchée, les auteurs n'étant pas prévenus de l'importance de cette recherche. Nous avons soutenu que l'angiokératome peut être considéré comme une tuberculide, et à l'appui de cette théorie nous avons publié deux faits. Dans l'un (Leredde et Milian), il existait des adénopathies tuberculeuses; dans l'autre (Leredde et Haury), le développement de l'angiokératome s'était fait d'une manière aiguë et avait coïncidé avec une poussée tuberculeuse pulmonaire et ganglionnaire. Enfin, il y a lieu de rappeler le cas de C. Fox, cité par Pringle, où l'angiokératome se développa chez une fillette convalescente d'une pleurésie, qui mourut, peu après, de tuberculose pulmonaire, et le fait décrit par Fabry sous le nom de « purpura nodulaire » qui est certainement un cas d'angiokératome disséminé au cours duquel on observa des hémoptysies répétées.

Nous venons de montrer que l'éruption de l'angiokératome peut accompagner une poussée tuberculeuse : c'est là encore un argument en faveur de la théorie des tuberculides. Assez souvent leur apparition accompagne le développement de lésions bacillaires, et cette coïncidence a été notée par les auteurs les moins prévenus. Hebra et Kaposi, pour lesquels le lupus érythémateux n'est certes pas une tuberculose de la peau, ont remarqué des phénomènes de « catarrhe des sommets » au moment des poussées de lupus érythémateux. Des observations telles que celle de Giovannini sont particulièrement remarquables : un malade chez lequel existaient des idrosadénites (acnitis) présentait une affection « typhoïde »; la nature de cette affection ne fut pas plus complètement déterminée; à vrai dire, la maladie ne s'accompagna d'aucun trouble intestinal, mais seulement de lésions pulmonaires (submatité d'un sommet avec rudesse du murmure respiratoire et augmentation des vibrations) (1).

(1) Pour toutes ces questions voir la thèse de A. Haury : Essai sur les tuberculides cutanées. Paris, 1899.

IX

A la suite de la communication où M. Darier proposait de créer une classe d'affections désignées sous le nom commun de tuberculides, plusieurs membres de la Société française de dermatologie se demandèrent si ce mot n'était pas synonyme du mot « scrofulides » et s'il ne convenait pas de reprendre celui-ci, ne fût-ce que pour rendre hommage aux anciens dermatologistes de l'école française. M. Darier fit remarquer que le mot scrofulide est tombé en désuétude et que son emploi amènerait de graves confusions. Le terme scrofulide a été pris dans un grand nombre de sens différents. Son évolution a suivi celle du mot scrofule. Or, aujourd'hui, si l'on peut admettre l'existence de la scrofule en donnant à ce mot un sens particulier, il n'en est pas de même pour celle des scrofulides. Les tuberculides sont des manifestations de la tuberculose et non de la scrofule, *car celle-ci ne présente pas de lésions qui lui soient propres.*

Pour Bazin, la scrofule, au même titre que la syphilis, est une maladie constitutionnelle. Les lésions de la syphilis sont des syphilides, et celles de la scrofule des scrofulides.

Comme la syphilis, la scrofule présente quatre périodes. Dans la première, on observe des affections superficielles de la peau et des muqueuses ainsi que des engorgements ganglionnaires. Parmi les affections de la peau, Bazin comprend des scrofulides sèches (érythème et, en particulier, érythème induré des membres inférieurs, prurigo, lichen), des scrofulides sécrétantes, des eczémas, surtout impétigineux, l'impétigo, les engelures récidivantes et persistantes, les acnés hypertrophiques et sécrétantes, la « couperose scrofuleuse », des gommes scrofuleuses; parmi les affections des muqueuses, des coryzas chroniques avec œdème de la lèvre supérieure, les blépharites chroniques, les dacryo-cystites chroniques, l'ophtalmie scrofuleuse, certaines stomatites et amygdalites, des bronchites à répétition, etc.

Les écrouelles apparaissent à la fin de la première période et au commencement de la seconde.

La deuxième période est celle des affections cutanées et muqueuses profondes, les lupus érythémateux et tuberculeux, les lésions classées par Rayer sous le nom de scrofule cutanée proprement dite — qui sont des lésions ulcéreuses débutant par des pustules — des lésions d'ecthyma et de rupia, l'impétigo rodens de Bateman, l'acné atrophique, l'herpès crétacé, etc., etc., des leucorrhées chroniques avec érosions utérines, des blennorrhées avec rétrécissement de l'urèthre.

La troisième période est celle des affections articulaires et osseuses, des arthrites scrofuleuses (tumeurs blanches, carie scrofuleuse, abcès froids profonds, abcès par congestion).

Enfin, à la quatrième période, la scrofule atteint les parenchymes et les viscères, des tubercules se développent dans les ganglions, le poumon, le cerveau; on observe des dégénérescences graisseuse, albumineuse, tuberculeuse, du foie, de la rate, des reins, du pancréas, la maladie d'Addison.

Pour Bazin, la scrofule est tout à fait différente de la diathèse tuberculeuse; sans doute elles offrent une lésion anatomique commune, le tubercule, mais Bazin condamne l'erreur des anatomo-pathologistes qui ont accordé quelque spécificité à cette lésion : le tubercule appartient à plusieurs maladies, de même que la carie osseuse. Le tubercule ne peut servir à définir des affections viscérales, pas plus qu'une vésicule, une pustule ne définissent pour un dermatologiste des maladies cutanées.

Or, l'étude poursuivie par les anatomo-pathologistes, les expérimentateurs et les cliniciens, Villemin, Grancher, Thaon, Besnier, a prouvé que la syphilis et la tuberculose sont des maladies et non pas des diathèses; que, par contre, la scrofule n'est pas une maladie, mais un état constitutionnel, et par suite qu'il ne peut exister des scrofulides dans un sens comparable à celui du mot syphilides. La scrofule ancienne avait presque vécu lorsque la découverte du bacille de Koch vint fournir une base solide aux histologistes et aux cliniciens qui avaient repris la thèse de Laënnec, accordant une valeur spécifique au tubercule, et avaient montré, en outre, que la granulation tuberculeuse n'est pas le seul produit de la tuberculose.

Pour M. Besnier, les scrofulides doivent être rattachées les unes à la tuberculose, les autres à l'hérédo-syphilis; les sujets atteints de lupus de Willan ou de lupus de Cazenave deviennent fréquemment tuberculeux; l'existence d'affections tuberculeuses dans leurs antécédents héréditaires et personnels est un fait presque banal. Et lorsque le lupus vulgaire, qui paraissait la plus caractéristique des manifestations de la scrofule, fut reconnu comme étant de nature tuberculeuse, toute la doctrine de la maladie scrofuleuse s'écroula. A la même époque, on mettait, d'ailleurs, en évidence l'origine tuberculeuse des abcès froids, des tumeurs blanches, de la plupart des caries scrofuleuses.

Toutes les affections classées par Bazin dans les scrofulides ne sont pas, pourtant, liées à l'hérédo-syphilis ou à l'action *directe* des bacilles tuberculeux, et la formule proposée par M. Besnier ne s'appliquait qu'aux plus caractéristiques, à celles dont tous les auteurs admettaient l'origine scrofuleuse. Quelques-unes d'entre elles sont aujourd'hui rangées parmi les « tuberculides » et considérées comme des manifestations *indirectes* de la tuberculose; il en est ainsi, par exemple, du lupus érythémateux, de l'érythème induré, des engelures persistantes (lupus pernio). D'autres sont attribuées à la germination de saprophytes qui habitent la peau et les muqueuses superficielles, staphylocoques, streptocoques, cocci divers. Certaines affections classées dans les tuberculides, comme l'eczéma scrofulosorum de Boeck, et dont nous avons fait notre quatrième groupe, peuvent rentrer dans cette dernière catégorie : leurs caractères anatomo-cliniques ne permettent pas de les séparer des affections d'origine parasitaire et non tuberculeuse, ni de les rapprocher des tuberculides vraies. Il faut simplement les envisager comme des infections développées sur un terrain qui est exposé, d'autre part, à la végétation tuberculeuse.

En résumé, les scrofulides de Bazin constituent à l'heure actuelle des formes de tuberculose cutanée, directe ou indirecte (tuberculides), des syphilides et des infections superficielles. De l'avis général, la « scrofule » n'a plus de base anatomique, et, par suite, *nous ne devons plus employer le mot « scrofulides ».*

Cependant, si l'on avait réuni toutes les « scrofulides » dans un seul cadre, cela n'avait pas été sans raison. Bazin, après Milcent, après Lugol, avait constaté la coexistence assez commune de certaines de ces affections. Son erreur fut de chercher à établir entre ces maladies une succession régulière que les faits, observés sans opinion préconçue, ne confirment aucunement.

De toute la doctrine de la scrofule, une seule notion est restée, celle d'un milieu organique spécial, d'un terrain sur lequel certaines affections se développent d'une façon élective, et affectent une marche particulière, une allure différente de celle qu'elles offrent chez la plupart des individus.

Si nous ne pouvons admettre des « scrofulides », nous sommes, par contre, autorisés à admettre l'existence de la scrofule et du lymphatisme qui en serait la forme atténuée, à la condition de chercher à les définir avec une précision de plus en plus grande, et de ne pas employer ces termes d'une manière banale, comme on est trop porté à le faire.

Aucune des lésions énumérées par Bazin n'est propre à la scrofule, car tout enfant atteint de blépharite chronique n'est pas un scrofuleux, tout malade atteint d'adénopathies cervicales persistantes n'est pas un scrofuleux, et, de même, tout adénoïdien n'est pas un scrofuleux. Mais si l'on observe, successivement ou simultanément, chez un sujet donné un certain nombre d'affections offrant l'évolution attribuée aux scrofulides, on aura le droit de parler de scrofule.

Un premier caractère de la scrofule est la

facilité avec laquelle les infections superficielles, de toute nature, tendent à l'état chronique, au niveau de la peau, des muqueuses et des voies lymphatiques; leurs récidives faciles sont également de nature à faire caractériser l'état scrofuleux.

Mais, de toutes les infections, celle qui permet le mieux de le caractériser est l'infection tuberculeuse. Cette infection n'a rien de nécessaire chez les scrofuleux — *tout scrofuleux n'est pas par là même un tuberculeux* — mais elle est commune. D'autre part, elle affecte souvent chez eux un développement lent, une bénignité relative (en ce sens qu'elle compromet tardivement la vie). Il faut, enfin, remarquer la facilité avec laquelle elle s'installe au niveau des voies lymphatiques préganglionnaires — le lupus de Willan devant, je crois, être considéré comme une lymphangite réticulaire tuberculeuse — et ganglionnaires. Chez les non-scrofuleux, le bacille de Koch est détruit au niveau de la peau, des muqueuses, ou bien il brûle les étapes et germe au sommet du poumon; chez les scrofuleux il s'arrête, provoque des réactions locales à évolution torpide, et parfois n'atteint le poumon qu'après de longues années. La facilité avec laquelle les scrofuleux se tuberculisent, et la résistance qu'ils offrent à la tuberculose mortelle caractérisent encore l'existence d'un terrain particulier.

Or, c'est également chez les scrofuleux que la tuberculose s'accompagne le plus souvent de « tuberculides ». La relation des tuberculides et de la tuberculose n'est évidente que si l'on relève, chez les sujets atteints de lupus érythémateux, d'acnitis, etc., l'existence de formes atténuées de l'infection tuberculeuse et surtout des formes ganglionnaires. Cette existence est banale, et ces formes présentent en général l'évolution qui appartient au terrain scrofuleux. Nous devons également relever la coexistence *très fréquente* des tuberculides et d'autres affections qui appartiennent aussi au terrain scrofuleux : les engelures à répétition et l'asphyxie des extrémités.

L'engelure est une affection de cause traumatique, qui, pas plus que les maladies d'origine microbienne, n'appartient en propre aux scrofuleux, car le froid en est la condition *nécessaire;* mais, comme les affections parasitaires, elle prend chez ces individus une allure spéciale, par sa persistance et par ses récidives. Certains scrofuleux ont des engelures dès le commencement du froid, et ces engelures durent jusqu'à la saison chaude. La sensibilité individuelle peut être telle que parfois les engelures paraissent en été à l'occasion d'un abaissement de température (Kaposi).

Quant à l'asphyxie des extrémités, son mécanisme réel et son origine nous sont inconnus. Comme les engelures, elle s'exagère en hiver; toutefois, elle n'est pas due au froid, puisqu'elle persiste souvent toute l'année. Elle est presque banale chez les sujets atteints de tuberculides; on peut même se demander si elle n'est pas, dans certains cas, sinon dans tous, le résultat d'une action indirecte du bacille tuberculeux. Chez les individus atteints de lupus érythémateux des mains, de lupus pernio, elle devient excessive, et semble se rattacher à la cause qui engendre les lésions lupiques, celles-ci paraissant n'être que l'exagération de l'état asphyxique.

Nous devons remarquer que la fréquence des engelures et de l'asphyxie des extrémités chez les individus porteurs de tuberculides soulève une assez grave difficulté à l'encontre de la théorie qui fait dériver celles-ci d'une action du bacille de Koch. Entre des lésions telles que les engelures et les tuberculides les plus complexes, comme le lupus érythémateux, il existe, en apparence, une série ininterrompue de lésions; le lupus pernio se caractérise par des altérations voisines, tout au moins au point de vue clinique, de celles des engelures, et le diagnostic ne peut souvent être fait qu'à cause de la durée indéfinie des accidents. Les lésions des oreilles chez les malades atteints de lupus érythémateux paraissent souvent identiques à celles que déterminent les engelures prolongées.

Or, le froid, *cause déterminante* des engelures, n'est pas la *cause déterminante* du lupus érythémateux et, d'autre part, la cause déterminante du lupus érythémateux (tuberculose) peut produire des lésions analogues à celles des engelures. Faut-il admettre que celles-ci ne sont qu'en apparence des lésions *a frigore*, et qu'elles résultent en réalité d'intoxications tuberculeuses (origine nasale?) chez des enfants soumis au froid? Une telle hypothèse est des plus invraisemblables, et demanderait, à son appui, les preuves les plus complètes. Faut-il supposer que les produits toxi-tuberculeux, par leur action sur les vaisseaux, déterminent des effets morbides qu'on ne peut souvent distinguer des effets du froid? C'est la seule hypothèse plausible; encore doit-on remarquer que ces effets analogues, de cause externe dans un cas et de cause interne dans l'autre, se produisent chez des individus qui sont dans des conditions de résistance organique spéciale (scrofuleux), de sorte qu'il importe de se demander quelle part revient au terrain dans la détermination des lésions vasculaires et dermiques.

Il n'est pas douteux, d'ailleurs, que chez les scrofuleux les tissus cutanés présentent des aptitudes particulières, et le fait suivant en constitue la démonstration frappante. Chez la plupart des femmes atteintes de cet état constitutionnel, on constate au niveau du lobule de l'oreille des incisures, des sections complètes dues à la boucle d'oreilles; peu à peu, le poids de celle-ci détermine la destruction des tissus, et sans ulcération, au bout de quelques années, le lobule est fendu. M. Besnier ne manquait jamais, dans son service, d'insister sur ces lésions et d'en dégager la signification au point de vue des qualités propres au terrain sur lequel on les observe.

Dans ce cas particulier, la scrofule ne détermine pas de lésions, elle favorise seulement des altérations dues à des causes susceptibles, à son encontre, d'amener directement des effets pathologiques. Constater que cette « diathèse » existe chez les individus atteints de « tuberculides », ce n'est nullement expliquer celles-ci. Et, jusqu'à nouvel ordre, jusqu'à ce qu'on ait, par exemple, démontré que la tuberculose n'est pas constante chez les sujets atteints des affections rangées parmi les « tuberculides », force nous est de nous contenter de la théorie toxique, quelque embarras qu'on doive éprouver à adopter une théorie non susceptible de preuve directe, et qui paraît n'avoir la valeur que d'un pis aller. Si l'on admet cette hypothèse, il faut, cependant, la compléter par la notion d'un terrain spécial, où les tissus exposés aux toxines tuberculeuses, réagissent d'une manière autre que chez les individus normaux.

Il n'entre pas dans le cadre de cet article d'indiquer en détail le traitement de ces affections; nous ne pouvons insister sur les méthodes externes qu'il convient de leur appliquer. Mais de ce que nous avons dit, il résulte que tout individu atteint de « tuberculides » doit être considéré comme un tuberculeux en activité ou en puissance. Le traitement interne présente chez lui une importance dominante, et toutes les mesures d'hygiène qui sont aujourd'hui appliquées aux tuberculeux (suralimentation, aération, hydrothérapie) doivent être imposées. On surveillera le poids du malade, on l'auscultera régulièrement. L'huile de foie de morue, l'arsenic, le tannin seront employés d'une manière systématique.

Sous aucun prétexte le dermatologiste ne se bornera au traitement local : il obtiendra par le traitement général des résultats que la thérapeutique externe ne peut lui fournir, parce qu'elle vise des effets et non leurs causes.

Dr Leredde,
Chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 décembre 1899.

Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie par la suture sans drainage.

M. Pierre Delbet. — Vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur un travail de M. Jonnesco (de Bucharest), relatif au traitement des kystes hydatiques du foie par la suture sans drainage. Ce travail est basé sur quatre observations, dans lesquelles le résultat a été excellent. Chez aucun de ses malades l'auteur n'a employé le capitonnage et il s'est borné à suturer les kystes sans drainage, suivant le but que j'ai cherché à atteindre en supprimant la marsupialisation.

Bobrov a commencé par traiter les kystes hydatiques d'après la méthode de Billroth, en les remplissant d'huile iodoformée, puis, mécontent des résultats obtenus, il a remplacé l'huile iodoformée par l'eau salée; enfin, en 1897, pour la première fois, il a suturé, sans le remplir, un kyste hydatique du foie, comme j'avais eu l'occasion de le faire plusieurs fois sans employer le capitonnage, qui vise seulement les kystes volumineux, et comme l'a fait également Posadas. Pour certains petits kystes, je me suis même contenté quelquefois d'enlever la membrane hydatique, en réduisant la poche sans la suturer.

Je profite de cette occasion pour ajouter aux observations que j'ai déjà publiées un nouveau fait, dans lequel j'ai pu pratiquer le capitonnage pour un très volumineux kyste thoraco-abdominal; le résultat a été parfait.

En résumé, ma méthode, qui consiste à supprimer le drainage dans le traitement des kystes hydatiques du foie, comprend trois variantes, dont les indications dépendent du volume des kystes, et aussi de la rigidité de leur paroi. Je fais le capitonnage dans les très gros kystes et dans les kystes à parois épaisses et rigides; pour les kystes de volume relativement petit, à parois souples, je me borne à suturer sans drainage; enfin, pour certains petits kystes, je ferme l'abdomen sans drainage et sans suturer la poche. C'est donc seulement dans le cas de kystes hydatiques suppurés que la marsupialisation devra être employée.

M. Tuffier. — Je suis absolument de l'avis de M. Delbet, et, dans deux cas de kystes hydatiques, développés l'un dans le cul-de-sac de Douglas, l'autre dans le rein, j'ai suturé la poche sans drainage; j'ai dû, ne pouvant enlever complètement la membrane hydatique, employer la curette pour détruire les fragments qui restaient.

Médication thyroïdienne dans le traitement des fractures mal consolidées.

M. Guinard. — Je tiens à m'associer aux réserves qui ont été formulées par M. Potherat sur l'emploi de la thyroïdine dans le traitement des pseudarthroses (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 413). Dans un cas que j'ai opéré, il s'agissait d'une pseudarthrose consécutive à une fracture de jambe; je fis une résection, j'immobilisai le membre dans un appareil plâtré pendant quarante jours, et, au bout de ce laps de temps, la consolidation n'était pas obtenue. Chez ce malade, j'ai employé la thyroïdine même à doses assez élevées, et le résultat a été absolument nul.

M. Poirier. — J'ai eu recours à la médication thyroïdienne dans un cas de fracture du fémur, avec retard de consolidation; la thyroïdine n'a paru amener aucun résultat appréciable. Mais dans un autre fait, où j'avais affaire à une fracture de jambe qui, après quatre-vingt-dix jours, présentait encore de la mobilité, j'ai remis un appareil plâtré pendant cinquante jours, en donnant en même temps de la thyroïdine, et la consolidation a été obtenue.

M. Rochard. — Dans un cas de pseudarthrose des deux os de l'avant-bras, n'ayant pas obtenu la consolidation trois mois après une suture osseuse, j'ai prescrit de la thyroïdine, qui n'a produit aucun résultat.

Application de la radiographie au traitement des fractures.

M. Lucas-Championnière. — La communication que M. Tuffier a faite dans l'avant-dernière séance vient à l'appui des idées que je soutiens depuis longtemps sur le traitement des fractures. Je suis heureux de constater qu'il est démontré par la radiographie que les appareils plâtrés sont loin de réaliser tout ce qu'on a cru pouvoir en espérer au point de vue du maintien de la réduction des fractures et de la qualité des résultats fonctionnels. Il convient, cependant, d'ajouter que la radiographie, en nous donnant des images par projection, exagère plus ou moins les déformations, et il faut en tenir compte dans l'appréciation des résultats.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance solennelle du 27 décembre 1899.

Mercredi dernier a eu lieu à la Sorbonne sous la présidence du ministre de l'instruction publique une réunion solennelle pour fêter le cinquantenaire de la Société de biologie.

C'est au mois de mai 1848 que quelques savants eurent l'idée de fonder une société scientifique dont le but était ainsi défini par Ch. Robin :

« Si, en choisissant un titre aussi général que celui de *Société de biologie,* nous embrassons un vaste sujet d'étude, ce n'est pas sans connaissance des choses. Ce titre a été choisi pour faire sentir que si l'art médical a été primitivement la source de nos connaissances en physiologie, en pathologie, puis a montré la nécessité de l'anatomie, etc., le temps est venu, par suite du développement de ces sciences, de les considérer d'abord indépendamment de toute idée d'application. Ce n'est que de la sorte qu'elles pourront faire de rapides progrès. »

Sans vouloir donner ici la liste des fondateurs de la Société de biologie, nous croyons bon de faire connaître la composition du bureau tel qu'il était à la fondation :

Président : Rayer; *vice-présidents :* Claude Bernard et Ch. Robin; *secrétaires :* Follin, Lebert, Brown-Séquard et L.-A. Segond.

On trouvera en regard les portraits des savants dont nous venons de citer les noms. De tous ceux qui composaient le bureau en 1849, un seul est encore en vie, c'est M. L.-A. Segond, père de notre distingué confrère M. le docteur P. Segond. Nous ferons remarquer, en outre, que deux des secrétaires n'appartenaient pas à la nationalité française; l'un, Brown-Séquard, l'a acquise plus tard,



CLAUDE BERNARD
1813-1878
Vice-président de la Société
Professeur de médecine au Collège de France.



PIERRE RAYER
1793-1867
Président de la Société
Professeur de médecine comparative à la Faculté de médecine de Paris.



CHARLES ROBIN
1821-1885
Vice-président de la Société
Professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris.

comme nous l'avons dit au commencement de l'année dernière (Voir *Semaine Médicale,* 1899, Annexes, p. II); l'autre, Hermann Lebert (1813-1878), fut choisi ensuite comme professeur de clinique médicale par les Facultés de médecine de Zurich et de Breslau, après avoir séjourné en France pendant une vingtaine d'années. Vu le peu de temps dont nous disposions, il ne nous a pas été possible de donner la photographie de Lebert.

En se reportant aux titres placés au-dessous de chaque portrait, le lecteur pourra voir que chacun des membres du premier bureau de la Société de biologie a occupé dans la science une place marquante. Leurs noms sont attachés à des travaux qui ont contribué grandement au progrès des sciences médicales.

Il était bien juste qu'un hommage solennel fût rendu à ces travailleurs de la première heure, et c'est ce qu'ont fait avec beaucoup de talent, d'abord M. Bouchard, président actuel de la Société de biologie, puis M. Gley, secrétaire général de ladite Société, et enfin M. Leygues, grand maître de l'Université de France. Des adresses ont été lues par MM. Blumenthal (de Berlin), Heger (de Bruxelles), Prévost (de Genève) et Waller (de Londres), délégués par des Sociétés étrangères. A son tour, la province est venue apporter son hommage à la solennité de ce jour, qui est la glorification du travail continu de plusieurs générations pendant un demi-siècle pour la recherche de la vérité et le bien de l'humanité.



EUGÈNE FOLLIN
1823-1867
Secrétaire de la Société
Professeur agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine de Paris.



ÉDOUARD BROWN-SÉQUARD
1818-1894
Secrétaire de la Société
Professeur de médecine au Collège de France.



LOUIS-AUGUSTE SEGOND
Né le 3 septembre 1819
Secrétaire de la Société
Professeur agrégé d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Recherches cliniques sur les troubles dus à la persistance du thymus, par M. M. Laub.

Autrefois on attribuait certains cas de mort subite chez les enfants à la compression de la trachée par le thymus hypertrophié, mais actuellement on n'est guère porté à admettre cette manière de voir. Cependant les recherches que M. A. Paltauf a entreprises, il y a dix ans, à l'Institut de médecine légale de Vienne, ont montré que sur les cadavres des sujets de tout âge, enfants comme adultes, ayant succombé brusquement sans qu'une lésion organique quelconque ait pu expliquer cette mort, on trouve souvent un ensemble de particularités anatomiques qui est le suivant : végétations adénoïdes du nasopharynx avec hypertrophie de l'amygdale linguale, tuméfaction des ganglions lymphatiques du mésentère et des autres régions, ainsi que de la rate, hyperplasie ou persistance du thymus, hypoplasie du système vasculaire et dilatation aiguë du cœur.

Or, M. Laub a observé au cours de ces dernières années, dans le service de M. Bamberger, à Vienne, 4 cas d'une affection rapidement mortelle, dans lesquels l'autopsie a révélé des lésions analogues à celles qu'a signalées M. Paltauf.

Il s'agissait de sujets de sexe masculin, âgés de dix-sept à vingt-trois ans, ayant toujours joui d'une santé florissante, et qui, atteints brusquement de troubles graves, furent emportés au bout d'un laps de temps dont la durée n'a pas dépassé dix-huit heures. Dans tous ces cas, on a noté le même syndrome clinique, caractérisé par des phénomènes cérébraux, surtout par un état comateux profond, par l'élimination d'une urine fortement albumineuse mais sans éléments figurés indiquant une phlegmasie rénale, et, enfin, par une tuméfaction de la rate. En outre, deux malades présentaient une hypertrophie manifeste des follicules de la base de la langue.

L'autopsie révéla l'existence d'un œdème du cerveau, cause évidente de la mort, la persistance du thymus, l'hyperplasie de tout le système lymphatique, y compris la rate, l'hypoplasie du système vasculaire, en particulier de l'aorte.

On avait donc affaire à un ensemble de particularités anatomiques, qui, d'après l'auteur, doit constituer une prédisposition à la production de l'œdème du cerveau sous l'influence de la moindre cause occasionnelle, de nature psychique ou somatique.

A ce propos, M. Laub rappelle que von Kundrat et Schlömicher ont souvent noté chez les sujets morts au cours de la narcose chloroformique soit la persistance du thymus, soit un habitus lymphatique et chlorotique nettement accusé.

De tous ces faits l'auteur croit pouvoir conclure à l'existence d'une constitution lymphatico-chlorotique spéciale, mettant les individus dont il s'agit dans un état d'équilibre peu stable, de vulnérabilité particulière à l'égard des influences nocives.

Le diagnostic de cette anomalie peut, d'après M. Laub, être établi avec une grande probabilité toutes les fois qu'on se trouve en présence de sujets jeunes, jusque-là bien portants, qui brusquement, sans cause apparente, perdent connaissance, sont pris de troubles cérébraux, notamment de coma, et succombent en quelques heures, sans que rien dans leurs antécédents ni dans les symptômes observés puisse faire admettre l'existence d'une lésion cérébrale organique. Ce diagnostic devient encore plus plausible lorsqu'on constate chez ces malades une hypertrophie de l'amygdale pharyngienne et des follicules de la base de la langue en même temps qu'une tuméfaction de la rate. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 novembre 1899.)

Des manifestations métastatiques du cancer de la prostate et de leur valeur au point de vue du diagnostic, par M. Wolff.

L'auteur relate une observation confirmant les résultats de recherches faites par von Recklinghausen sur les cancers de la prostate. Elle a trait à un homme, âgé de soixante-sept ans, qui fut pris brusquement d'une rétention urinaire complète. Au toucher rectal, on constatait une hypertrophie diffuse de la prostate. Le patient accusait, de plus, des douleurs violentes au niveau de la hanche gauche avec irradiations dans l'extrémité inférieure correspondante. Le nerf sciatique était sensible à la pression et l'on notait des paresthésies au pied. La région de l'articulation sacro-iliaque gauche était également sensible à la pression. Le malade ayant été atteint un an auparavant d'arthrite, au niveau des deux pieds, on attribua les douleurs à une affection arthritique du nerf sciatique. Quant à l'hypertrophie prostatique, on la traita par la castration. Les suites immédiates de l'intervention ne présentèrent rien d'anormal, mais la rétention urinaire persista et le patient succomba au bout de dix-huit jours avec des symptômes d'une faiblesse cardiaque. L'autopsie montra toute la plèvre recouverte de petits noyaux néoplasiques pénétrant en partie dans le tissu pulmonaire. Les reins offraient les lésions de la néphrite chronique et il existait, en outre, une pyélite droite et une hypertrophie considérable de la prostate.

Seul l'examen histologique fit voir que les glandes prostatiques se trouvaient en état de dégénérescence cancéreuse. Cette dégénérescence était associée à une hyperplasie des fibres musculaires lisses de l'organe. Le microscope mit également en évidence la nature cancéreuse des métastases pleurales. De plus, M. Wolff constata que la moelle de la substance spongieuse du sacrum et de l'os iliaque était atteinte de dégénérescence cancéreuse, telle qu'elle a été décrite par von Recklinghausen.

L'auteur a trouvé dans la littérature médicale 83 cas de cancer de la prostate vérifiés à l'autopsie et dont 9 se sont accompagnés de métastases au niveau de la moelle des os. Ces chiffres montrent suffisamment la tendance du cancer prostatique à envahir le système osseux. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LII, 3-4.) — F. de Q.

Sur un cas de kyste hydatique multiloculaire, par MM. Brentano et Benda.

L'observation relatée par les auteurs du présent mémoire se rapporte à un homme de soixante et un ans chez lequel on avait remarqué depuis plusieurs années l'existence d'une tumeur au niveau de l'os iliaque droit. Ce néoplasme, qui s'était montré à la suite d'une chute, augmenta lentement de volume et s'ouvrit spontanément en donnant issue à 1 litre 1/2 de liquide purulent. A l'examen du patient on trouva, entre le grand trochanter et l'articulation sacro-iliaque du côté droit, une grosse tumeur offrant une consistance en partie cartilagineuse, en partie fluctuante. M. Brentano supposa avoir affaire à une tumeur maligne à l'état de nécrose. Il procéda à l'ablation du néoplasme en réséquant une partie de l'os iliaque, et tamponna la plaie à la gaze iodoformée. Les suites opératoires ne présentèrent rien d'anormal.

L'examen histologique fut pratiqué par M. Benda. L'aspect macroscopique de la pièce anatomique était celui d'un néoplasme malin ; mais le microscope montra qu'il s'agissait d'un kyste hydatique multiloculaire typique. Le parasite était entouré d'un tissu de granulations renfermant des myéloplaxes. On notait une absence complète de têtes et de crochets, de sorte qu'on se trouvait en présence d'une simple prolifération exogène de la paroi du parasite avec envahissement des tissus ambiants.

Malgré les différences qui existent, au point de vue du développement, entre le kyste hydatique multiloculaire et les échinocoques multiloculaires, M. Benda estime qu'il n'y a pas lieu de les considérer comme deux espèces distinctes. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LII, 1-2.) — F. de Q.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'ingestion d'huile dans le rétrécissement pylorique.

M. le docteur P. Cohnheim a eu récemment l'occasion d'observer à la policlinique des maladies de l'estomac et des intestins de M. le docteur J. Boas, à Berlin, un homme atteint de gastrectasie, qui s'est très bien trouvé de l'ingestion méthodique d'huile. La dilatation de l'estomac, survenue à la suite d'une contusion du tronc, était due apparemment à une sténose pylorique résultant de la cicatrisation des lésions traumatiques (ulcère, rupture de la muqueuse ou hématome de la paroi gastrique), lesquelles s'étaient traduites cliniquement par des douleurs cuisantes à l'épigastre et par des vomissements alimentaires. Il existait une gastrectasie des plus nettes, accompagnée des symptômes habituels de cette affection, qui ne furent qu'améliorés jusqu'à un certain point par les lavages de l'estomac. Sur le conseil d'un ami, le patient commença à prendre matin et soir un verre à liqueur d'huile de lin et il eut la satisfaction de voir s'amender et puis disparaître les phénomènes morbides. Ce résultat a été obtenu en cinq semaines. Au début, avant de prendre l'huile le matin à jeun, le malade avait soin d'évacuer son estomac en provoquant des efforts de vomissements, mais bientôt ce moyen adjuvant devint de moins en moins nécessaire. A l'heure présente le patient n'éprouve plus aucun trouble digestif et n'a recours à l'huile, par mesure de précaution, qu'après des excès de table.

Il y a lieu d'admettre que dans ce cas l'ingestion d'huile a eu pour effet, d'une part, de faciliter le passage des masses alimentaires de l'estomac dans le duodénum, en lubrifiant les parois du tube gastro-intestinal, et, d'autre part, de calmer l'irritabilité pylorique, cause du spasme qui s'ajoute à l'obstacle créé par la sténose organique.

En se fondant sur cette observation, M. Cohnheim conseille, dans les rétrécissements du pylore, d'essayer toujours l'ingestion méthodique d'huile avant de songer à une intervention opératoire.

Le formol contre le cancer inopérable de l'utérus et contre la gangrène humide.

M. le docteur A. Ranelletti, assistant aux hôpitaux de Rome, a utilisé l'action siccative exercée par l'aldéhyde formique sur les tumeurs malignes (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 56) pour le traitement des cancers inopérables du col utérin. Sous l'influence des badigeonnages des lésions néoplasiques ulcérées avec une solution formalinée dont le titre variait suivant l'étendue du mal et les réactions individuelles (rappelons que la formaline à 20 % produit une action siccative maxima), notre confrère a vu les infiltrations cancéreuses du col se ratatiner, les hémorrhagies et l'écoulement fétide disparaître.

M. Ranelletti a aussi recours avec succès aux applications formalinées dans les cas de gangrène humide, notamment à la suite d'infiltrations urineuses. Les badigeonnages, en transformant les tissus mortifiés en eschares sèches, suppriment toute absorption des produits putrides et enrayent ainsi l'infection septicémique.

En pratiquant ces badigeonnages, il importe de protéger les tissus sains contre tout contact avec le formol.

Traitement des ulcérations tuberculeuses de la peau par le gaïacol.

Les applications de gaïacol — qui ont déjà été employées contre le lupus — se sont montrées entre les mains de M. le docteur N. S. Alivisatos, chef de clinique à l'hôpital Elpis d'Athènes, très efficaces chez 5 sujets porteurs d'ulcérations dermo-épidermiques de nature incontestablement tuberculeuse, siégeant sur diverses régions du corps.

Dans ces cas, notre confrère s'est servi d'une préparation ainsi formulée :

Gaïacol pur..............	} àà 40 grammes.
Huile d'olive stérilisée......	
Alcool à 60°..................	10 —

Avec cette mixture on badigeonnait les ulcérations trois fois par jour, après avoir enlevé les croûtes et détruit les bourgeons charnus exubérants au moyen de quelques attouchements avec une solution d'acide lactique à 10 %.

Ces badigeonnages (toujours bien supportés à la condition d'employer du gaïacol chimiquement pur) ont amené la cicatrisation des plaies en quelques semaines. Chez un malade, porteur à la face antéro-latérale du bras d'un ulcère tuberculeux mesurant 6 centimètres environ dans les deux diamètres, M. Alivisatos, après avoir fait des applications de gaïacol pendant quinze jours, sutura les lèvres préalablement décollées et avivées de la perte de substance et obtint la guérison par réunion immédiate.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Tenon. — M. Paul Le Gendre.

Syndromes épisodiques des dyspepsies nerveuses : la régurgitation pituiteuse spasmodique.

Aux confins de la pathologie gastrique et de la neuropathologie existe une zone ambiguë — ce qu'on appelle en géographie et en politique coloniale un territoire contesté —, trop souvent cause d'ardentes compétitions et d'âpres querelles entre les médecins intéressés à se l'approprier, en attirant à eux les patients qui y végètent.

Les symptômes qu'éprouvent ceux-ci sont en effet de deux ordres distincts, les uns évidemment gastriques, les autres non moins évidemment nerveux. Toutes les fois que la question est portée devant une société médicale, les tenants des deux opinions adverses s'entre-choquent plus ou moins rudement, et, las de ne pouvoir triompher complètement ni les uns ni les autres, ils se résignent à une sorte de condominium, également avantageux d'ailleurs pour les deux camps, puisque les patients, n'étant en général guéris rapidement ni par les uns ni par les autres, passent leur temps à les consulter successivement et alternativement.

Ce territoire contesté, on l'appelle la dyspepsie nerveuse.

Parmi les malades auxquels on attache communément cette étiquette, les uns sont des névropathes, hystériques ou neurasthéniques, se plaignant plus ou moins de leurs digestions; les autres, des gastropathes primitifs, qui présentent plus ou moins de symptômes névropathiques. Longtemps leurs oscillations alternatives entre les spécialistes voués à l'étude du système nerveux et ceux qui s'adonnent aux maladies de l'estomac n'ont eu pour conséquences que de les faire alternativement doucher ou tuber, électriser ou soumettre à des régimes diététiques.

Mais, depuis l'accession large des chirurgiens au domaine médical, certains d'entre ces patients ont été réclamés aussi par des bistouris ardents. Telle cette malade que nous avons depuis plus d'un an dans le service et qui porte sur le milieu du ventre l'estampille chirurgicale, sous la forme d'une cicatrice, d'ailleurs fort belle et fort solide, de laparotomie faite il y a trois ans par un de nos plus habiles collègues. Elle avait des vomissements incoercibles avec dilatation gastrique et un syndrome douloureux qui firent penser qu'elle devait avoir un ulcère de la région pylorique. Le ventre ouvert, on reconnut que la sténose était purement fonctionnelle; les vomissements cessèrent, d'ailleurs, pendant quelques mois. Toutefois, ils ne tardèrent pas à reprendre de plus belle. Le tubage a décelé chez cette femme une hypopepsie très accentuée; il existe en même temps des stigmates d'hystérie. Je l'ai soumise à la médication képhirique; elle a cessé de vomir pendant plusieurs mois; puis les vomissements ont recommencé. Actuellement, ils paraissent surtout être en rapport avec l'état psychique, les contrariétés, la pluie ou le beau temps. Je pense qu'en somme le passage du chirurgien n'était pas indispensable dans cette existence hystéro-gastrique.

On eût pu probablement venir à bout de l'intolérance stomacale avec l'aide du temps et des moyens purement médicaux; c'est ainsi qu'il m'est arrivé une fois de détourner une intervention chirurgicale déjà décidée pour un cas d'hypersécrétion chlorhydrique, dans lequel on n'avait pas avec assez de patience et de minuties joué du régime avant de se résoudre à jouer du couteau.

Mais je me hâte de fermer cette parenthèse chirurgicale pour revenir aux dyspeptiques nerveux ou nerveux dyspeptiques, lamentable cohorte qu'il vous faut bien étudier, autant du moins que le permet l'état actuel de nos connaissances; car ils sont de plus en plus nombreux parmi nos contemporains et ils tiennent une large place dans la clientèle, aussi bien hospitalière qu'urbaine et même rurale.

Si l'on veut étudier convenablement ces patients, il faut être très patient soi-même, car leurs histoires sont longues et singulièrement touffues. Qu'ils soient cultivés ou incultes, ils parlent d'ordinaire beaucoup, noyant les événements principaux de leurs romans pathologiques sous un flot de détails accessoires et, au hasard de leurs souvenirs, vous égarant dans un dédale d'*épisodes;* c'est à vous qu'il incombe de démêler en pareil cas le principal d'avec l'accessoire. Pour curieux que soit l'épisode, il ne faut pas se laisser détourner par lui du substratum clinique fondamental, la névrose générale directrice ou la gastropathie primitive, car c'est l'une ou l'autre dont le diagnostic servira de pivot à la médication ou au régime.

Vous enregistrerez avec curiosité les épisodes, mais vous ne serez point dupes de leur valeur au point de vue de la marche générale du drame pathologique; vous ne confondrez pas la maladie et les syndromes qui dessinent leurs arabesques capricieuses sur son fond trop souvent d'une désespérante unité.

Encore faut-il être familiarisé avec ces *syndromes épisodiques,* très variés, généralement décrits dans les traités classiques de neuropathologie ou de pathologie gastrique sous la rubrique « névroses de l'estomac ».

Parmi ces épisodes il en est de *simples,* qui consistent en désordres fonctionnels d'une seule nature, par exemple affectant exclusivement la motilité de l'estomac : tels les accès d'éructation, de régurgitation, de spasme de l'estomac ou d'incontinence de ses orifices, etc. D'autres sont des déviations de la sensibilité : boulimie ou anorexie, hyperesthésie ou paresthésies de la muqueuse gastrique. D'autres sont des perversions sécrétoires : hypersécrétion temporaire, hypo ou anachlorhydrie nerveuse. Il en est aussi d'ordre vasomoteur.

Enfin, il en est de *complexes,* à la réalisation desquels prennent part la motilité, la sécrétion, la sensibilité et la vasomotricité. Il s'agit alors de syndromes d'une analyse souvent délicate, et qui peuvent être assez variés pour satisfaire les curieux d'inédit, comme pour désoler les amateurs de classifications symétriques.

J'estime qu'il est indispensable de démêler ces épisodes; car certaines écoles médicales, trop portées à confondre syndromes et maladies, ont ainsi encombré les classifications et masqué la claire vue des grands processus gastriques ou névropathiques fondamentaux, dont le diagnostic seul importe; c'est en effet la détermination précise de ce processus fondamental qui tient sous sa dépendance pronostic et traitement.

Quoi qu'il en soit, j'appelle aujourd'hui votre attention sur un syndrome qui se présente assez rarement et qui mérite, je crois, une description spéciale, car il me paraît de nature à dérouter les médecins qui ne l'ont pas encore rencontré. Je dois dire que je ne l'ai trouvé, d'ailleurs, décrit nulle part sous la forme très nette que j'ai plusieurs fois observée. Les confrères, et même des maîtres en pathologie gastrique, auxquels j'en ai parlé m'ont semblé n'avoir pas exactement vu le cas dont il s'agit; c'est ce qui me décide à vous le signaler. Je l'ai dénommé, pour mon usage personnel, la *régurgitation pituiteuse spasmodique intermittente.*

Voici, en résumé, le tableau du syndrome en question :

Souvent le sujet se trouve pendant une, deux ou trois heures dans un état d'agacement nerveux indéfinissable; il se sent irritable, a besoin de mouvement, éprouve un vague malaise épigastrique. D'autres fois, c'est très brusquement que le syndrome apparaît.

Dans sa forme la plus complète, il se compose de trois actes :

Une douleur violente de contraction est ressentie au milieu de l'épigastre ou un peu à droite, ou encore derrière la pointe du sternum. A ce moment, la figure du patient exprime une angoisse très vive ; il pâlit, une sueur froide lui vient au front, un frisson général le secoue. Il porte sa main au creux de l'estomac, en l'appuyant fortement ou en saisissant les téguments avec les doigts contractés comme pour arracher un corps étranger douloureux.

Puis le malade sent sa bouche s'emplir d'un liquide qu'il rejette en crachant ou qui s'écoule en bavant. Ce liquide est d'abondance variable, depuis une ou deux gorgées jusqu'à un demi-verre. Il est le plus souvent incolore, insipide et mousseux, tantôt d'apparence salivaire, tantôt de consistance plutôt visqueuse, d'aspect glaireux comme du mucus gastrique; d'ordinaire neutre au papier de tournesol, il est parfois, mais rarement, acide et agaçant les dents du patient, d'autres fois amer comme de la bile, quoique à peine coloré; sans doute il y existe alors de la peptone, et ces différentes apparences du liquide peuvent être en rapport avec l'heure à laquelle le syndrome s'est produit.

La crise terminée, le sujet éprouve le plus souvent une sensation d'accablement général, d'extrême lassitude qui l'oblige à s'étendre quelques minutes; mais, au bout de peu de temps, cette lassitude se dissipe et fait place à un état de bien-être réel par contraste avec l'état d'agacement nerveux qu'il avait ressenti avant la crise.

La durée totale de l'accès est de une à cinq minutes. Il peut se composer de deux reprises se succédant à une ou deux minutes d'intervalle.

La fréquence des crises est des plus variables. Généralement, elles se produisent, au début, à des intervalles éloignés; j'ai connu un malade qui avait eu deux accès en un an, puis tous les deux ou trois mois, et, enfin, quelquefois deux ou trois par jour.

Les causes occasionnelles ou provocatrices sont parfois évidentes et connues du patient; j'ai noté les suivantes : contrariété, émotion, effort de contention intellectuelle, séjour dans une atmosphère surchauffée, usage de certains aliments acides, sucrés ou féculents, du bouillon, de certains légumes (haricots verts) ou fruits (pommes).

Exceptionnellement, la crise de régurgitation spasmodique peut être suivie d'un véritable vomissement alimentaire, si le syndrome se produit à une période peu avancée de la digestion gastrique, ou d'un vomissement bilieux si le malade est à ce moment en état de polycholie.

Mais beaucoup plus souvent le syndrome se montre en pleine période de digestion gastrique sans que la régurgitation spasmodique amène dans la bouche autre chose qu'un liquide d'aspect pituiteux.

Les liens qui unissent ce syndrome *à l'état dyspeptique* me paraissent indéniables; tous les sujets chez lesquels je l'ai observé avaient un passé de dyspepsie et ont continué à évoluer dans ce sens. Toutefois, les caractères de la dyspepsie peuvent être très différents ou même tout à fait opposés; j'ai constaté le syndrome de la régurgitation pituiteuse intermittente spasmodique chez des hyperpeptiques, des hyperchlorhydriques et des hypersécréteurs, comme chez des hypopeptiques et même chez une apeptique; chez des individus sujets à des phénomènes d'hyperesthésie gastrique, chez d'autres qui n'avaient jamais « senti » leur estomac, mais qui de toute évidence digéraient mal, ayant habituellement le syndrome flatulent, de temps à autre des indigestions et une constipation opiniâtre. Plusieurs présentaient une dilatation modérée de l'estomac, une de ces dilatations atoniques à variations fréquentes, qu'il ne faut pas confondre avec les grandes et constantes gastrectasies par définitives lésions de la musculature.

Mais le trait commun à tous les sujets chez lesquels j'ai observé la régurgitation spasmodique intermittente, c'est l'*état névropathique,*

l'impressionnabilité psychique, l'intensité des réactions nervo-motrices, les uns offrant des stigmates d'hystérie, les autres le cortège neurasthénique. C'étaient des arthritiques à migraines, à lithiase biliaire, à eczéma, à hémorrhoïdes. Ce qui rattache encore ce syndrome à l'état neuro-arthritique, c'est son caractère familial et même héréditaire, car je l'ai vu chez quatre membres d'une même famille en deux générations.

Au point de vue de l'âge, les sujets que j'ai observés étaient la plupart jeunes ou adultes, en majorité des jeunes femmes; deux fois cependant je l'ai noté à la ménopause, deux fois chez l'homme, une fois dans l'enfance.

Le diagnostic de ce syndrome est facile à faire lorsqu'on est prévenu et qu'on assiste à son développement; il ne l'est pas tant qu'on n'a pour se renseigner que la description donnée par le malade, description souvent confuse si le patient n'est pas de ceux qui savent bien s'analyser.

Suivant la prédominance de tel ou tel des éléments du syndrome, la régurgitation, le spasme gastrique, la douleur ou la nature du liquide rejeté, suivant l'heure à laquelle il se produit et sa fréquence, telle ou telle erreur sera rendue possible.

C'est ainsi que la confusion peut être faite avec la pituite vulgaire de la gastrite alcoolique, avec les vomissements des hypersécréteurs, si le sujet accuse le rejet d'un liquide abondant salivaire, muqueux ou bilieux le matin. On peut croire à un pyrosis banal lorsqu'il y a seulement sensation de régurgitation acide. Quand le patient se plaint principalement de la sensation de contraction douloureuse dans la région épigastrique, on pourrait ne lui reconnaître qu'une crise de gastralgie.

Il y a des cas, d'ailleurs, où le syndrome n'a pas son ampleur typique, un des éléments se trouvant atténué. Dans le fait suivant, par exemple, il y avait presque exclusivement gastrospasme.

Récemment un confrère des plus instruits m'adressait une de ses clientes qui l'intriguait par l'existence d'accès quotidiens dont il me faisait ainsi la description : « Depuis dix mois, m'écrivait-il, cette femme éprouve tous les jours une sorte de crise douloureuse de courte durée, survenant le plus souvent vers cinq heures du soir : elle sent d'abord une production exagérée de salive, puis une sorte de fourmillement débutant au bas-ventre, remontant très rapidement au creux épigastrique où la sensation se transforme en une douleur très vive que la malade localise au sommet du creux épigastrique et en arrière du tiers inférieur du sternum. Cette douleur cesse brusquement au bout d'environ deux minutes et parfois il se produit un petit vomissement glaireux ou bilieux, rarement alimentaire; le plus souvent il n'y a pas de vomissement, mais simplement un peu de nausée. Ces crises douloureuses surviennent quelquefois à deux reprises dans une journée; en pareil cas, une crise a lieu le matin à jeun, l'autre à la fin de la journée, le plus souvent vers cinq ou six heures. L'appétit est resté bon, plutôt au-dessus de la moyenne. Depuis quelque temps, la patiente accuse une douleur dans le dos, entre les omoplates. » Chez cette femme il existait une légère dilatation de l'estomac et elle avait une hérédité névropathique très accentuée.

Dans un autre fait que j'ai observé, la sensation de contraction gastrique était à peine perçue par le sujet ou, du moins, elle était très courte et nullement douloureuse. Mais le reflux liquide était des plus abondants et la régurgitation avec vomiturition méritait bien le nom de pituite.

C'est en ayant égard à ces diverses variétés ou formes atypiques qu'on peut reconstituer le type complet du syndrome, qui, observé dans sa plénitude, m'a paru comporter la succession des phénomènes suivants : gastrospasme avec douleur épigastrique, antipéristaltisme œsophagien avec douleur rétro-sternale, régurgitation avec expuition pituiteuse. D'où la dénomination de régurgitation pituiteuse spasmodique intermittente, que je propose pour fixer les caractères principaux de ce syndrome.

Le pronostic est certainement sans gravité au point de vue des conséquences pour la santé générale; celle-ci dépend uniquement de la nature et de la gravité de l'affection gastrique dont le syndrome en question n'est qu'un épisode.

Toutefois, si ce syndrome revêt une grande intensité et reparait très fréquemment, il en résulte une véritable infirmité et une entrave pour les relations sociales. La brusquerie et l'imprévu de l'accès, l'impossibilité où le patient se trouve de le dissimuler au public — tant son visage trahit d'angoisse au moment du spasme gastro-œsophagien —, la quantité parfois considérable du liquide, qui inonde sa bouche et l'oblige à le répandre à terre ou à inonder son mouchoir en quelques instants, sont des raisons suffisantes pour que le dyspeptique atteint de régurgitation pituiteuse spasmodique redoute la fréquentation du monde et puisse tourner à un état de mélancolie hypocondriaque.

Je ne crois pas qu'il y ait lieu d'opposer un moyen thérapeutique direct au syndrome en question; tous ceux, du moins, que j'ai pu mettre en œuvre ont été inefficaces. La succession des divers actes qui composent la crise est tellement rapide qu'il serait impossible de tenter quelque chose pour l'arrêter dès qu'elle a commencé. Quand le patient, familiarisé avec son infirmité, était averti par certains malaises prodromiques, comme je l'ai vu quelquefois, j'ai fait ingérer des alcalins ou des poudres inertes à haute dose, de la belladone, de l'opium, de l'éther et tous les antispasmodiques, sans aucun succès; je n'ai pas obtenu un meilleur résultat avec une boisson chaude ou une boisson glacée.

Je pense donc qu'il faut négliger le syndrome épisodique et s'occuper uniquement de diagnostiquer l'affection gastrique primitive et sousjacente pour la traiter comme il convient. Suivant qu'il existe une dyspepsie hyperpeptique ou hypopeptique, hyper ou hyposécrétion, qu'il y a ou non gastrectasie, les moyens diététiques et les médications convenables seront mis en œuvre.

Mais, d'autre part, l'importance du terrain névropathique, sur lequel évolue l'affection gastrique, est ici telle qu'il sera toujours nécessaire d'employer simultanément cet ensemble de moyens hygiéniques et thérapeutiques auquel on a recours pour la guérison des névroses.

MÉDECINE PRATIQUE

Le choc diastolique de la trachée dans les anévrysmes de la crosse de l'aorte.

Chez les sujets porteurs d'un anévrysme de la crosse aortique on constate souvent l'existence du signe dit d'Oliver, qui consiste en une secousse imprimée à la trachée, au moment de la *systole*, par la tumeur anévrysmale se trouvant à cheval sur la bronche primitive à l'égard de laquelle elle exerce une pression à chaque contraction cardiaque.

Ce phénomène peut cependant induire en erreur, attendu qu'on l'observe parfois dans les cas de tumeurs solides du médiastin en rapport avec l'aorte et les bronches primitives. Or, d'après M. le docteur J. N. Hall, professeur de médecine interne au Gross Medical College de Denver, il existerait un signe analogue se rencontrant exclusivement dans les anévrysmes de l'aorte : c'est le choc trachéal *diastolique*.

En général, lorsque l'anévrysme aortique fait saillie au niveau du sternum et qu'il siège près du cœur, on perçoit à son niveau des doubles battements systoliques et diastoliques. De même, dans les anévrysmes latents de la crosse de l'aorte, il y a transmission à la trachée non seulement du choc systolique, mais aussi du choc résultant de l'occlusion diastolique des valvules sigmoïdes. Pour mettre ce dernier phénomène en évidence, on procède comme pour la recherche du signe d'Oliver. Le malade tenant la tête en arrière, on saisit le cricoïde entre le pouce et l'index et on soulève le larynx : on perçoit alors la secousse systolique signalée par Oliver, puis un second choc tout aussi distinct, survenant exactement au moment de la diastole.

Tel est le nouveau signe de la trachée que M. Hall a noté dans plusieurs cas d'anévrysme de la crosse de l'aorte, vérifiés à l'autopsie.

Chez un malade seulement notre confrère n'a pu constater le choc diastolique de la trachée, bien qu'on se trouvât en présence d'un anévrysme de la crosse aortique. Il s'agissait d'un homme ayant eu la syphilis et atteint de néphrite interstitielle avec anasarque, qui présentait à la partie supérieure de la moitié gauche du thorax une zone de matité sans pulsations ni bruits de souffle. La pupille gauche était dilatée et on notait de l'enrouement avec dyspnée. Malgré ces symptômes, M. Hall ne posa pas le diagnostic de tumeur anévrysmale à cause de l'absence du choc diastolique de la trachée. L'autopsie montra qu'il existait bien un anévrysme de l'aorte siégeant à une distance de 5 centimètres du cœur, mais que le sac anévrysmatique était presque entièrement comblé par des couches denses de fibrine; c'est donc plutôt à une tumeur solide qu'à une dilatation vasculaire qu'on avait eu affaire dans ce cas.

CHIRURGIE PRATIQUE

Les incisions opératoires au niveau du cou.

Les incisions au niveau du cou, tout comme celles de la face, doivent répondre autant que possible aux trois conditions suivantes, sur lesquelles il nous paraît d'autant plus utile d'attirer l'attention que les traités classiques n'y insistent guère, à savoir : 1° assurer un accès facile au champ opératoire; 2° permettre d'éviter toute lésion inutile des organes voisins; 3° donner lieu à une cicatrice peu visible.

Avant l'ère de l'anesthésie la première de ces indications primait toutes les autres : pour les petites opérations comme pour les grandes, il s'agissait surtout d'aller vite, sans se préoccuper des lésions secondaires et des détails esthétiques.

La découverte de l'anesthésie générale a eu pour conséquence d'élargir le domaine opératoire, tout en permettant de procéder avec plus de soin, mais ici encore le danger de l'infection causée par des manipulations prolongées des tissus engageait les chirurgiens à s'appliquer avant tout à opérer d'une manière rapide.

L'antisepsie et l'asepsie ont permis, enfin, de prendre le temps nécessaire pour opérer soigneusement, en évitant toute lésion inutile et en songeant à l'aspect ultérieur de la cicatrice. Cela ne veut pas dire qu'il y ait avantage à opérer lentement : le meilleur chirurgien sera toujours celui qui, en tenant compte de tous les points que nous venons de mentionner, opérera le plus rapidement.

I

Il y a fort longtemps que les chirurgiens ont constaté que les incisions correspondant aux plis naturels de la peau sont celles qui produisent les cicatrices les plus fines. Ces plis suivent au niveau du cou une direction transversale dans les parties antérieures, et légèrement oblique de haut en bas et d'arrière en avant sur les côtés. La direction de ces plis est en rapport avec la traction exercée sur le derme et, d'après les recherches de M. Langer, avec sa structure histologique.

M. Kocher (1) a étudié, à l'occasion d'un grand nombre d'opérations, les directions dans lesquelles les bords d'une petite incision s'acco-

(1) Kocher. Chirurgische Operationslehre. 3e éd., p. 34. Iéna, 1897.

lent spontanément, par première intention, ce qui lui a permis de déterminer les conditions où les cicatrices présentent le moins de ten-

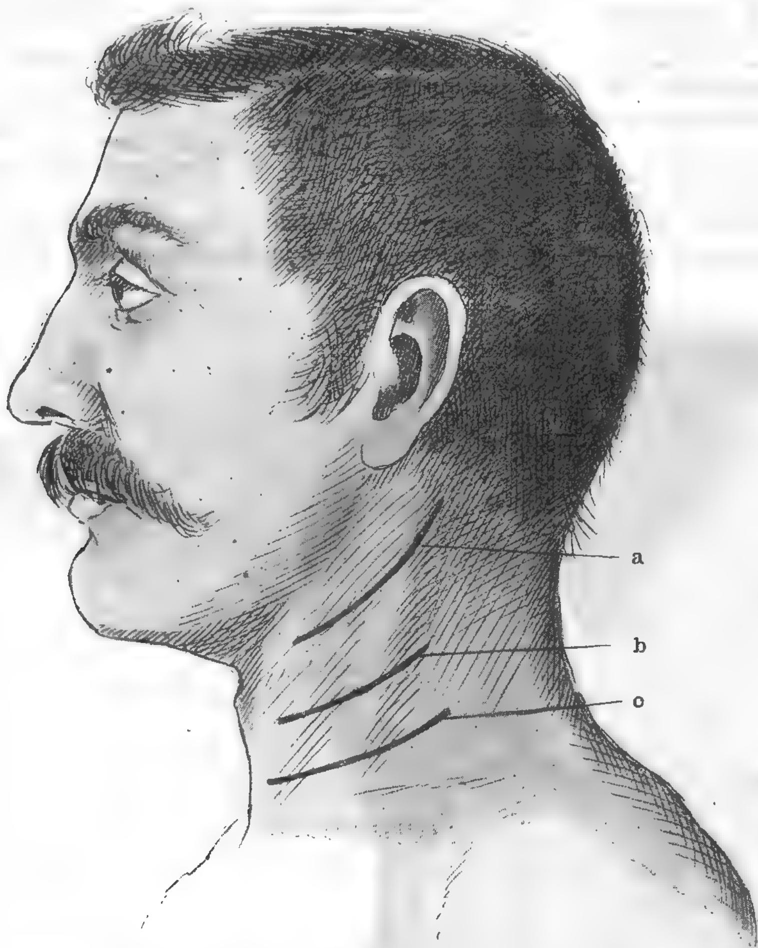


Fig. 1. — **a** Pharyngotomie latérale, abcès rétropharyngien, artère carotide externe et interne; **b** artère carotide primitive; **c** artère vertébrale, artère thyroïdienne inférieure.



Fig. 2. — **a** Artère carotide primitive; **b** goitre; **c** artère sous-clavière; **d** pharyngotomie latérale, artère carotide externe et interne.

dances à un élargissement ultérieur. Il a pu ainsi établir des incisions dites normales pour toutes les parties du corps. Nous les reproduisons ici en ce qui concerne le cou (*fig. 1* et *2*). Leurs indications ont été restreintes, pour la chirurgie du cou, par de nombreux chirurgiens aux incisions relativement petites, et M. Riedel (1), dans sa monographie sur les tumeurs du cou, recommande de ne les utiliser que pour l'extirpation de petits néoplasmes, attendu qu'elles comportent la lésion d'un grand nombre de veines et de nerfs cutanés. Cette circonstance ne nous paraît pas, cependant, présenter une importance considérable, car la ligature de quelques veines cutanées ne saurait guère compliquer l'acte opératoire. Quant aux nerfs, nous rappellerons qu'un des nerfs sensitifs les plus importants du cou, la branche cervicale superficielle du plexus cervical, affecte une direction transversale, et que les rameaux antérieurs de la branche sus-claviculaire de ce plexus se rapprochent de cette direction. Aucune incision ne peut, du reste, ménager tous les nerfs sensitifs du cou, étant donnée la diversité de leurs directions.

Rien ne s'oppose, par conséquent, à ce qu'on choisisse ici les incisions normales de Kocher pour la majorité des opérations pratiquées au niveau du cou. C'est ainsi que toutes les ligatures de cette région peuvent facilement être faites en se servant de ces incisions, et il suffit de sectionner assez largement le derme pour obtenir un jour suffisant.

On nous objectera, peut-être, qu'on augmente de la sorte inutilement la longueur de l'incision, et qu'une incision plus courte pratiquée dans une autre direction permet de réaliser la même opération tout aussi aisément. Mais il importe de remarquer qu'une longue incision faite dans la

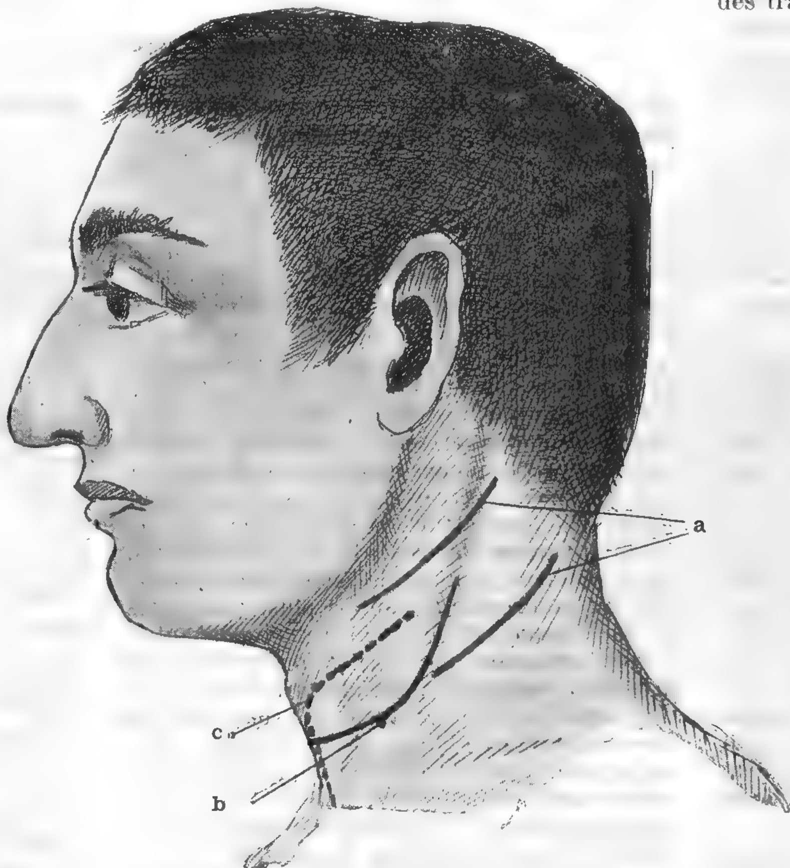


Fig. 3. — **a** Incisions parallèles pour l'extirpation de lymphomes multiples; **b** incision pour l'extirpation de goitres volumineux à développement essentiellement latéral; **c** incision angulaire, pour des goitres très difficiles à opérer.

bonne direction donne lieu à une cicatrice beaucoup moins visible que celle qu'on obtient avec une incision plus courte menée dans une mauvaise direction. Nous avons pu, d'ailleurs, nous convaincre maintes fois sur le vivant que la ligature de la carotide externe ou celle de l'artère thyroïdienne inférieure se font tout aussi facilement à l'aide des incisions normales de Kocher qu'au moyen des incisions plus ou moins longitudinales que préconisent la plupart des traités de médecine opératoire.

II

Nous allons examiner la question d'abord au point de vue de l'extirpation des petites tumeurs, notamment des lymphomes. Sans être partisan de l'ablation de tous les lymphomes, nous devons reconnaître que très souvent il est préférable de les enlever avant qu'ils soient suppurés. Or, c'est dans les petites opérations de ce genre que les avantages de l'incision plus ou moins transversale sont surtout manifestes, et que cette règle d'esthétique nous paraît être le plus souvent négligée. Nous avons vu, en effet, pratiquer l'extirpation de lymphomes à l'aide d'une incision longitudinale dans des cas où l'on pouvait facilement choisir la direction transversale, et le nombre de cicatrices opératoires trop apparentes vient à l'appui de ce que nous avançons.

Mais, nous objectera-t-on, les ganglions lymphatiques forment souvent plusieurs groupes — disposés, par exemple, le long du sterno-mastoïdien ou le long du bord antérieur du trapèze — que l'on ne saurait atteindre à l'aide d'une incision transversale unique, et qui, par contre, se laissent facilement aborder au moyen d'une incision longitudinale. A cela, nous répondrons qu'il nous paraît préférable de mener deux incisions parallèles dans la direction normale, et dont chacune permet d'enlever un groupe de ganglions (*fig. 3, a*). En nous servant de ce procédé,

(1) Riedel. Die Geschwülste am Halse. (*Deutsche Chirurgie*, fasc. 36, p. 119.)

nous avons toujours trouvé que les cicatrices qui en résultent sont moins visibles que celles qu'on obtient avec une longue incision longitudinale. Nous examinerons plus loin les cas où les différents groupes de ganglions se confondent en un seul paquet dirigé, d'ordinaire, dans le sens longitudinal.

Ajoutons que M. Dollinger (1) recommande, pour rendre l'incision transversale moins apparente, de la placer au niveau du cuir chevelu, en arrière du pavillon de l'oreille, et de creuser un petit tunnel sous la peau afin d'atteindre et d'énucléer autant de ganglions que possible. Toutefois, en admettant même qu'on puisse ainsi enlever un certain nombre de ganglions sans difficulté notable, il est évident qu'on ne saurait appliquer sans danger ce procédé aux lymphomes situés dans la région inférieure du cou ni lorsqu'il existe de la périadénite avec adhérences consécutives.

Pour ce qui est de l'extirpation des goitres, même volumineux, l'incision transversale, dite incision en collier, préconisée par M. Kocher et adoptée actuellement par beaucoup de chirurgiens, suffit dans la plupart des cas. Il est généralement indiqué de commencer par cette incision, quitte à l'allonger obliquement, en haut, dans les cas où le lobe supérieur est difficilement accessible, surtout quand il y a hypertrophie diffuse du corps thyroïde, et si la luxation du goitre au dehors de la plaie est irréalisable (*fig. 3, b*). L'incision angulaire (*fig. 3, c*), qui donne une cicatrice assez disgracieuse, est abandonnée de plus en plus par M. Kocher lui-même. Il en recommande, cependant, encore l'emploi à des chirurgiens peu experts en matière de goitre, pour les cas présentant des difficultés particulières.

D'une façon générale, l'esthétique conserve aussi ses droits lorsqu'il s'agit d'inciser un abcès du cou. Nous n'excluons pas de cette règle l'ouverture de l'abcès rétro-pharyngien par la voie extérieure, ouverture qui peut se faire aisément à l'aide d'une incision plutôt oblique que longitudinale.

Ajoutons, pour compléter ce rapide aperçu, que l'incision normale s'impose également pour la ténotomie du sterno-mastoïdien dans le torticolis musculaire, ainsi que pour la myotomie de ce muscle et de ceux de la nuque, d'après la méthode de Kocher, dans les cas de torticolis spasmodique.

III

Il est, cependant, un certain nombre d'opérations pour lesquelles l'incision transversale ne suffit pas et où l'on est obligé de recourir soit à des incisions longitudinales, soit à des procédés plus compliqués.

Il en est ainsi, en premier lieu, dans les interventions plus ou moins étendues sur un organe situé longitudinalement. Parmi ces organes nous rangeons la trachée, estimant que la trachéotomie doit être exécutée, comme cela se fait d'habitude, à l'aide d'une incision longitudinale. La raison en est — la situation longitudinale de l'organe mise à part — dans la rapidité avec laquelle il faut souvent exécuter cette opération. Il s'agit, en effet, d'une intervention d'urgence où chaque seconde est précieuse et où toute section de veines constituerait une perte de temps dangereuse. Ceci n'exclut pas l'utilité qu'il y aurait de recourir, exceptionnellement, à l'incision transversale dans le cas où l'opération ne serait pas urgente et où les circonstances pourraient engager le chirurgien à ne pas négliger le côté plastique.

En ce qui concerne les interventions sur l'œsophage, la simple œsophagotomie peut être effectuée, d'après le conseil de M. Kocher (2), à l'aide d'une incision transversale remontant légèrement, bien que le traitement à ciel ouvert de la plaie et surtout l'étendue de l'intervention semblent militer en faveur de l'incision longitudinale. Cette dernière devient indispensable lorsqu'il s'agit de la résection de l'œsophage, et dans ce cas nous recommandons de combiner l'incision cutanée avec la désinsertion d'emblée et de parti pris du sterno-mastoïdien, toutes les fois que le rétrécissement siège assez bas (1).

Un autre organe longitudinal auquel la chirurgie moderne s'est attaquée, c'est le grand sympathique. Ici également, l'excision étendue du nerf nécessite l'incision longitudinale, tandis que la simple section peut être pratiquée sans difficulté au moyen d'une incision transversale ou oblique.

IV

Nous arrivons, enfin, aux tumeurs volumineuses pour lesquelles le point de vue esthétique se trouve mis à l'arrière-plan par la gravité de l'intervention et les difficultés techniques. Le plus souvent on aura affaire à des paquets très volumineux et compacts de lymphomes, dans des cas plus rares à des fibromes ou à des lipomes profonds du cou, ou encore à des kystes sanguins ou dermoïdes de la région du faisceau vasculo-nerveux. Si certains de ces faits peuvent encore être justiciables d'une grande incision longitudinale ou transversale, il en est d'autres, plus fréquents, où une incision droite, quelle que soit sa direction, ne suffira plus. Ce sont les cas pour lesquels Dieffenbach avait proposé autrefois de pratiquer une incision longitudinale au niveau du bord interne du sterno-mastoïdien et une autre incision parallèle à la première, au niveau du bord externe de ce muscle. Nous ne pensons pas que cette pratique puisse être recommandée aujourd'hui. Dans d'autres faits, on a eu recours à des incisions cruciales, ou en forme d'un ⊥, ou bien en forme d'un H. Von Langenbeck conseillait de tailler un grand lambeau cutané à base supérieure, afin de faciliter l'écoulement des sécrétions. Riedel a préféré confectionner un lambeau dont la base se trouvait du côté de la clavicule, pour mieux assurer la nutrition de la peau. Senn a préconisé une incision en forme d'un S.

Inutile de dire que le résultat plastique qu'on obtenait à l'aide de ces différentes méthodes était souvent fort médiocre. Dowd (1) s'est appliqué tout récemment à remédier à cet inconvénient au moyen d'une incision angulaire, commençant au bord horizontal du maxillaire inférieur, se prolongeant jusqu'au niveau de l'apophyse mastoïde, et côtoyant la limite du cuir chevelu pour descendre ensuite sur le bord antérieur du trapèze (*fig. 4*).



Fig. 4. — Incision d'après le procédé de M. Dowd.

On a reproché à tous ces procédés, dont le principe consiste dans la formation de lambeaux cutanés étendus, et notamment aux incisions en croix, en ⊥ ou en H, de compromettre la nutrition de la peau et de prédisposer à la gangrène.

Nous nous sommes efforcé d'éviter cet inconvénient par la combinaison d'une incision angulaire avec la confection d'un lambeau musculo-cutané (2), en procédant de la manière suivante (*fig. 5* et *6*) :

Nous menons une incision angulaire partant de l'apophyse mastoïde, longeant le bord antérieur du sterno-mastoïdien, décrivant ensuite une forte courbe, pour côtoyer la clavicule aussi loin que l'extirpation de la tumeur le rend nécessaire, puis nous pratiquons la désinsertion du sterno-mastoïdien à 1 centim. 1/2 au-dessus de son attache sterno-claviculaire. Ceci fait, nous procédons au décollement du lambeau musculo-cutané se composant du sterno-mastoïdien, du muscle peaucier et du lambeau cutané proprement dit. L'extirpation de la tumeur une fois terminée, le lambeau est remis en place et l'insertion du sterno-mastoïdien rétablie au moyen de quelques points de suture.

Ce procédé offre l'avantage d'assurer la nutrition de la peau et de donner beaucoup de jour sans nécessiter une incision compliquée et des lésions inutiles. Il permet, en outre, de dénuder au commencement de l'opération, suivant l'ancienne règle de von Langenbeck, les gros vais-

(1) Dollinger. Die subcutane Exstirpation der tuberkulösen Lymphdrüsen des Halses. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, XLIV, 5-6.)

(2) Kocher. (*Loc. cit.*, p. 117.)

(1) F. de Quervain. Zur Resection des Halsabschnittes der Speiseröhre wegen Carcinom. (*Arch. f. klin. Chir.*, LVIII, 4.)

(1) Ch. Dowd. Tubercular cervical lymph-nodes; a study based on thirty-six cases submitted to operation. (*Annals of Surgery*, mai 1899.)

(2) F. de Quervain. Ueber die Fibrome des Halses. (*Arch. f. klin. Chir.*, LVIII, 1.)

seaux dans la partie inférieure de la plaie et de faire immédiatement la ligature de la veine 'ugulaire interne, si elle est rendue nécessaire par les rapports que la tumeur affecte avec ce

au détriment de sa portion inférieure, qui se trouve ainsi paralysée à cause de la section de ses nerfs moteurs.

La méthode que nous venons de décrire et

dans l'extirpation des tumeurs situées aux régions moyenne et inférieure du cou.

Pour les lymphomes localisés en grande partie à la région cervicale supérieure, vers la base



Fig. 5. — Incision pour la formation du lambeau musculo-cutané d'après le procédé de de Quervain.



Fig. 6. — Lambeau musculo-cutané d'après le procédé de de Quervain.



Fig. 7. — Incision d'après le procédé de M. Küttner.



Fig. 8. — Lambeau musculo-cutané d'après le procédé de M. Küttner.

vaisseau. La désinsertion du sterno-mastoïdien dispense, enfin, de sectionner ce muscle au milieu, comme le font beaucoup de chirurgiens (1),

(1) Jordan, *in* Handbuch der praktischen Chirurgie, T. II, p. 102. Stuttgard, 1899.

dont nous nous servons depuis six ans nous a rendu de grands services, principalement dans des cas de gros lymphomes tuberculeux, s'étendant de la base du crâne à la clavicule. La figure 6 permet d'apprécier l'étendue du champ opératoire que fournit cette méthode, surtout

du crâne, on choisira, par contre, le procédé que M. Küttner (1) a indiqué tout récemment et qui est basé, comme notre méthode, sur la forma-

(1) Küttner. Zur Technik ausgedehnter Lymphomenexstirpation am Halse. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 3.)

tion d'un lambeau musculo-cutané, avec cette seule différence que l'angle arrondi de l'incision se trouve au niveau de l'apophyse mastoïde. L'incision suit le bord antérieur du sterno-mastoïdien, de bas en haut, jusqu'au-dessous de l'apophyse mastoïde, pour se recourber en arrière, et pour être prolongée encore de quelques centimètres au delà de l'apophyse (*fig. 7* et *8*). La désinsertion du sterno-mastoïdien est pratiquée, par conséquent, au niveau de son attache supérieure (*fig. 8*).

Ce procédé nous paraît préférable à celui de M. Dowd dans les cas où les lymphomes sont situés principalement sous le muscle sterno-mastoïdien, tandis qu'on choisira la seconde méthode pour des lymphomes superficiels et qui siègent surtout au niveau du bord antérieur du trapèze.

Sans avoir épuisé dans cet aperçu toutes les éventualités que le chirurgien peut rencontrer, nous croyons, cependant, avoir tenu compte des faits les plus fréquents, et avoir démontré que, pour la plupart des interventions, l'incision transversale ou transversale-oblique mérite d'être considérée comme le procédé de choix, et que dans les cas les plus difficiles, une incision angulaire, avec formation d'un lambeau musculo-cutané et désinsertion du sterno-mastoïdien, soit en bas soit en haut, remplit bien les indications opératoires, tout en dispensant des incisions compliquées dont on abusait autrefois.

D[r] F. DE QUERVAIN,
Chirurgien de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds.

BULLETIN

De la protection des femmes enceintes et des accouchées dans les principaux pays d'Europe.

Des propositions de loi pour la protection des mères ont été faites à maintes reprises à la Chambre des députés français; finalement, elles ont toutes échoué. Lors de la première lecture de la proposition de loi réglementant le travail des femmes et des enfants dans les manufactures, le principe de l'interdiction du travail industriel pour les nouvelles accouchées pendant quatre semaines fut voté sur le rapport de M. R. Waddington; cette disposition ne fut pas maintenue en deuxième délibération. Le rapport de M. G. Dron sur les propositions Dron et Brousse n'eut pas une meilleure fortune, et les choses restèrent en l'état. Tout récemment, M. Strauss a déposé au Sénat une proposition de loi sur la protection des mères; malheureusement, il est à craindre que, tout en étant d'accord sur le but à atteindre, nos législateurs ne fassent guère converger leur volonté pour réaliser, aussi promptement qu'il est désirable, cette réforme sociale.

Et pourtant le repos consécutif à l'accouchement, proclamé par la Conférence de Berlin, est inscrit dans la plupart des législations étrangères : Belgique, Hollande, Portugal, Suisse, Allemagne, Autriche-Hongrie, Norvège. Il est vrai qu'en Allemagne et en Autriche-Hongrie le repos obligatoire a pour compensation légitime l'octroi d'une indemnité d'assurance.

M. Strauss croit, et nous sommes de son avis, qu'en effet la prohibition pure et simple du travail pendant une période déterminée, soit avant soit après l'accouchement, comporte nécessairement l'allocation d'une indemnité compensatrice. C'est évidemment la difficulté maîtresse qu'il convient de résoudre pour réaliser effectivement, et sans inconvénients graves, cette mesure de protection maternelle.

A quel moment doit commencer la période de repos légal?

La Suisse est le seul pays qui ait ordonné le repos avant l'accouchement. Voici dans quels termes le législateur a exprimé sa volonté dans l'article 15 de la loi fédérale du 23 mars 1877 : « Avant et après leurs couches, il est réservé un espace de temps de huit semaines en tout, pendant lequel les femmes ne peuvent être admises au travail dans les fabriques. Elles ne sont reçues de nouveau dans la fabrique qu'après qu'elles ont fourni la preuve qu'il s'est écoulé six semaines au moins depuis le moment de leurs couches. Le Conseil fédéral désignera les branches d'industrie dans lesquelles les femmes enceintes ne peuvent être admises à travailler. »

Un gouvernement soucieux d'éviter les accidents de maternité et de restreindre la mortalité des nouveau-nés ne doit pas négliger de prendre les mesures de ménagements que réclament la grossesse et les suites de couches. Le législateur suisse ne s'est pas mépris sur l'importance de cette stipulation tutélaire de la santé des mères et des enfants, et les résultats constatés par l'inspecteur des fabriques, M. Schuler, ont suffisamment répondu à l'intervention des pouvoirs publics pour la justifier de la manière la plus certaine. Dans ces dernières années, d'ailleurs, n'a-t-il pas été démontré qu'il y avait danger à prolonger le travail à la période ultime de la grossesse? Des observations et des pesées prises avec soin ont établi, d'une part, que les enfants dont les mères se sont reposées avant leurs couches ont une avance d'environ 300 grammes sur le poids des enfants dont les mères ont poursuivi jusqu'au bout leur labeur accoutumé, et, d'autre part, que le repos a une influence sur la durée normale de la gestation et par suite sur la natalité.

Quelle doit être la durée du repos légal?

Ici, il importe de faire une distinction entre le repos qui précède les couches et celui qui les suit.

En Suisse, la loi interdit le travail pendant les quinze derniers jours de la grossesse. Ce délai peut, dans la généralité des faits, être tenu pour suffisant; il est bien évident que les cas de grossesse difficile ne peuvent être prévus par la loi. La règle générale est en cette matière des plus malaisées à formuler. Il est désirable que les femmes soient éloignées de l'atelier plus de quinze jours avant les couches; si déjà l'obligation était admise pour les quinze derniers jours, ce serait un progrès considérable, une loi de garantie ouvrière dont les effets ne tarderaient pas à se faire sentir sur l'accroissement de la natalité.

Quant à la nécessité du repos légal pour la femme accouchée, elle n'est presque plus contestée par personne, surtout depuis le vœu émis à l'unanimité par la Conférence de Berlin de 1890. Quinze nations représentées émirent le vœu « que les femmes accouchées ne soient admises au travail que quatre semaines après leur accouchement ».

Cette prescription législative, à laquelle la plupart des nations européennes se sont conformées, n'est pas seulement édictée dans l'intérêt de la mère, pour des raisons d'ordre physiologique et obstétrical, elle a encore pour objet la sauvegarde du nourrisson au point de vue physique et moral.

Mais, en toute équité, l'interdiction du travail industriel aux futures mères et aux nouvelles accouchées pour une période d'au moins six semaines doit avoir pour corollaire l'allocation d'une indemnité.

L'expérience tend même à prouver que, partout où la prohibition n'est pas compensée par un procédé quelconque d'indemnité, la loi est mollement obéie.

Au contraire, cette loi protectrice de la maternité ouvrière est pleinement efficace en Allemagne et en Autriche-Hongrie, c'est-à-dire dans les pays d'assurance obligatoire contre la maladie.

Jules Simon avait prévu et admis, dans son rapport au ministre des affaires étrangères sur les travaux de la Conférence de Berlin, que l'interdiction comportait nécessairement une obligation d'assistance publique.

La meilleure forme que peut revêtir cette obligation est sans contredit celle de l'assurance.

En Allemagne, la somme allouée aux accouchées (sans parler de l'assistance médicale, obstétricale et pharmaceutique, qui est gratuite) représente la moitié du salaire journalier moyen des ouvrières du district, soumises à l'assurance.

L'exemple de l'assurance facultative a été donné par l'Alsace, à Dornach d'abord, à Mulhouse ensuite. L'association des femmes en couches, fondée par Jean Dollfus, tirait ses ressources d'une cotisation de 15 centimes par quinzaine des ouvrières âgées de dix-huit à quarante cinq ans et d'une participation correspondante des patrons. De 1879 à 1883, jusqu'à l'application de la loi allemande du 15 juin 1883 sur l'assurance contre la maladie, l'indemnité de couches était fixée à 60 fr., outre les frais de médecin, de sage-femme et de pharmacien.

La mutualité maternelle a été créée sur ce modèle par M. Mathieu Brylinski et les chambres syndicales des travaux à l'aiguille de Paris; les sociétaires versent une cotisation de 50 centimes par mois; aux sociétaires accouchées il est alloué une indemnité de 18 fr. par semaine pendant quatre semaines consécutives, à la condition par elles de s'abstenir de tout travail durant cette période; cette indemnité peut être prolongée pendant deux semaines, sur la demande de l'ouvrière, appuyée par une attestation d'un des médecins de l'association, s'il y a impossibilité de reprendre le travail. Une prime de 20 fr. est accordée à toute sociétaire allaitant elle-même son enfant. Des sociétés de ce genre fonctionnent dans plusieurs villes de province.

En Belgique, d'après M. Louis Franck, sur 752 sociétés mutuelles reconnues, comptant 97,591 membres, 27 sociétés seulement, ayant un effectif de 5,714 membres, accordent des secours aux femmes en couches, soit une somme de 1,873 fr. sur un budget de près de 1,300,000 fr.

On voit par là que ce n'est pas par la seule initiative privée que l'indemnité de convalescence maternelle peut être fournie. Aussi avait-on proposé à la Chambre des députés français l'allocation d'une indemnité mise à la charge des caisses de maternité, dont le budget devait être alimenté, suivant les auteurs des diverses propositions, moitié par l'Etat et moitié par la commune ou par le département, ou bien par un impôt spécial sur les industriels et les commerçants.

De toutes les solutions, la plus logique et la plus facilement applicable est celle des législations allemande, autrichienne et hongroise. Dans une étude sur l'*Assurance maternelle*, M. Louis Franck, le docteur Keiffer et M. Louis Maingie ont établi que, si l'assurance maternelle doit être pratiquée par des organismes spéciaux, il sera nécessaire de faire payer aux assurés des sommes variables d'année en année, croissantes ou décroissantes avec le risque; cette inégalité des cotisations aux divers âges les a déterminés à opter pour le rattachement à l'assurance contre la maladie afin d'éviter des oscillations trop grandes dans l'échelle des cotisations.

L'assurance obligatoire contre la maladie n'existant pas encore en France, M. Strauss propose de faire appel momentanément à l'assistance publique et demande que la période de repos légal soit fixée dans notre pays à six semaines (dernière quinzaine de la grossesse et quatre semaines après l'accouchement) et que pendant ce laps de temps les femmes enceintes et les accouchées soient, à défaut de ressources personnelles ou de l'aide de l'assistance privée, efficacement secourues par les bureaux d'assistance médicale gratuite, conformément à la loi du 15 juillet 1893. Les secours nécessaires seraient fournis à domicile ou dans un établissement hospitalier auquel la commune serait rattachée.

Nous ne pouvons entrer dans les détails de la proposition de M. Strauss, ni même supputer quelle serait la dépense de cette extension des services d'assistance. Mais quelle qu'elle soit, elle serait éminemment productive et l'on peut dire qu'elle s'impose au point de vue patriotique et humanitaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 2 et 9 janvier 1900.

De la fièvre pernicieuse dysentérique.

M. Laveran lit à l'occasion d'un travail de MM. Kanellis et Cardamitis (d'Athènes) un rapport que nous résumons ainsi :

Dans les pays chauds la dysenterie et le paludisme sont souvent endémiques dans les mêmes localités et, comme ces deux entités morbides s'attaquent aux mêmes malades, on s'explique qu'il soit parfois difficile de faire la part de chacune d'elles.

MM. Kanellis et Cardamitis constatent avec la plupart des auteurs que la dysenterie et la fièvre palustre se compliquent souvent, l'état d'affaiblissement et d'anémie où chacune de ces maladies jette les sujets qu'elle atteint gravement constituant pour l'autre une véritable prédisposition. Ils ajoutent que lorsque la dysenterie et la fièvre palustre coexistent chez un malade, ces deux entités morbides évoluent d'une façon distincte, sans que les effets de l'une soient modifiés par ceux de l'autre.

Le rapporteur déclare ne pouvoir partager cette opinion; il a observé plusieurs faits qui montrent que la fièvre palustre et la dysenterie, quand elles coexistent chez un sujet, s'aggravent réciproquement; les cas de dysenterie aggravée tout à coup par des accès de fièvre palustre expliquent précisément nombre des faits qui ont été relatés sous le nom d'accès pernicieux dysentériques.

Cette dénomination est critiquable — puisque l'agent pathogène du paludisme n'est pas seul en jeu et qu'une part importante revient à la dysenterie dans la genèse des accidents —, mais elle peut se défendre; dans d'autres cas, au contraire, la dénomination d'accès pernicieux dysentérique a été employée à tort pour désigner des accidents graves qui ne relevaient que de la dysenterie et qui n'avaient rien de commun avec le paludisme.

Pour reconnaître la véritable nature de ces accidents, il suffira de pratiquer l'examen histologique du sang; l'absence d'hématozoaires permettra, en effet, d'écarter avec certitude le diagnostic de paludisme. D'autre part, le malade n'a pas en général d'antécédents palustres; l'examen de la rate montre que ce viscère a des dimensions normales ou inférieures à la normale; enfin, les accidents ne cèdent pas rapidement à la quinine comme dans les cas où ils relèvent du paludisme.

En résumé, le travail de MM. Kanellis et Cardamitis prouve une fois de plus que la fièvre dysentérique dite pernicieuse doit être rayée du cadre des fièvres pernicieuses : il n'y a pas de fièvre dysentérique se développant directement sous l'influence de l'hématozoaire du paludisme mais seulement des dysenteries compliquées de fièvre palustre.

Sur le traitement des arrêts de croissance.

M. Springer lit un travail dans lequel il insiste tout d'abord sur quelques points qu'il a mis en lumière dans divers travaux antérieurs sur la croissance, comme le rôle de la dyspepsie et de la congestion du foie, l'insuffisance thyroïdienne consécutive aux maladies toxiques et infectieuses, les abus de l'alcool, des viandes, de la suralimentation, etc.

Parmi les moyens capables d'activer le développement du corps, il signale l'ablation des végétations adénoïdes (utile dans quelques cas seulement), la gymnastique suédoise, l'aération continue, la médication saline et l'hydrothérapie. Mais le rôle le plus important revient au cartilage de conjugaison de l'extrémité inférieure du fémur. L'orateur a constaté que, en appliquant à ce niveau des excitations locales, on peut, lorsque la croissance est arrêtée ou très ralentie, réveiller l'activité physiologique de cet organe et stimuler fortement sa fonction édificatrice. Cette action se produit par poussées, elle s'épuise au bout de quelque temps pour se montrer de nouveau après une période de repos. Dans quelques cas on voit survenir au-dessus du genou de petites vergetures analogues à celles qu'on observe dans les poussées de croissance qui accompagnent les maladies aiguës.

Ces excitations locales ne bornent pas leur action à la région d'application, elles agissent sur l'ensemble de l'organisme dans lequel elles amorcent une poussée dans le développement général, comme si elles déterminaient une stimulation des centres trophiques.

Les procédés pour obtenir ce résultat sont très variés. On peut mettre pendant la nuit des compresses imbibées d'une solution saline renfermant des eaux-mères, des sels d'eaux mères et du chlorure de sodium. Les frictions et le massage constituent des adjuvants utiles; mais les applications électriques sont plus efficaces. On peut employer tous les moyens d'excitation locale électrique en ayant recours à la galvanisation, à la faradisation ou à la franklinisation. On obtient des résultats plus rapides en combinant l'électricité statique avec la faradisation des muscles qui entourent le cartilage inférieur du fémur.

La suractivité circulatoire et trophique qui en résulte se transmet au cartilage et à l'os sous-jacent. Les muscles, le périoste et l'os constituent une unité physiologique de l'appareil locomoteur, ils sont tributaires des mêmes centres et solidaires de leur nutrition.

Cette action locale peut être produite tant que l'ossification du cartilage de conjugaison n'est pas complète. Pour obtenir le maximum d'effet, il faut en outre avoir recours à certaines médications générales appropriées à chaque cas particulier.

L'orateur termine en rappelant les bons résultats qu'il a obtenus au point de vue du développement du corps et de la taille par l'usage de la décoction de céréales (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 391).

Effets thérapeutiques des nucléoses.

M. Bovet communique un certain nombre d'observations expérimentales et cliniques tendant à prouver que les nucléoses ou albumoses mixtes, tirées des nucléo-albumines végétales, peuvent être utilisées à la fois comme aliment et comme médicament.

Au point de vue alimentaire, la nucléose est indiquée dans toutes les maladies consomptives (tuberculose chronique, albuminurie, diabète, etc., etc.). Ce fait s'explique de lui-même par la composition de la nucléose (albumine, phosphore, diastase, sels minéraux), qui se retrouve dans la trame animale et dans les liquides organiques (le sang par exemple).

Au point de vue médicamenteux la nucléose, par suite de son dédoublement en acide nucléique et en albumine, devient un agent antiseptique, bactéricide et phagocytaire. Elle exerce, en outre, une action diurétique incontestable. A ces différents titres cette substance peut être conseillée dans toutes les maladies par ralentissement de la nutrition, dans les urémies, les intoxications alimentaires, les empoisonnements lents, etc.

Des conditions étiologiques de la myopie.

M. Javal rappelle, à propos d'une observation adressée à l'Académie par M. Rolland (de Toulouse) sur un cas de myopie survenue chez un jeune homme, à la suite de la lecture prolongée de livres imprimés en petits caractères, que les meilleurs moyens prophylactiques de cette affection consistent à substituer l'écriture droite à l'écriture penchée et à assurer un éclairage suffisant dans les salles d'étude.

Sur un cas de polyarthrite déformante chez un nouveau-né.

M. Cadet de Gassicourt communique, au nom de M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro), l'observation d'un enfant, hérédo-syphilitique, qui a été atteint, à l'âge de deux mois, d'arthrite déformante de plusieurs articulations métacarpo-phalangiennes de la main droite d'abord, de la main gauche ensuite. Les orteils et les grosses jointures sont restées indemnes.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 26 décembre 1899 et 2 janvier 1900.

Sur l'activité plastique des cellules animales.

M. Ranvier. — J'ai signalé antérieurement que les cellules lymphatiques s'aplatissent à la surface des corps résistants. Or, je viens de constater que cet aplatissement peut aussi se produire sur une bulle d'air. Ayant chauffé progressivement jusqu'à 36°, dans une chambre humide, de la sérosité péritonéale du rat, contenant quelques bulles d'air, j'ai vu les cellules lymphatiques se diriger vers ces bulles et, arrivées à leur surface, s'y aplatir. Il suffit de laisser refroidir la préparation au-dessous de 21° pour que les cellules redeviennent globuleuses, mais elles s'aplatissent de nouveau si l'on élève la température. Cette propriété des cellules, qui témoigne d'une sensibilité exquise, mérite d'être désignée sous le nom d'*activité plastique*, car il s'agit là d'un changement de forme dans lequel l'élément cellulaire joue un rôle actif.

Une nouvelle hypothèse sur la nature des conditions physiques de l'odorat.

MM. Vaschide et **Van Melle** adressent une note dans laquelle ils soutiennent que l'odorat ne provient pas, comme on l'admet généralement, d'un contact direct entre les particules détachées des corps odoriférants et les terminaisons des nerfs olfactifs, mais d'un rapport indirect qui s'établit par l'intermédiaire de rayons de courte ondulation, analogues à ceux qu'on considère comme la cause de la lumière, de la chaleur, etc.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 janvier 1900.

Mécanisme des insuffisances de développement des rejetons issus de mères malades.

M. Charrin. — On sait que les femmes atteintes de tuberculose, de dothiénentérie, d'alcoolisme, etc., engendrent souvent des enfants présentant un arrêt ou une insuffisance de développement.

Tout en admettant, au moins à titre secondaire, le rôle de l'infection et des altérations structurales dans la production de ces défectuosités du développement, nous croyons qu'il faut surtout les attribuer à des altérations cellulaires nutritives, chimiques, sécrétoires, etc., auxquelles il faut ajouter des tares cellulaires anatomiques et physiologiques. Ces tares reconnaissent plusieurs origines : ou bien, chez la mère malade, les principes toxiques ont altéré les éléments anatomiques, et parmi eux les ovules, c'est-à-dire les éléments primordiaux de l'embryon; ou bien les poisons en jeu (alcool, toxines, etc.,) sont allés, au travers du placenta, détériorer les tissus du fœtus.

On comprend aisément comment de ces tares cellulaires dérivent les anomalies enregistrées, en particulier les infections ou les désordres anatomiques. Telle bactérie ou telle toxine qui chez un être normal reste inactive grâce aux défenses générales ou locales de l'organisme, deviendra pathogène chez les enfants débiles dont les cellules refroidies, surmenées ou auto-intoxiquées ont perdu leur pouvoir de résistance. Ajoutons encore que chez ces enfants il existe souvent des altérations du foie, du pancréas, etc., altérations qui font perdre à ces glandes leur rôle de protection spéciale.

Pleurésie, méningite et ostéopériostite provoquées par le bacille de Pfeiffer.

M. Meunier (de Pau) relate trois cas de localisation extrapulmonaire du bacille de Pfeiffer. Il s'agit de trois enfants âgés de vingt mois, de seize mois et de six ans qui ont été atteints, à la suite de la grippe, l'un d'une pleurésie, l'autre d'une méningite et le troisième d'une ostéopériostite épiphysaire du fémur.

L'examen bactériologique pratiqué dans ces trois faits a permis de constater la présence du bacille de Pfeiffer, et les ensemencements ont donné des cultures abondantes et pures de cette bactérie.

La méningite grippale a déjà été signalée avec son contrôle bactériologique; mais la pleurésie purulente et l'ostéopériostite à bacilles de Pfeiffer ne semblent pas encore avoir été observées.

M. Martin fait remarquer que, à la suite de l'inoculation du bacille de Pfeiffer dans le liquide céphalo-rachidien, les animaux meurent et qu'on retrouve ce microorganisme au niveau

des méninges, des ventricules, etc. ; par contre, inoculé sous la peau, ce bacille ne détermine jamais la mort chez le lapin.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Des tumeurs de la paroi abdominale, par M. R. Olshausen.

Parmi les tumeurs de la paroi abdominale, les plus fréquentes sont les fibromes. M. Olshausen en a observé 22 dans l'espace de 12 ans. Les malades étaient toutes assez jeunes et toutes avaient accouché, ce qui mérite d'être signalé, attendu que l'origine de ces tumeurs paraît présenter un rapport étroit avec la grossesse et l'accouchement.

Ces néoplasmes siègent le plus souvent dans la gaine du muscle droit, toujours au-dessus de l'ombilic, et généralement ils ont pour point de départ le feuillet postérieur de la gaine. Parfois ils présentent des adhérences très intimes avec les cartilages des fausses côtes et avec les os, en particulier avec l'épine iliaque antérieure et supérieure.

La plupart de ces tumeurs atteignent le volume d'un œuf de poule ou celui du poing. L'auteur en a cependant vu qui pesaient plus de 1,100 grammes

En général, le néoplasme fait saillie au dehors et non pas du côté du péritoine. Il soulève le tégument et, repoussant les faisceaux musculaires, il se trouve souvent situé immédiatement au-dessous de la peau. Pour M. Olshausen, c'est un signe diagnostique très important que ce contraste entre le petit volume de la tumeur et la saillie qu'elle forme.

Quand le néoplasme est situé dans la gaine du muscle droit, il offre de la mobilité latérale et il n'affecte pas de rapports avec d'autres organes.

Ces tumeurs ne sont presque jamais multiples, mais elles peuvent se présenter à plusieurs reprises chez la même personne. Elles sont rarement douloureuses et elles ne gênent les malades que par leur volume.

L'ablation de ce genre de néoplasmes est facile. Il faut le plus souvent employer les ciseaux et le bistouri pour les détacher du fascia. Si, au cours de cette dissection, on ouvre le péritoine, il faut d'abord suturer la séreuse, puis on rapproche avec du catgut les faisceaux musculaires écartés, on assèche soigneusement la plaie et on s'abstient de tout drainage. On obtient ainsi presque toujours une réunion par première intention.

En terminant, l'auteur relate deux observations intéressantes de métastases au niveau de la paroi abdominale. Dans la première, il s'agissait d'un kyste ovarique bénin qui fut suivi, au bout de six ans, d'un carcinome de l'autre ovaire et de la paroi abdominale. Le second fait se rapporte également à une femme opérée pour un kyste ovarique. Dix-sept ans plus tard, M. Olshausen intervint pour une tumeur de la paroi abdominale présentant tous les caractères d'un kyste glandulaire : il s'était évidemment produit une inoculation lors de la première opération. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLI, 2.) — E. C.

Nouvelles recherches expérimentales sur la sérothérapie de la tuberculose, par MM. Maffucci et Di Vestea.

Les essais tentés par MM. Maffucci et Di Vestea en vue de réaliser la sérothérapie de la tuberculose par l'exaltation de l'immunité naturelle chez certaines espèces animales n'ayant pas abouti à des résultats satisfaisants, ces auteurs ont entrepris de nouvelles recherches sur le même sujet en partant de l'idée de mithridatiser des espèces sensibles à l'égard du poison tuberculeux. Dans ce but, ils se sont servi d'un sérum antituberculeux qu'ils s'étaient procuré en injectant à des veaux des doses croissantes de virus tuberculeux.

Pour ce qui est des effets physiologiques du sérum ainsi obtenu, il est à noter que le cobaye, tout en étant extrêmement résistant à l'état normal, présente, au contraire, une réceptivité très considérable quand il est déjà bacillaire au moment de l'injection. Il suffit alors d'une dose assez faible de sérum pour déterminer une réaction fébrile et de tous points analogue à celle qu'on observe après l'injection de la tuberculine de Koch.

Lorsqu'on inocule à des cobayes un mélange de virus tuberculeux et de sérum, mélange ayant au préalable séjourné cinq heures *in vitro*, l'infection expérimentale suit la même marche que si l'on n'avait point ajouté de sérum : les animaux contractent tous la tuberculose et succombent tout comme les témoins. Il en est de même quand, au lieu de substance bacillaire, on se sert de la toxine sous forme de tuberculine. Il semble même que les animaux périssent alors d'autant plus rapidement que le liquide injecté contient une plus forte proportion de sérum. Aussi bien au point de vue bactéricide qu'à celui de l'action antitoxique, les sérums préparés par MM. Maffucci et Di Vestea se sont donc montrés parfaitement inefficaces.

On peut en dire autant de leurs effets prophylactiques et curatifs : les auteurs du présent mémoire n'ont jamais réussi à prévenir l'éclosion de la tuberculose expérimentale ou à en modifier les allures, ni chez le cobaye, ni chez le lapin et le chien.

MM. Maffucci et Di Vestea concluent que la mithridatisation paraît être un procédé inefficace pour la préparation d'un sérum antituberculeux. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 15 juin 1899.) — F. M.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

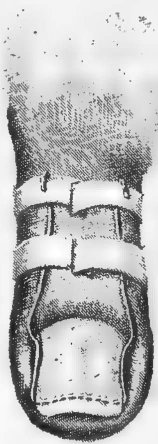
Traitement du pemphigus malin des nouveau-nés par des bains astringents associés au pansement sec.

On sait que le pemphigus épidémique des nouveau-nés peut affecter deux formes distinctes : l'une bénigne qui se termine par la guérison, l'autre maligne qui est considérée comme fatalement mortelle. Or, M. le docteur A. Baginsky, professeur extraordinaire de pédiatrie à la Faculté de médecine de Berlin, et son assistant, M. le docteur W. Bloch, ont réussi, dans ces derniers temps, à sauver plusieurs nourrissons atteints de pemphigus infectieux incontestablement malin, grâce à un traitement qui a consisté à faire prendre chaque jour un bain préparé avec une décoction d'écorce de chêne, puis à recouvrir les parties atteintes d'une couche épaisse d'un mélange d'oxyde de zinc et de talc. Ce pansement sec uni à la balnéation astringente a paru exercer une action beaucoup plus favorable que celle qu'on obtenait avec les pommades additionnées d'acide salicylique ou de sous-nitrate de bismuth, ainsi qu'avec les applications de liniment oléo-calcaire ou d'huile de foie de morue, moyens auxquels on avait autrefois recours, dans le service de M. Baginsky, contre le pemphigus malin des nouveau-nés, qui, dans ces conditions, se terminait toujours par la mort.

Relèvement des bords de l'ongle incarné au moyen d'une anse de fil d'argent.

Un confrère américain, M. le docteur G. B. Webb (de Colorado Springs), a imaginé pour le traitement de l'ongle incarné un procédé permettant d'éviter toute intervention opératoire et qui est le suivant :

On prend un fil d'argent de la grosseur d'une épingle ordinaire et on le recourbe au moyen de pinces à forcipressure de façon à former une anse qu'on insinue sous l'ongle en ayant soin de relever les angles. Ceci fait, les bouts du fil d'argent sont appliqués d'abord contre les rebords latéraux de l'ongle, puis couchés parallèlement sur la face dorsale de l'orteil et fixés dans cette position à l'aide de deux bandelettes de diachylon disposées circulairement à une certaine distance l'une de l'autre. Les extrémités libres du fil, qui dépassent légèrement le second circulaire de diachylon, sont relevées en crochets et doublées d'une couche d'ouate. Si le fil d'argent est bien appliqué, le patient ne s'en trouve pas incommodé, alors même qu'il se chausse et qu'il marche ; au contraire, les douleurs et la sécrétion purulente ne tardent pas à disparaître, les téguments péri-unguéaux n'étant en contact qu'avec la surface lisse, arrondie et nullement irritante du fil. Le malade peut facilement se nettoyer l'orteil et renouveler, au besoin, les bandes de diachylon pour immobiliser le fil d'argent qu'il doit porter jusqu'à ce que la croissance de l'ongle se soit effectuée en bonne position.



Les cataplasmes chauds contre l'épididymite blennorrhagique.

Depuis quelque temps, M. le docteur E. Bender (de Wiesbade) traite avec succès tous les cas d'orchi-épididymite aiguë par des cataplasmes chauds qu'on applique sur le testicule et sur le cordon spermatique dès le début de l'affection. Pour ce faire, on se sert de petits sacs de tarlatane remplis de farine de lin. On renouvelle fréquemment ces cataplasmes, de façon que les parties atteintes se trouvent constamment sous l'influence de la chaleur. Le patient reste couché, les bourses soutenues, les cataplasmes étant disposés de manière à ne pas exercer de pression trop forte sur le testicule. Quelquefois il se produit, par suite de l'action prolongée de la chaleur, un œdème scrotal plus ou moins considérable ; on ne doit pas négliger de prévenir le malade de la possibilité de cet accident, qui est d'ailleurs sans importance.

Ce traitement est continué jusqu'à ce que l'épididyme devienne très peu sensible à la pression, puis on passe à l'application de compresses humides recouvertes d'une étoffe imperméable et on permet au patient de se lever après l'avoir muni d'un bon suspensoir.

On obtiendrait de la sorte une guérison plus rapide que lorsqu'on a recours à la compression méthodique des bourses ou à l'emploi de la glace, sans voir subsister ces indurations chroniques de l'épididyme qui sont si fréquentes après le traitement usuel de l'affection.

Dangers de l'usage prolongé de la spartéine dans le mal de Bright.

M. E. Petit a observé dans le service de M. le docteur F. Combemale, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille, un brightique chez lequel la spartéine, administrée à la faible dose de 0 gr. 05 centigr. par jour, pour combattre des phénomènes d'hypotension artérielle avec tendance à la syncope, a provoqué à la longue des troubles graves.

L'usage de ce remède fut commencé au moment où, grâce à un régime lacté absolu, on était parvenu à rétablir l'équilibre rénal. Au bout de quelques jours, les troubles de la circulation disparurent, mais on omit de cesser l'emploi du médicament que le malade continua à prendre pendant trois semaines jusqu'à ce qu'on vît se produire des accidents aigus : les urines devinrent rares, sanguinolentes et albumineuses, des phénomènes urémiques s'installèrent et on put constater, en outre, l'existence de signes évidents d'une intoxication médicamenteuse, tels que congestion de la face, légère éruption urticarienne au tronc, sécheresse de la gorge et gingivite. La médication ayant été supprimée, tous ces troubles ne tardèrent pas à se dissiper.

Ainsi donc, dans ce cas, l'usage trop prolongé de la spartéine a amené une intoxication avec phénomènes urémiques imputables à une glomérulite aiguë d'origine également toxique.

Cela étant, il y a lieu de n'employer la spartéine, dans le mal de Bright, qu'avec circonspection, alors même qu'on la prescrit à doses modérées.

Le salol comme moyen abortif des éruptions varioliques.

Ayant constaté accidentellement que, chez les sujets qui prennent du salol à haute dose contre la cystite, les piqûres de moustiques ne provoquent pas la formation de phlyctènes, un confrère anglais, M. le docteur Ch. Begg, a eu l'idée d'utiliser ce même médicament dans la variole, espérant éviter ainsi la transformation des éléments éruptifs en pustules. Cette prévision s'est pleinement réalisée : grâce au salol, administré à la dose de 4 grammes par jour en quatre prises, notre confrère aurait toujours réussi à faire avorter les éruptions varioliques dans les nombreux cas où il a eu l'occasion de recourir à cette médication.

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

Hospice de la Salpêtrière. — M. le professeur F. Raymond.

Paralysie générale juvénile ou syphilis cérébrale.

Je me propose de consacrer la leçon de ce jour à l'étude d'une maladie qui est, si je puis m'exprimer ainsi, à cheval sur la pathologie nerveuse et la pathologie mentale; je veux parler de la *paralysie générale des aliénés*, de la démence paralytique.

Cette maladie est devenue très fréquente, mais son diagnostic constitue souvent un problème fort délicat à résoudre, du moins à la période de début, période la plus importante à beaucoup de points de vue. De plus, ce diagnostic soulève des difficultés particulières, quand les patients sont des enfants: la paralysie générale infantile ou juvénile, qui est assez rare, affecte des allures spéciales et ne nous est pas encore suffisamment connue. Or, c'est précisément d'un cas de paralysie générale chez un enfant que je vais vous entretenir aujourd'hui.

Mais, auparavant, je crois utile de vous rappeler les grands traits vraiment caractéristiques de cette affection dont l'histoire comprend encore bien des points obscurs ou litigieux.

On distingue à la paralysie générale trois périodes: une *période prodromique*, une *période d'état* et une *période terminale*.

Il est admis que la limite entre la période prodromique et la période d'état est habituellement des plus difficiles à fixer. Il est non moins admis que les mêmes manifestations fondamentales se rencontrent aux deux périodes; leur intensité va seulement en progressant. De là l'épithète de *progressive*, attribuée à la *paralysie générale* des aliénés.

Or, une division, que vous trouverez dans toutes les descriptions classiques de cette maladie, est celle qui consiste à distinguer les manifestations de la paralysie générale en *psychiques* et en *somatiques*.

Les manifestations psychiques sont de diverses sortes. Les unes sont constantes et prédominantes; tels l'affaiblissement intellectuel, la diminution de la mémoire. D'autres peuvent faire défaut; ce sont les manifestations délirantes, les troubles de l'affectivité.

L'affaiblissement intellectuel, à peine appréciable au début, s'accentue dans la suite, pour aller jusqu'à la démence.

La diminution de la mémoire s'accuse d'abord par des lacunes; plus tard, elle porte sur tous les souvenirs. Ainsi, à la première période de la maladie, il arrive souvent que les patients ne se rappellent plus des noms propres, des noms de rues, qui leur étaient familiers. Ils se trompent dans des calculs très simples. Ils oublient des mots en écrivant. Il leur arrivera de sortir, ayant oublié quelque partie de leur habillement, d'entrer dans un magasin, faire des achats, sans s'être munis de leur porte-monnaie. Quand le trouble de la mémoire va s'accentuant, il est facile de se rendre compte que l'amnésie porte principalement sur les faits les plus récents. Les malades oublieront, par exemple, l'emploi d'une partie de leur temps, au cours de la journée. Enfin, plus tard, l'amnésie se généralise. Les patients oublient jusqu'à leur nom. Ils ne se rendent plus compte de la notion du temps ni de celle de l'espace. Ils ne se souviennent plus des dates, ni des lieux dans lesquels ils vivent. Ils ne reconnaissent plus les personnes de leur famille ni celles de leur entourage quotidien.

Les manifestations délirantes — qui, je vous le répète, peuvent manquer — se montrent sous deux formes principales:

Tantôt elles revêtent la forme du *délire expansif*, débutant par cet air béat, par ce sentiment de satisfaction personnelle, dont vous avez pu être souvent témoins, en présence des malades de cette catégorie. A la période d'état, ce sentiment de satisfaction personnelle dégénère en délire des grandeurs; je pense qu'il est superflu de vous expliquer ce qu'on entend par ces mots.

D'autres fois, les manifestations délirantes affectent la forme *dépressive*. Au début, les malades sont en proie à la mélancolie et à l'hypocondrie. Ils se préoccupent de leur état de santé, de leur avenir. Ils sont assaillis par des craintes sans fondement, par des idées de ruine, de culpabilité, que rien ne justifie. A un degré plus avancé, les patients sont obsédés par ces idées; ils refusent de s'alimenter. Souvent leurs conceptions délirantes tournent au délire des négations. Les malades croient que certains organes leur manquent; ils vont jusqu'à nier leur propre personnalité.

Au surplus, les manifestations du délire dépressif peuvent alterner avec le délire ambitieux.

Enfin, du côté de la sphère de l'affectivité, on observe le plus souvent les désordres suivants: les sujets deviennent irritables, enfantins, indifférents à l'égard de leurs proches, quand ils ne les prennent pas en aversion. Ils perdent la notion des conventions sociales. A un degré plus avancé, ils commettent des actes bizarres, ou indélicats, ou immoraux, qui contrastent avec leurs habitudes antécédentes et qui les exposent à des poursuites judiciaires.

Quant aux manifestations somatiques, je me bornerai à vous les énumérer.

C'est d'abord l'*inégalité de dilatation des pupilles*, signe remarquable par sa précocité et sa fréquence. Souvent il s'y associe des troubles des réactions pupillaires: paresse des pupilles, abolition des réflexes à la lumière seulement, ou des réflexes à la fois lumineux et accommodatif. Plus rarement on observe des paralysies partielles ou parcellaires des muscles extrinsèques de l'un ou des deux yeux;

Du *tremblement*, limité dans beaucoup de cas aux mains, aux lèvres, à la langue, et qui se manifeste à l'occasion des mouvements, quand les malades se mettent à saisir un objet, à écrire, à parler. Ce tremblement peut se généraliser à une grande partie du corps. Quelquefois aussi, quand les patients tirent la langue, cet organe se met à exécuter des mouvements alternatifs d'avant en arrière et d'arrière en avant, qu'on a comparés au jeu d'un trombone à coulisse: vous avez été mis à même de les observer souvent chez nos malades de la clinique;

De l'*embarras de la parole*, aux caractères tout à fait spécifiques. Ce trouble dépend à la fois du tremblement et de l'incoordination motrice des organes qui interviennent dans l'articulation des sons: dès que le sujet veut parler, un tremblement agite ses lèvres, parfois d'autres parties du visage; de là un certain retard, et aussi une certaine explosivité dans le langage.

Puis, pour peu qu'un mot soit long ou difficile à articuler, sa prononciation donnera lieu à des accrocs de certaines syllabes, à des achoppements; certaines lettres ou syllabes sont sautées ou interverties. A une période avancée, le langage devient indéchiffrable, tant il est bredouillé.

On constate aussi que des muscles entrent en contraction qui, dans les circonstances normales, restent au repos pendant le parler.

Indépendamment de ces troubles dysarthriques du langage, on en observe d'autres, qui sont de nature psychique: en parlant, les malades oublient des mots ou substituent un terme impropre à celui qu'il fallait employer. Enfin, ils parlent tantôt avec une rapidité, tantôt avec une lenteur insolites.

Les troubles de l'écriture sont du même ordre: les caractères sont tremblés, interrompus, de dimensions inégales; ils ne sont pas disposés sur des lignes parallèles; on constate des oublis de lettres ou de mots, des répétitions, des fautes grossières d'orthographe.

En fait d'autres manifestations somatiques fréquentes, sinon habituelles, et précoces, il me reste à signaler les ictus apoplectiformes et les attaques épileptiformes. Ces dernières revêtent le plus souvent les dehors de l'épilepsie partielle, motrice ou sensitive.

Quant à l'évolution de la paralysie générale, elle est essentiellement *chronique* et *progressive*. La durée moyenne de la maladie se chiffre par trois à quatre années. La curabilité est douteuse, mais la paralysie générale est susceptible de subir des temps d'arrêt et de traverser des phases de rémission, plus ou moins longues.

Ceci dit, j'aborde l'histoire de la jeune malade qui fait l'objet de cette leçon. C'est une fillette de douze ans. Elle avait été admise dans le service au commencement de 1897, puis elle avait réintégré le domicile de ses parents dans les premiers jours du mois de mai; mais on nous l'a ramenée le 27 septembre de la même année.

Son père était alcoolique de vieille date, lorsqu'il mourut, à l'âge de quarante-huit ans, en état de gâtisme et de démence. A l'âge de trente et un ans, il avait eu une première attaque de convulsions épileptiformes, à la suite d'excès quotidiens de boissons alcooliques. Dans la suite, les attaques s'étaient répétées presque tous les mois, toujours avec les mêmes caractères: perdant brusquement connaissance, le malade tombait comme une masse inerte. Les membres et le tronc étaient envahis par des convulsions toniques, puis cloniques, ces dernières peu étendues. L'attaque se terminait par une phase stertoreuse. Au bout d'un quart d'heure environ, le patient revenait à lui. Il était prostré, abruti, incapable de reprendre son travail.

Toujours les attaques sont survenues, chez cet homme, dans le courant de la journée; jamais elles ne se sont accompagnées de morsure de la langue, ni d'émission involontaire d'urine. C'est du moins ce qui résulte des renseignements que nous avons pu recueillir de la bouche de sa femme.

Au dire de cette dernière, le père de notre jeune malade avait eu, à l'âge de trente-trois ans, une véritable attaque d'apoplexie, suivie d'une hémiplégie droite, avec aphasie totale. Au bout de quelques mois, il ne subsistait plus qu'un peu de faiblesse et de maladresse du membre supérieur droit. Dix ans plus tard, à l'âge de quarante-trois ans, le père de cette fillette eut un nouvel ictus apoplectique, suivi également d'une hémiplégie droite, avec aphasie; mais, cette fois, la paralysie du côté droit et l'aphasie persistèrent jusqu'à la mort de ce malheureux.

Les deux ictus apoplectiques en question sont à souligner; je vous dirai tout à l'heure pourquoi. Je crois devoir en rapprocher cette autre circonstance, qui nous a été narrée par la femme du malade: les médecins qui ont soigné son mari, à l'époque, lui ont prescrit de l'iodure de potassium, preuve que, probablement, ils ont trouvé des signes d'artériosclérose. Or, l'alcoolisme chronique peut, à lui seul, donner naissance à ce genre d'altération vasculaire, principalement du côté des vaisseaux de l'encéphale. A son tour, l'athérome des vaisseaux artériels pourra devenir l'origine d'une thrombose, avec ramollissement consécutif, susceptible de se traduire par un ictus apoplectique, suivi d'hémiplégie et de désordres aphasiques. Toutefois, il est rare que les choses se passent ainsi à l'âge, relativement peu avancé, auquel le père de cette fillette a eu ses deux attaques d'apoplexie. Chez lui, vraisemblablement, *quelque autre influence toxique ou infectieuse* s'est associée à l'alcoolisme, pour engendrer les accidents susdits. Tout à l'heure je m'expliquerai plus longuement là-dessus.

La mère de notre jeune malade est actuellement âgée de cinquante ans; elle a toujours joui d'une bonne santé. Cependant, elle a uriné au lit jusqu'à l'âge de huit ans. Maintes fois j'ai attiré votre attention sur la valeur de ce phénomène, en tant que stigmate de l'hérédité névropathique. Depuis son mariage, cette femme

a eu neuf grossesses; la première et l'avant-dernière se sont terminées au huitième mois, et sa seconde fausse couche a abouti à l'expulsion d'un fœtus macéré. Trois de ses enfants sont morts en bas âge : l'un à six mois, un autre à un an, d'accidents méningés, le troisième à l'âge de six ans, d'une tuberculose pulmonaire. Il reste encore quatre enfants. Un seul, l'aîné, âgé de vingt-neuf ans, paraît être d'une santé irréprochable. Un autre, une fille de vingt-sept ans, a uriné au lit jusqu'à l'âge de huit ans, comme sa mère; elle est restée extrêmement chétive, et se trouve être sujette à des attaques de nerfs, sur la nature desquelles nous n'avons pu nous renseigner d'une façon précise. Une autre fille, âgée de vingt-six ans, a été très malade dans son enfance; elle a eu les jambes nouées et un gros ventre; en d'autres termes, elle a été touchée par le rachitisme.

Enfin, le dernier enfant est la fillette ici présente. Elle est née à terme. N'empêche qu'elle a toujours été chétive, de petite taille, se développant mal. Elle n'a commencé à marcher que dans le cours de sa troisième année. Elle a eu ses premières dents à l'époque normale, mais elles se sont gâtées très vite. La seconde dentition a subi un retard assez considérable.

Vers l'âge de sept ans, l'enfant fut atteinte d'une ophtalmie, qui dura deux ou trois années; elle en conserve encore des traces, qui constituent de véritables stigmates de la syphilis héréditaire.

Jusqu'à l'âge de neuf ans, elle s'est montrée fort intelligente. Elle avait appris à lire et à écrire, sans difficulté. Il lui était arrivé maintes fois d'être la première de sa classe, car elle avait une excellente mémoire, tant pour les faits que pour les chiffres. Avec cela, elle était pleine de vivacité et d'entrain, et elle aimait beaucoup à prendre part aux amusements des fillettes de son âge. Or, voici que peu à peu on s'aperçut d'un changement très net dans le caractère et dans les facultés de cette fillette, *vers l'âge de neuf ans.* Sa mémoire et son intelligence baissaient d'une façon très visible; elle avait maintenant de la peine à lire, à calculer, à retenir et à répéter ce qu'on lui enseignait. A l'école, on dut la faire rétrograder successivement de trois classes. En même temps, elle devenait triste, taciturne; elle fuyait la société de ses compagnes.

A l'âge de onze ans, elle a eu une première attaque, qui paraît avoir affecté les caractères de l'épilepsie sensitive. La fillette était en train d'essayer un vêtement, lorsque, tout à coup, elle ressentit de l'engourdissement et des fourmillements dans la jambe droite. Elle tomba sur le plancher. Sa mère, qui était à côté d'elle, la transporta dans son lit et se mit à la rassurer. Les fourmillements gagnèrent successivement l'épaule droite et le reste du membre supérieur, puis la face, de ce même côté. Il devint impossible à l'enfant de parler. A aucun moment elle ne perdit connaissance. Au bout de quelques minutes, tout était rentré dans l'ordre, sauf que la parole resta embarrassée.

Un mois plus tard, l'enfant eut une seconde attaque, semblable à la première, mais plus longue, car elle dura un quart d'heure environ. Une troisième attaque se produisit, après un intervalle de trois mois, d'une durée égale à celle de la précédente.

Je note expressément le caractère exclusivement sensitif de ces trois attaques. La dernière en date est survenue il y a onze mois. C'est surtout depuis cette époque que le caractère de l'enfant a changé d'une façon ostensible, que l'entrain et la gaieté ont fait place à la tristesse; souvent on la trouvait seule, dans un coin, versant des larmes, sans motif connu. Son intelligence se mit à décroître en très peu de temps. Si éveillée et si intelligente jadis, notre petite malade devint indifférente à tout ce qui se passait autour d'elle; quand elle parlait, c'était pour débiter des niaiseries, des histoires enfantines et sans suite. A plusieurs reprises, il lui arriva de mettre sa robe à l'envers.

Frappée et effrayée de ces changements, la mère nous amena sa fille à la Salpêtrière, pour nous consulter sur son état : je la décidai à nous confier l'enfant pour quelque temps ; son cas n'offre pas seulement un intérêt exceptionnel, eu égard à votre instruction à tous, il est aussi de ceux qui présentent des chances de guérison, malgré les apparences contraires.

Voici un résumé succinct des résultats de l'examen qui a été fait de cette fillette, lors de sa première admission dans le service :

L'affaiblissement de ses facultés intellectuelles frappait de prime abord, quand on se mettait à causer avec elle. Au dire de ses voisines de lit, elle avait l'air « tout à fait bête » dans sa manière de se comporter et dans ses conversations. Tantôt elle se tenait à l'écart, silencieuse, tantôt elle racontait des histoires niaises. A l'hôpital, comme dans sa famille, il lui est arrivé de mettre sa robe à l'envers. Lui en faisait-on l'observation, elle se dévêtissait, pour recommencer à s'habiller à l'envers. D'autres fois, elle s'asseyait au pied du lit d'une de ses voisines de salle, sans dire mot. Puis, subitement, elle s'éloignait, injuriant l'une ou l'autre des personnes présentes.

Sa mémoire était très réduite. Elle ne pouvait plus réciter aucune des fables qu'elle avait autrefois apprises par cœur; elle avait oublié la table de multiplication. Elle avait désappris de lire ; à peine reconnaissait-elle encore les lettres de l'alphabet. Quant à déchiffrer et à prononcer un mot polysyllabique, cela lui était absolument impossible. La chargeait-on de quelque commission dans la salle, elle oubliait presque aussitôt ce qu'on venait de lui dire. Du reste, depuis quelque temps déjà, sa mère n'avait plus pu l'occuper, chez elle, à n'importe quelle besogne nécessitant l'intervention de la mémoire.

Les qualités affectives paraissaient être touchées dans une moindre mesure. Par moments on avait été à même de constater que la malade avait oublié les noms de ses sœurs et de son frère. Toutefois, depuis son entrée à la Salpêtrière, elle avait eu pour principale préoccupation de se rappeler les jours de visite. Ces jours-là, elle allait au-devant de sa mère et elle était heureuse de la revoir.

Maintenant que vous êtes fixés sur la nature des désordres psychiques, présentés par cette fillette, je vais passer en revue les signes somatiques que nous avons constatés chez elle lors de notre premier examen.

C'était d'abord le tremblement des lèvres, dont je vous ai déjà parlé; il se produisait dès que la malade se mettait à parler, et il était plus prononcé dans la moitié droite de la face.

La parole était embarrassée, hésitante; l'enfant bredouillait en parlant.

Du côté des membres, on constatait un léger tremblement des mains.

L'écriture présentait des anomalies dont vous allez vous rendre un compte exact, sur l'échantillon qu'on va vous soumettre. Vous voyez que les lettres sont irrégulières, tremblées, que certains mots sont répétés, qu'à d'autres il manque des lettres, des syllabes. Pendant son séjour dans nos salles, la malade a voulu écrire à sa mère. La lettre était absolument incompréhensible.

L'examen des yeux, pratiqué à la même époque, a donné les résultats suivants : tous les mouvements physiologiques des globes oculaires étaient conservés; ils s'accompagnaient de secousses nystagmiformes, qui se produisaient le plus souvent dans le sens horizontal et qui s'arrêtaient, dès que la malade se mettait à regarder fixement devant elle.

Les deux pupilles étaient dilatées, mais inégalement, celle de gauche plus que la droite. Le réflexe lumineux était manifestement affaibli.

Les deux cornées portaient des traces de taies anciennes.

A droite, l'examen du fond de l'œil révélait la présence de taches de choroïdo-rétinite, entourées de pigment. Elles étaient situées au pourtour de la papille optique; quelques-unes empiétaient sur elle. De ce même côté droit, la papille était blanche dans toute son étendue, non excavée. Sur ses bords on voyait quelques foyers de suffusion sanguine, qui se prolongeaient jusque dans la rétine. A la partie supérieure de la périphérie de cette membrane, on découvrait des taches disséminées de rétinite pigmentaire. Les amas de pigment étaient plus volumineux et moins régulièrement disposés en ostéoblastes que dans la rétinite congénitale proprement dite.

A gauche, la papille se présentait sous le même aspect, avec une suffusion sanguine encore plus marquée.

Faut-il vous rappeler la signification de cette rétinite pigmentaire? Les ophtalmologistes sont aujourd'hui d'accord pour la considérer comme *un stigmate de l'hérédo-syphilis.*

J'ajoute que, à la même date, on ne constatait, chez notre malade, ni phénomène de paralysie motrice, ni affaiblissement musculaire bien manifeste, ni troubles de la sensibilité. Les réflexes rotuliens étaient quelque peu exagérés, principalement à gauche. Le redressement du pied ne provoquait pas de trépidation spinale. L'enfant marchait sans difficulté, d'une allure régulière.

Nous avons soumis la patiente à un traitement spécifique. Je lui ai prescrit des frictions mercurielles, associées à l'usage interne de l'iodure de potassium. Sous l'influence de cette médication, son état s'est sensiblement amélioré, et cette amélioration était déjà appréciable au bout de quelques jours de traitement.

Trois semaines environ plus tard, la mémoire fonctionnait encore très mal. La fillette était toujours incapable de réciter une des fables qu'elle avait autrefois apprises par cœur; elle ne pouvait pas davantage réciter la table de multiplication. Quand on lui faisait faire un exercice de lecture, elle nommait les lettres une par une, non sans commettre des erreurs. Quant à lire les mots, cela lui était impossible. Bref, elle présentait une véritable amnésie des signes graphiques, qui portait sur les mots entiers plus que sur les lettres considérées individuellement (*alexie verbale*).

Lorsque la malade était bien disposée, on parvenait à en tirer des renseignements assez précis sur son état. L'enfant avait maintenant conscience de sa situation psychique. Elle savait qu'elle perdait la mémoire. Elle s'habillait et se déshabillait correctement, sans maladresse. Elle avait encore des accès de tristesse, au cours desquels elle s'isolait pour verser des larmes.

Du côté des signes somatiques, il n'était survenu aucun changement.

C'est dans ces conditions que la mère demanda à reprendre sa fille chez elle; l'amélioration que je viens de vous signaler ne fut pas de longue durée. Environ un mois après son retour à la maison, il arriva à la malade de prendre la fenêtre de la chambre où elle se trouvait pour une porte. Elle était en train d'enjamber la barre d'appui, en s'écriant : « La drôle de porte », lorsque sa mère arriva assez à temps pour la retenir, sans quoi elle se serait infailliblement précipitée dans le vide. Depuis cette aventure, elle est sujette à des hallucinations : par moments, elle croit voir un chien qui veut la mordre, ou quelque individu qui menace de la frapper, ou une voiture tachée de sang.

La malade a été visitée par mon chef de clinique, qui a trouvé son état sensiblement aggravé. Elle ne reconnaissait plus les personnes de son entourage, depuis plusieurs jours; elle ne retenait plus ses urines et ses matières. Au dire de la mère, l'enfant est restée complètement aveugle pendant huit jours environ; elle ne distinguait plus les objets placés à sa portée. Dans la suite, elle a eu, à plusieurs reprises, des attaques semblables de cécité, mais qui n'ont duré que trois à quatre jours.

Constamment la fillette marmottait des mots qui n'avaient aucune suite entre eux. Certains

lambeaux de phrase revenaient à tout instant. Elle donnait le nom de Berthe à toutes les personnes qui l'approchaient. Elle répétait en écho les derniers mots des phrases qu'elle entendait dire devant elle.

Un jour elle a eu une attaque de convulsions, de plusieurs heures de durée, qui est restée limitée au côté droit. Les secousses ont agité successivement l'orbiculaire palpébral, la commissure des lèvres, qui était fortement déviée en dehors et en haut, les membres. Au sortir de cette attaque, l'enfant est restée dans un état d'extrême accablement; pendant deux ou trois jours, elle n'a pas bougé, elle n'a pas dit un mot.

La fillette nous a été ramenée cinq mois environ après sa sortie de l'hospice. Elle était très amaigrie. Elle ne reconnaissait plus aucune des personnes avec lesquelles elle avait été précédemment en rapport. Elle parlait sans cesse, répétant toujours les mêmes choses. Sans jamais répondre aux questions qu'on lui adressait, elle répétait régulièrement les derniers mots des phrases qu'on prononçait devant elle.

Elle ne demandait ni à manger, ni à boire. On était obligé de la faire manger de force, de lui pincer le nez, pour lui faire ouvrir la bouche. Elle se trouvait toujours en état de gâtisme. Les signes somatiques, constatés antérieurement, persistaient sans changement.

Quelques jours après son retour, elle a eu une nouvelle attaque convulsive, limitée, cette fois, au *côté gauche* du corps.

L'attaque a laissé à sa suite une hémiparésie gauche transitoire dont il ne reste plus de trace appréciable.

Aujourd'hui, la malade est toujours dans le même état. Etrangère à tout ce qui se passe autour d'elle, elle ne reconnaît plus les personnes de son entourage. Elle est très agitée. Elle parle sans cesse, et elle répète en écho ce qu'elle entend. Elle se ronge les lèvres, le bout des doigts, et elle exécute presque constamment des mouvements de carphologie.

Dans son lit, elle se maintient dans la position dite en chien de fusil. Il est très difficile de lui allonger les jambes; on est obligé, pour cela, de vaincre une raideur très prononcée, raideur volontaire, qui n'est pas de la contracture proprement dite.

Les réflexes tendineux sont toujours exagérés, surtout à gauche.

Tous les signes somatiques persistent, en particulier le tremblement des lèvres, plus prononcé à gauche, le défaut de réaction des pupilles, les mouvements nystagmiformes, sans compter un léger degré de strabisme.

Qu'est-ce donc qu'une affection qui, débutant chez une fillette de neuf ans, se traduit par un *affaiblissement intellectuel progressif*, par une *perte de la mémoire*, allant jusqu'à une amnésie presque complète, par des *troubles sensitivo-moteurs localisés dans les membres du côté droit*, par de l'*embarras de la parole* et du *tremblement des lèvres*, par des *troubles pupillaires* très prononcés (diamètre inégal, abolition des réflexes), par des *mouvements nystagmiformes* et par un léger *strabisme*, par une *rétinite pigmentaire double*, non congénitale, par une *exagération des réflexes;* affection dont les symptômes psychiques ont subi une amélioration très franche, mais passagère, sous l'influence d'un essai de traitement iodo-mercuriel intensif?

Il est un premier point que je crois devoir faire ressortir tout d'abord, c'est le suivant : l'ensemble des symptômes présentés par cette fillette se rapporte évidemment à une *affection cérébrale organique* et non pas à un *état vésanique pur*.

Aussi bien, les vésanies pures, les psychoses simples ont pour caractère fondamental de se traduire exclusivement par des désordres psychiques, sans adjonction de troubles moteurs ou sensitifs, imputables à des lésions du cerveau, de la moelle ou des nerfs.

Chez notre jeune malade nous sommes donc autorisés à écarter le diagnostic de vésanie simple, du seul fait de l'association de signes somatiques — tels que troubles sensitivo-moteurs paroxystiques, troubles pupillaires, strabisme, embarras de la parole — aux désordres démentiels.

En admettant, du reste, que nous nous fussions trouvés en présence d'une psychopathie pure, il ne pouvait être question que d'un cas de *démence primitive aiguë*. Or, celle-ci est caractérisée par un état d'affaiblissement psychique et musculaire, consécutif à une maladie infectieuse aiguë, ou à une intoxication aiguë telle que l'intoxication par la vapeur de charbon, ou à un épuisement général de l'organisme. Cette démence primitive aiguë se traduit par un anéantissement plus ou moins complet des facultés intellectuelles, par une obnubilation de la conscience, par une amnésie quelquefois totale, par de l'ataxie des mouvements, par de la lenteur du pouls, et elle est essentiellement curable. Vous voyez qu'elle ne répond guère à ce que nous observons chez notre patiente, ni pour l'étiologie, ni pour l'expression symptomatique ou l'évolution de l'affection. D'ailleurs, je vous le répète, le seul fait de la constatation de signes somatiques associés aux désordres démentiels suffit à faire rejeter le diagnostic en question.

Les hypothèses qui restent à faire se réduisent dès lors aux deux suivantes : celle d'une *lésion cérébrale diffuse* et celle d'une *lésion cérébrale circonscrite.*

En fait d'affections qui ont pour substratum une lésion cérébrale diffuse, il y a d'abord à prendre en considération la *sclérose en plaques*. Elle passe pour être rare dans l'enfance et même dans l'adolescence. Au surplus, nous ne constatons, chez cette fillette, aucun des grands symptômes de la sclérose en plaques classique : ni le tremblement intentionnel, à large amplitude, qui affecte tous les segments des membres supérieurs, la tête, le tronc, les extrémités inférieures, ni la parésie spasmodique des membres inférieurs, ni la lenteur et le caractère scandé de la parole, ni l'atrophie partielle du nerf optique, ordinairement accompagnée d'un scotome central, ni les accès de vertige. Sans compter que les troubles de l'intelligence sont rares dans la sclérose en plaques; ils se réduisent à de l'apathie intellectuelle et à une diminution de la mémoire; ils sont donc très différents de ceux que nous observons chez notre malade.

En fait d'autres affections caractérisées par des désordres démentiels, et en rapport avec des lésions cérébrales diffuses, je ne vois plus guère à invoquer, dans le cas actuel, que la *paralysie générale.*

Nous nous trouvons donc acculés, en fin de compte, à deux hypothèses : celle de la paralysie générale, et celle de lésion cérébrale en foyer, avec désordres démentiels. Or, je dois vous déclarer tout de suite que le diagnostic différentiel à faire entre ces deux affections me paraît ici très délicat et que, à un certain moment de l'évolution, il constituait même un problème insoluble.

Remarquez que ce diagnostic différentiel représente un problème assez difficile chez l'adulte, alors même que les accidents sont parvenus à une période avancée de leur évolution. Chez les enfants, les difficultés sont encore plus considérables, pour deux raisons. D'abord, à cause du peu d'ancienneté de l'affection. En second lieu, parce que, chez les enfants, la paralysie générale compte, au nombre de ses manifestations habituelles, des symptômes qui sont connus pour être, chez l'adulte, en rapport avec des lésions cérébrales circonscrites.

Examinons les arguments qui, dans le cas actuel, plaidaient pour ou contre le diagnostic de paralysie générale, à l'époque, il y a de cela sept mois, où, considérées en bloc, les manifestations psychiques et somatiques, présentées par notre jeune malade, semblaient bien légitimer de prime abord ce diagnostic. Cela peut se dire de l'affaissement intellectuel, de la diminution de la mémoire, des changements survenus dans le caractère et les sentiments affectifs de l'enfant, des troubles pupillaires, du tremblement des lèvres et des mains, de l'embarras de la parole, des désordres de l'écriture, de l'exagération des réflexes.

Toutefois, il y avait lieu de tenir compte des particularités suivantes : l'affaiblissement intellectuel n'était pas très prononcé, n'allait pas jusqu'à la démence véritable. Il n'existait pas de manifestations délirantes, il n'y avait pas cet état d'euphorie, de satisfaction de soi-même, qui se manifeste d'une manière si frappante chez beaucoup de paralytiques généraux. Il n'y avait pas non plus de lypémanie, de délire hypocondriaque. Tout au plus constatait-on, chez cette fillette, une tendance à la tristesse sans motif. Ce qui dominait, chez elle, c'était une diminution de la mémoire. Les troubles de la lecture et de l'écriture étaient plus accentués qu'on eût pu s'y attendre, en ne tenant compte que de l'état mental. Ils avaient l'air d'être plutôt des conséquences d'une lésion en foyer, ayant retenti sur la sphère visuelle, que celles d'un affaiblissement des facultés intellectuelles. Avec cela, les troubles sensitivo-moteurs étaient en partie limités au côté droit.

C'étaient là autant de circonstances qui militaient en faveur de l'hypothèse d'une lésion circonscrite. Il y a quelques années, M. Lwoff (1) a mis en lumière la signification des phénomènes de cet ordre en tant qu'indices d'une lésion circonscrite du cerveau.

Enfin, à l'époque dont je vous parle, nous pouvions interpréter en faveur de cette même hypothèse, l'amélioration passagère survenue dans l'état de la malade à la suite d'une cure iodo-mercurielle.

Eh bien, cette hypothèse, qui était des plus plausibles, qui s'imposait jusqu'à un certain point il y a quelques mois, me paraît devoir être définitivement rejetée, à l'heure actuelle, pour deux sortes de motifs.

Les motifs de la première catégorie sont tirés des allures particulières qu'affecte la paralysie générale chez les enfants. Je viens de vous mentionner comme des indices plaidant en faveur d'une lésion cérébrale circonscrite, chez notre patiente, les circonstances cliniques suivantes :

1° La disposition hémiplégique des troubles sensitivo-moteurs, et en particulier du tremblement qui affecte les muscles innervés par le facial inférieur;

2° La nature des troubles de l'écriture et de la lecture (alexie verbale);

3° Le caractère fruste de l'affaiblissement intellectuel;

4° L'amélioration survenue dans l'état de la malade à la suite d'un essai de traitement spécifique.

Or, le peu de durée de cette amélioration lui enlève la signification qu'on pouvait être porté à lui attribuer au début. Quant aux autres circonstances qui, chez l'adulte, sont considérées comme parlant en faveur de l'existence d'une lésion cérébrale circonscrite, elles ont été signalées par divers cliniciens dans la paralysie générale juvénile. Pour vous en donner une preuve, je vais vous faire connaître, en termes concis, la substance d'une étude d'Alzheimer (2) sur la paralysie générale à début précoce.

Sachez que l'auteur de ce travail a dressé un tableau des principaux exemples connus de paralysie générale à début précoce. Leur nombre s'élève à 38; ceux que M. Alzheimer a été à même d'observer personnellement se chiffrent par 3, ce qui fait un total de 41 cas. De l'étude des particularités cliniques relevées dans cet

(1) Lwoff. Etude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau. (*Thèse de Paris*, 1890.)

(2) Alzheimer. Die Frühform der allgemeinen progressiven Paralyse. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LII, 3.)

ensemble de faits, l'auteur a été conduit à formuler les conclusions suivantes :

1° Contrairement à ce que l'on constate chez les adultes, la paralysie générale à début infantile ou juvénile se rencontre avec une fréquence sensiblement égale dans les deux sexes. Sur 41 cas, 20 se rapportent à des sujets du sexe masculin et 21 à des sujets du sexe féminin ;

2° La maladie a débuté 8 fois entre treize et quatorze ans, 11 fois entre quinze et seize ans, 5 fois entre dix-sept et dix-huit ans. Beaucoup plus rarement le début s'est fait au-dessous de treize ans et au-dessus de dix-huit ans (les limites extrêmes sont représentées par la neuvième et la vingt-deuxième année);

3° Dans les 21 cas qui ont pu être utilisés pour élucider ce point, la durée moyenne de la maladie a été de quatre années et demie ;

4° Dans 86, 6 % des faits, les patients présentaient des tares héréditaires ;

5° Eu égard aux antécédents syphilitiques, les cas se décomposent ainsi :

Syphilis certaine	dans 14 cas.
— héréditaire très vraisemblable	— 11 —
— vraisemblable	— 2 —
Infection syphilitique directe	— 3 —
Absence d'antécédents syphilitiques	— 3 —

6° Eu égard à l'état de l'intelligence, avant le début de la maladie, les faits sur lesquels il a été possible de se renseigner se répartissent de la façon suivante : 3 cas concernaient des imbéciles de naissance, 5 cas des sujets frappés de débilité intellectuelle, 6 faits des sujets dont le niveau intellectuel était peu élevé, et 19 cas des individus bien doués au point de vue intellectuel ;

7° Pour ce qui concerne la forme des troubles psychiques, il appert que la maladie a revêtu les allures de la *démence paralytique sans délire ;*

8° Les lésions constatées à l'autopsie ont été les mêmes que dans les cas de paralysie générale chez des adultes ;

9° Enfin, la fréquence de la paralysie générale juvénile peut être taxée ainsi : on rencontre en moyenne 1 cas de paralysie générale juvénile contre 160 cas de paralysie générale chez des adultes.

Voyons jusqu'à quel point ces conclusions cadrent avec les circonstances que nous avons relevées dans l'observation de notre jeune malade.

Au sujet du sexe, il n'y a rien à dire, puisque la paralysie générale juvénile se rencontre avec une fréquence sensiblement égale chez les garçons et chez les filles.

L'âge du début correspond aux données numériques relevées par M. Alzheimer. Chez notre patiente, l'affection paraît avoir débuté à neuf ans ; il en a été de même, dans une des observations inédites, publiées par le médecin allemand.

Des antécédents syphilitiques ont été constatés dans la plupart des cas connus de paralysie générale juvénile. Or, la fillette présente des stigmates avérés de l'hérédo-syphilis.

Enfin, le sujet de l'observation relatée par Alzheimer, à laquelle je viens de faire allusion, offrait, comme notre malade, un ensemble de symptômes moteurs et psychiques, qui pouvaient faire croire aussi bien à une lésion cérébrale circonscrite qu'à la paralysie générale, de telle sorte que des médecins compétents avaient porté le diagnostic de sclérose en plaques. Dans la suite, l'autopsie démontra le mal fondé de cette hypothèse.

Vous voyez donc que les circonstances qui pouvaient être considérées comme plaidant en faveur de l'existence, chez cette fillette, d'une lésion cérébrale circonscrite, perdent la plus grande partie de leur valeur, si l'on tient compte qu'une des particularités de la paralysie générale juvénile réside précisément dans la présence fréquente de symptômes en rapport avec des lésions en foyer.

Mais il y a d'autres motifs à invoquer contre l'hypothèse d'une lésion cérébrale circonscrite et en faveur du diagnostic de paralysie générale. Ils découlent de la comparaison à établir entre l'évolution des accidents chez notre malade, et ce que nous savons de la marche de la paralysie générale.

La curabilité de cette maladie est contestée, vous ai-je dit. Son évolution peut être interrompue par des temps d'arrêt, par des phases de rémission plus ou moins longues; dans son ensemble elle est essentiellement progressive.

Or, actuellement, l'enfant est dans un état de démence complète. Elle ne comprend plus ce qu'on lui dit; elle répète machinalement les derniers mots des phrases qu'elle entend prononcer.

Quant au reste, les conversations qu'elle tient sont absolument incohérentes. Bref, l'affaiblissement intellectuel a fait des progrès considérables. Les signes somatiques persistent. De plus, on est maintenant obligé d'alimenter la malade de force, et elle se trouve dans un état de gâtisme complet.

Nous sommes donc en présence d'une évolution qui est bien celle de la paralysie générale, et c'est à ce dernier diagnostic que je m'arrête en fin de compte.

Vous avez déjà deviné quel pronostic découle de cette conclusion. La curabilité de la paralysie générale, vous ai-je dit, est contestée. La règle est que la maladie suit une marche essentiellement progressive. Elle aboutit à son terme fatal, après une durée moyenne de trois à quatre ans. C'est vous dire que je n'entrevois pas une durée très longue de survie pour notre patiente, surtout après l'aggravation rapide qui a suivi l'amélioration passagère que nous avions observée à la suite d'une cure iodo-mercurielle.

Le traitement spécifique est à peu près le seul dont nous puissions espérer obtenir des résultats curatifs dans la paralysie générale. La plupart des aliénistes et des neuropathologistes ont érigé en règle de faire un essai prudent de traitement iodo-mercuriel dans les cas de paralysie générale au début. Cette ligne de conduite s'impose, lorsque le malade présente des antécédents syphilitiques avérés ou des stigmates de l'hérédo-syphilis. Nous l'avons mise en pratique chez la fillette dont il s'agit; vous savez ce qu'il en est résulté.

On a également préconisé contre la paralysie générale la médication révulsive employée sous forme de frictions au tartre stibié, sur le cuir chevelu préalablement rasé, ou sous forme de pointes de feu. J'ai une confiance trop médiocre dans ces moyens pour me résigner à y recourir chez notre jeune malade, surtout au point où elle en est.

Quant aux autres moyens que vous pouvez être appelés à mettre en œuvre dans un cas de paralysie générale, leur valeur est exclusivement symptomatique. Ils visent l'insomnie, l'agitation, les attaques épileptiformes, les conséquences des attaques apoplectiformes.

P. S. — La petite malade succomba, au bout de quelques mois, aux progrès d'une bronchopneumonie tuberculeuse. L'examen microscopique révéla les lésions d'une paralysie générale typique; mais il existait aussi de nombreuses petites gommes, situées principalement dans la substance grise de l'écorce des deux hémisphères cérébraux. Ces gommes avaient certainement précédé les altérations de la paralysie générale vraie, car elles étaient le siège d'une calcification et d'une fibrose très anciennes.

MÉDECINE PRATIQUE

Indications du lavage de l'estomac chez les nourrissons.

Une pratique de sept années a permis à M. le docteur O. Heubner, professeur de clinique pédiatrique à la Faculté de médecine de Berlin, de préciser les indications du lavage de l'estomac dans les maladies gastro-intestinales des nourrissons, où ce moyen thérapeutique a été quelque peu discrédité dans ces derniers temps par suite de son usage souvent intempestif.

Il est, en effet, des affections du tube digestif chez les enfants en bas âge, dans lesquelles, d'après notre confrère, le lavage de l'estomac ne peut produire que peu ou point d'effet.

Ce sont d'abord les lésions gastro-intestinales chroniques avec athrepsie plus ou moins prononcée. Ici les lavages gastriques ne donnent pas de résultats appréciables, car ils ne sont susceptibles de combattre qu'un seul des multiples facteurs qui entrent en jeu.

Il en est de même dans les cas, peut-être plus fréquents encore, où il s'agit de dyspepsie aiguë débutant non par des symptômes gastriques mais par des troubles intestinaux, tels que coliques, météorisme et selles vertes. En pareille occurrence, on comprend que l'évacuation de l'estomac ne suffise pas pour éliminer les substances nocives. Enfin, le lavage gastrique se montre également insuffisant chez les enfants qui offrent des signes d'un état inflammatoire grave de l'intestin grêle ou du gros intestin.

Tout autres sont les conditions lorsque, comme cela arrive très souvent en pratique, on se trouve en présence d'un nourrisson, alimenté artificiellement, qui est pris tout à coup de vomissements avec anorexie et phénomènes de collapsus, résultant d'une indigestion aiguë. Comme en pareil cas il existe fréquemment un état de torpeur stomacale entravant la progression des masses alimentaires accumulées dans la cavité gastrique, l'intestin se trouve de la sorte préservé, tout au moins pendant quelques heures, de l'infection par le contenu stomacal décomposé, et l'évacuation de l'estomac au moyen de la sonde, suivie d'un lavage, procure une guérison immédiate en prévenant la production de troubles intestinaux. Ces conditions constituent chez le nourrisson l'indication capitale et formelle du lavage de l'estomac, lavage que rien ne saurait remplacer : ni l'administration de vomitifs, procédé brutal, amenant une dépression générale, et qui d'ailleurs est de moins en moins employé, ni les purgatifs qui favorisent la progression dans l'intestin du contenu décomposé de la cavité gastrique.

En ce qui concerne la technique des lavages de l'estomac chez le nourrisson, elle ne nécessite pour tout instrument qu'un tube œsophagien muni d'un entonnoir. Deux précautions seulement sont indispensables : il faut toujours se servir d'une solution physiologique de chlorure de sodium ou d'une solution de bicarbonate de soude à 0.7 %, préalablement tiédies, et ne jamais employer l'eau pure, qui exerce une action défavorable sur l'épithélium gastrique; en outre, le lavage doit être fait sous une pression ne dépassant pas celle d'une colonne d'eau de 20 centimètres de hauteur, afin d'éviter la production d'un état parétique de l'estomac.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 janvier 1900.

Sur l'insertion vicieuse du placenta.

M. Pinard lit, à l'occasion d'une observation d'insertion vicieuse du placenta communiquée à l'Académie par MM. Champetier de Ribes et Varnier, un rapport dans lequel il fait remarquer que le placenta recouvrait l'orifice interne de l'utérus par une languette de 3 centimètres au niveau de son bord inférieur, tandis que le bord supérieur était situé à 10 centimètres au-dessus du promontoire et à trois travers de doigt seulement au-dessous du fond de l'utérus. Ce placenta n'était donc prævia que par cette languette.

Contrairement à ce qui a été décrit et enseigné jusqu'à présent, cette portion prævia du placenta n'était nullement atrophiée; c'était au

contraire la partie la plus développée et la plus épaisse du placenta. Cette particularité permet de comprendre pourquoi l'hémorrhagie chez la parturiente de MM. Champetier de Ribes et Varnier a été si rapidement mortelle.

Ce cas paraît, en outre, se prêter à l'hypothèse de la formation de la portion prævia aux dépens du chorion cramponné à la caduque réfléchie.

M. Franck relate, en son nom et au nom de M. Mendelssohn (de Saint-Pétersbourg), les résultats de recherches expérimentales tendant à démontrer que le cerveau est accessible aux courants galvaniques appliqués sur la voûte du crâne, par l'intermédiaire des vasomoteurs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 janvier 1900.

Traitement des kystes hydatiques du foie.

M. Quénu. — Dans l'application de la méthode de M. Delbet, je me demande s'il ne se produit pas de transsudation dans la cavité vidée de son contenu. J'ai plusieurs fois, à la suite du drainage, observé d'énormes épanchements de bile, même dans des cas où l'on ne pouvait invoquer aucune infection. Quelquefois la simple ponction d'un kyste suffit, en raison de la décompression qui en résulte, à provoquer une transsudation de la bile. En tout cas, ce qu'on peut dire, c'est que l'exsudation de liquide séreux ne s'oppose pas à la cicatrisation définitive.

J'ai fait pour ma part 5 fois la suture des kystes hydatiques sans drainage; dans 3 de ces cas j'ai pratiqué la suture simple de la poche, et dans les 2 autres j'ai eu recours au capitonnage. Trois de mes interventions ont été suivies d'insuccès, à cause d'infection secondaire; dans un de ces faits, il se produisit une hémorrhagie secondaire extrêmement sérieuse. Dans mes deux dernières opérations, les suites ont été plus heureuses.

Je ne pense pas que les accidents d'infection secondaire survenus chez 3 de mes malades soient le résultat d'une faute de technique, et je crois plutôt qu'il faut incriminer l'exsudation de bile septique dans les cavités débarrassées de leur contenu. Je ne veux pas, cependant, être considéré comme un adversaire de la méthode de M. Delbet, dont l'emploi me paraît devoir être réservé aux cas dans lesquels l'état général des patients est excellent et où rien ne peut faire soupçonner la possibilité d'une infection biliaire.

M. Hartmann. — J'ai fait 2 fois l'opération de Delbet avec un succès complet. J'estime donc que la méthode est excellente, à la condition toutefois qu'on ait soin de vider entièrement la poche de ses hydatides, car dans les cas où l'on emploie le drainage, après avoir évacué le kyste d'une façon en apparence complète, il arrive souvent de voir encore des hydatides sortir de la poche dans les jours suivants.

M. Kirmisson. — Je n'ai jamais eu l'occasion d'employer le procédé de M. Delbet: je ne peux donc pas l'apprécier, mais je crois que la méthode de l'extirpation complète, suivie de drainage, doit être conservée, car, si elle est moins brillante, elle n'en donne pas moins des résultats excellents.

M. Gérard-Marchant. — J'ai opéré dans ces dernières années, par la méthode usuelle, 14 sujets atteints de kystes hydatiques; tous ont guéri, mais la plupart ont dû attendre fort longtemps la guérison. J'étais donc tout disposé à adopter le procédé de M. Delbet et, au mois d'octobre dernier, j'ai fait le capitonnage et la suture dans un cas de kyste hydatique du foie; je laissai cependant un drain dans la plaie abdominale. La malade a parfaitement guéri, et je n'ai pu que regretter d'avoir mis un drain, dont la présence a retardé la guérison de quelques jours.

De l'envahissement ganglionnaire dans le cancer de l'estomac.

M. Pierre Delbet. — Pour le cancer de l'estomac, comme pour tous les cancers épithéliaux, il est établi à l'heure actuelle que l'envahissement ganglionnaire est précoce. Cette propriété des cellules épithéliomateuses de vivre et de se multiplier dans les espaces lymphatiques du tissu conjonctif est tout à fait caractéristique; dans les tumeurs épithéliales bénignes, telles que les kystes dermoïdes et les kystes par greffe épidermique, les cellules épithéliales vivent en quelque sorte à l'état d'enkystement. Cette propriété spéciale aux cellules des cancers épithéliaux offre une grande importance au point de vue de l'hypothèse de la théorie parasitaire du cancer; en effet, je ne connais aucune psorospermose dans laquelle on voit les cellules envahir les espaces lymphatiques, et, par conséquent, si l'on veut soutenir que le cancer épithélial est dû à des psorospermies, il faut admettre qu'il s'agit d'une psorospermose où les cellules épithéliales se comportent d'une façon tout à fait différente de ce que nous observons pour les autres psorospermoses.

M. Tuffier. — Il n'est pas toujours possible d'enlever tous les ganglions au cours des opérations visant le cancer de l'estomac. Dans un cas où j'avais extirpé tous les ganglions appréciables, chez une femme atteinte d'un cancer du pylore, j'ai trouvé — après deux ans de guérison apparente, consécutive à la pylorectomie — une récidive constituée par une tumeur développée autour du duodénum aux dépens de ganglions qui avaient échappé à la première intervention; cette tumeur ganglionnaire étant adhérente de tous côtés aux parties voisines, j'ai dû me borner à faire une gastro-entérostomie.

De la médication thyroïdienne dans le traitement des retards de consolidation des fractures.

M. Potherat. — Lorsque je vous ai fait un rapport sur les effets de la médication thyroïdienne dans le traitement des retards de consolidation des fractures (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 413), je n'avais pas encore essayé moi-même l'application de cette méthode. J'ai eu, depuis, l'occasion de traiter par la thyroïdine deux malades présentant un retard de consolidation à la suite d'une fracture de jambe; je dois reconnaître que la guérison a été obtenue après vingt à vingt-cinq jours de thyroïdothérapie.

M. Picqué lit un rapport sur deux observations de M. Guillet (de Caen) et M. Mougeot (de Chaumont) relatives à des corps étrangers de la vessie enlevés par les voies naturelles.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 janvier 1900.

Sur un cas d'œdème malin des paupières.

M. Thoinot communique, en son nom et au nom de M. Girot (de Tillières-sur-Avre), l'observation d'un berger qui, à la suite d'une piqûre d'insecte au niveau de la commissure externe des paupières de l'œil droit (piqûre qui avait été très douloureuse), présenta une infiltration œdémateuse des deux paupières. D'abord blanc et indolore, cet œdème ne tarda pas à augmenter considérablement de volume, devint violacé, douloureux et s'accompagna de fièvre et de phénomènes généraux. Une pression exercée à la surface des paupières en faisait sourdre une sérosité noirâtre qui fut inoculée sans résultat à des animaux.

Les jours suivants l'œdème s'étendit au front, à la face et au cou; la respiration devint très embarrassée, la température atteignit 40° et l'on crut que le malade allait succomber.

Tout traitement chirurgical étant irréalisable en raison de la région qui avait été le point de départ du mal, on se borna à appliquer sur les paupières des compresses trempées dans une solution de sublimé. Les accidents s'amendèrent au bout de quelques jours et le patient se rétablit complètement; il devra seulement subir une opération destinée à réparer la paupière supérieure qui a été en partie détruite.

L'orateur fait remarquer que, malgré l'insuccès des recherches bactériologiques et la guérison inespérée du malade, il s'est bien agi dans ce cas d'un œdème charbonneux. Ce qui vient du reste corroborer cette opinion, c'est que dans une ferme voisine de l'endroit où ce berger menait paître ses moutons plusieurs animaux avaient été atteints de pustule maligne.

Un cas de syphilide pigmentaire.

M. Renault présente un homme porteur d'une syphilide pigmentaire consécutive à la chute d'une eschare. Cette affection a débuté trois mois après l'apparition du chancre infectant et a envahi peu à peu le cou, la poitrine, le dos et les lombes.



SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 janvier 1900.

Sur la persistance des propriétés fonctionnelles de l'organisme après la mort apparente.

M. Laborde. — Pour apprécier et déterminer avec exactitude la durée des propriétés fonctionnelles des tissus et des éléments organiques après la mort apparente, c'est-à-dire après la suspension des grandes fonctions essentielles à l'entretien de la vie, il est nécessaire de recourir à un procédé d'excitation qui ne porte aucune atteinte à ces tissus ou éléments.

La traction rythmée de la langue constitue à cet égard le procédé de choix: son application à l'étude du réflexe respiratoire m'a permis de constater une survie latente, jusqu'alors inconnue, des propriétés fonctionnelles de l'organisme mort objectivement, ce que je me propose de démontrer ultérieurement; je me borne aujourd'hui à faire remarquer que c'est grâce à cette survie prolongée qu'il a été possible de ramener à la vie des sujets qui se trouvaient depuis trois heures en état de mort apparente.

Du rôle de l'accoutumance dans le déterminisme des localisations microbiennes.

MM. Bezançon et **Labbé.** — Il résulte d'expériences que nous avons instituées qu'un microbe qui a séjourné dans un tissu et y a déterminé une lésion pathologique a, par ce fait, acquis une certaine tendance à se localiser de nouveau dans un tissu similaire.

C'est ainsi qu'un staphylocoque, retiré d'une arthrite purulente humaine et inoculé dans la veine d'un lapin, a reproduit des arthrites purulentes multiples dans une série d'inoculations successives; le microbe retiré chaque fois d'une arthrite du lapin de la série précédente a toujours conservé la propriété de se localiser sur les articulations.

Au contraire, un staphylocoque, qui au début de la série avait passé dans le sang du cœur, perdit, à partir de ce moment, son affinité articulaire et ne détermina plus que des lésions suppurées viscérales et des septicémies.

Ces expériences, qui peuvent être rapprochées de celles de Gilbert et Lion, Roux et Launois, etc., permettent de se rendre compte du rôle de l'accoutumance dans le déterminisme des localisations microbiennes et jettent une certaine lumière sur le mécanisme de la contagion d'affections non spécifiques, telles que les angines, les bronchopneumonies, les méningites cérébro-spinales, les otites, etc.

Des formes de reproduction de l'hématozoaire des oiseaux.

M. Laveran. — J'ai trouvé, dans la rate et dans la moelle des os de certains oiseaux, des éléments parasitaires affectant tantôt la forme sphérique, tantôt la forme ovalaire. Ces éléments, qui mesurent 2 μ de diamètre et se rencontrent soit à l'état libre, soit inclus dans des cellules, me paraissent être des formes de reproduction du parasite que j'ai précédemment observé dans le sang de ces animaux.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 11 janvier 1900.

Amaurose syphilitique traitée avec succès par des injections de calomel.

M. Danlos. — Voici un homme atteint de syphilis depuis 1897. A la suite de poussées d'iritis, il avait presque complètement perdu la vue. Il a été successivement soumis à la médication mercurielle sous ses diverses formes dans plusieurs hôpitaux, et il a notamment reçu trente injections hypodermiques de biiodure de mercure. C'est à peine s'il y avait eu une très légère amélioration des lésions oculaires à la suite de ce traitement intensif. En revanche, le malade est arrivé dans mon service avec une stomatite mercurielle très accusée, qu'il a fallu tout d'abord faire disparaître. Au bout de trois se-

maines j'ai pu pratiquer une injection de calomel, dont l'effet sur les troubles visuels a été surprenant. J'ai continué le traitement, et après la quatrième injection de protochlorure de mercure, le patient avait complètement recouvré la vue.

J'a tenu à relater cette observation pour réhabiliter le calomel, dont l'emploi contre la syphilis a été vivement attaqué dans ces derniers temps.

M. A. Fournier. — Nous savons que le calomel constitue quelquefois un excellent remède de la syphilis ; certaines lésions rebelles de la langue ou du larynx, certains cas de phagédénisme s'amendent et guérissent comme par enchantement sous l'influence de cette médication, tandis qu'ils avaient résisté à tous les autres modes d'administration du mercure. Mais, dans d'autres cas, nous avons vu le calomel échouer, alors que les injections de sels mercuriels solubles ou même de simples pilules de protoiodure donnaient de très bons résultats. L'emploi des injections de calomel comporte des indications que nous ne sommes pas encore en état de déterminer exactement. De plus, tant qu'on ne sera pas parvenu à éviter au malade les terribles souffrances que ces injections lui font parfois endurer, on sera réduit à réserver ce moyen pour les cas exceptionnels.

M. E. Besnier. — Les doses de calomel avec lesquelles ont obtient des résultats favorables varient suivant les sujets. Dans le cas où il survient des accidents graves, il doit à mon avis exister des facteurs d'intolérance (glycosurie, albuminurie, etc.) qui n'ont pas été suffisamment étudiés jusqu'ici.

M. Brocq. — La question des doses à employer offre une grande importance, comme vient de le faire remarquer M. Besnier. Parfois, après avoir attendu inutilement la moindre amélioration, il suffit d'élever la dose de calomel pour voir le malade guérir en quelques jours. J'ai observé, par contre, le phénomène inverse chez un sujet atteint de glossite syphilitique scléreuse, chez lequel des injections de 0 gr. 05 centigr. de protochlorure de mercure n'avaient pas donné de résultat, et qui a été considérablement amélioré lorsque je ne lui ai plus fait que des injections de 0 gr. 02 centigr.

M. Trousseau. — Chez le malade que nous a montré M. Danlos les commémoratifs permettent d'affirmer que l'iritis syphilitique s'est compliquée d'infiltration du corps vitré ; il y a eu en un mot irido-choroïdite. Or, en pareille occurrence, il arrive souvent que le traitement mercuriel n'agisse qu'à la longue et que l'amélioration, après s'être fait longtemps attendre, s'accentue rapidement. Cela étant, il ne faudrait peut-être pas attribuer au calomel seul le succès obtenu dans ce cas et il conviendrait de tenir compte de l'imprégnation mercurielle antérieure.

Acné comédon généralisée due à l'inhalation professionnelle de vapeurs chloriques.

M. Thibierge. — Je vous présente deux malades atteints d'acné comédon généralisée d'origine professionnelle. Les deux sujets ont été employés, dans un même atelier, à la fabrication du chlore par l'électrolyse du chlorure de sodium, travail qui les exposait à respirer un air chargé de grandes quantités de vapeurs de chlore. Ni l'un ni l'autre n'avaient eu d'acné avant d'entrer dans cet atelier.

Chez le premier patient, âgé de trente-quatre ans, les lésions, généralisées à la presque totalité des glandes sébacées, sont constituées par des comédons noirs et durs pour la plupart. En certaines régions, telles que la face, elles sont absolument confluentes et rappellent le tatouage produit par l'explosion d'une charge de poudre à peu de distance de la peau. Elles sont également très abondantes au niveau du cuir chevelu. Sur le tronc, elles revêtent par places la forme pustuleuse. Les organes génitaux sont le siège de nombreux petits kystes sébacés. Ces lésions ont débuté par une rougeur diffuse avec gonflement très prononcé du visage et ne se sont montrées sous leur forme actuelle qu'un certain temps après que cet ouvrier eût quitté son travail.

Chez le second malade, les altérations sont actuellement beaucoup moins accusées et consistent en comédons disséminés sur la face, en kystes sébacés derrière les oreilles, en lésions d'acné polymorphe sur le tronc. Mais les membres, qui sont très atteints chez le premier patient, ne présentent chez le second qu'un très petit nombre d'éléments acnéiques. La maladie a débuté également par une tuméfaction diffuse avec rougeur du visage ; les lésions se sont, cependant, développées plus rapidement que chez le premier sujet.

Herxheimer (de Francfort) a décrit une affection de ce genre chez des ouvriers employés à l'électrolyse du chlorure de potassium. A côté des acnés iodique et bromique, on est donc autorisé à admettre l'existence d'une acné chlorique, caractérisée par la diffusion extrême de ses lésions et par la prédominance de la forme comédon et des kystes sébacés.

M. Créquy rappelle qu'on constate aussi des éruptions acnéiques chez les ouvriers qui travaillent le goudron.

Hérédo-syphilis tardive avec exostose d'un tibia.

M. E. Fournier relate l'observation d'un malade, âgé de dix-huit ans, qui fut reçu à l'hôpital au mois de décembre dernier pour une déformation considérable du tibia droit, avec douleurs excessivement aiguës au niveau de cet os. Le patient présente un infantilisme très marqué (petitesse de la taille, gracilité des formes, etc.) ; on constate chez lui, en outre, la triade d'Hutchinson sous forme de dystrophies dentaires, oculaires et auriculaires. Les lésions dentaires méritent surtout d'attirer l'attention : les incisives latérales supérieures ont toujours fait défaut ; les incisives médianes supérieures sont très écartées et fortement usées sur leur bord libre ; les incisives inférieures sont toutes petites, notamment les deux médianes.

En dehors de tous ces stigmates de l'hérédo-syphilis, le malade offre une exostose du tibia droit qui, à elle seule, aurait permis de soupçonner chez lui l'hérédité spécifique.

Les lésions osseuses ont débuté à l'âge de quatorze ans. La jambe gauche devint douloureuse et commença à se tuméfier. Ces phénomènes ne tardèrent pas, du reste, à disparaître sous l'influence d'une médication iodurée ; toutefois, la rétrocession ne fut pas complète et aujourd'hui encore on voit le tibia gauche, légèrement tuméfié, décrire une courbe à convexité antérieure.

Quelques mois après cette guérison, le tibia droit augmenta de volume et devint extrêmement douloureux. Depuis lors et à la suite de plusieurs poussées inflammatoires suraiguës, la déformation osseuse s'est accentuée d'une manière considérable.

Les poussées inflammatoires s'accompagnent de douleurs très vives à exacerbations nocturnes.

Le traitement ioduré, institué depuis dix jours, a eu pour effet d'amender les phénomènes douloureux qui ont presque complètement disparu, sans qu'on remarque, pour le moment, une modification dans le volume de l'exostose tibiale.

Syphilides pigmentaires avec stries atrophiques.

M. Balzer. — Voici un homme dont la syphilis date du milieu de l'année 1898. Il a le cou, le tronc et les membres supérieurs mouchetés de taches pigmentaires. Vous voyez que, au cou et aux avant-bras, les parties pigmentées forment un relief sur les espaces décolorés au niveau desquels on perçoit au toucher une dépression. Quelques-uns de ces espaces présentent même des stries atrophiques. On observe aux bras des macules consécutives à des papules déprimées à leur centre, et qui montrent comment le processus aboutit à la vergeture post-éruptive.

Il faut distinguer dans la syphilis la pigmentation congestive, ecchymotique, fréquente au niveau des éléments éruptifs anciens, et la pigmentation plus diffuse, brunâtre, qui se produit au moment du raptus éruptif.

La disparition du pigment sur certains points est due probablement à sa destruction par les cellules de l'infiltrat éruptif.

J'ajoute que le malade est suspect de tuberculose ; il tousse souvent et il a eu des hémoptysies.

M. E. Besnier. — Ce dernier point mérite d'attirer l'attention, car on sait combien la peau des tuberculeux se pigmente aisément.

Stomatite hydroïque récidivante.

M. Danlos. — La femme que je vous présente pourrait certainement être prise pour une syphilitique, si l'on ne voyait que la lésion érosive qu'elle présente à la lèvre inférieure. Ce sont là, en effet, toutes les apparences d'une plaque muqueuse. Toutefois, il suffit d'examiner les mains qui sont couvertes de vésicules d'hydroa pour rectifier le diagnostic. Cette stomatite hydroïque revient par poussées incessantes ; depuis le mois d'octobre la malade en est à la troisième récidive. Cette affection étant réputée d'origine arthritique, j'ai eu recours au bicarbonate de soude et au salicylate de soude ; mais je n'ai pas obtenu de succès.

Mycosis fongoïde formant tumeur de la face.

M. Hallopeau. — Chez le malade que je vous montre, presque toute la moitié droite de la face est envahie par une néoplasie mycosique qui a déterminé l'occlusion de l'œil droit, dont la vision se trouve abolie. Comme les lésions dépassent la ligne médiane, il est à craindre qu'il n'en soit bientôt de même pour l'autre œil. Les mains sont le siège d'une éruption eczématoïde dont les caractères superficiels tranchent avec le développement et l'aspect végétant de la lésion faciale. Un examen du sang a révélé chez cet homme un certain degré d'éosinophilie, ce qui est, d'ailleurs, de règle dans le mycosis fongoïde.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 8 janvier 1900.

De la kinésithérapie.

M. Zabludowski. — Je tiens à faire remarquer que le traitement mécanique des paralysies, dont il a été question dans une précédente séance (Voir *Semaine Médicale* 1899, p. 437), ne pourra se vulgariser qu'à la condition de ne pas nécessiter un grand nombre d'appareils et, de plus, que ce traitement ne doit jamais être institué avant que la période aiguë de l'affection soit terminée.

Je rappelle, en outre, qu'il ne faut pas se borner à faire exécuter des mouvements passifs et actifs aux membres paralysés, mais encore aux extrémités saines, de façon à renforcer l'énergie volontaire.

Pour rendre plus facile l'exécution des mouvements des membres paralysés, M. Goldscheider conseille de mettre les malades pendant plusieurs heures dans un bain chaud. Cette pratique, qui offre sans doute des avantages, présente aussi l'inconvénient d'exposer à des refroidissements.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que les divers modes de massage doivent être mis en œuvre en même temps que la kinésithérapie proprement dite pour rétablir les fonctions des membres paralysés.

M. Jacob. — J'ai soigné récemment une jeune fille de treize ans atteinte d'une paralysie due à une compression récente de la moelle ; son état rappellait sensiblement celui du premier malade dont M. Goldscheider nous a communiqué l'observation ; à l'heure actuelle cette jeune fille, qui était complètement paraplégique, peut faire d'assez longues promenades. Il en est de même d'une seconde patiente qui avait depuis cinq mois une paralysie flasque des jambes.

De la coloration des noyaux des bactéries.

M. Feinberg. — Quand on mélange de l'éosine avec du bleu de méthylène, on obtient un principe colorant qui teint en rouge les noyaux des plasmodies de la malaria et en bleu leur protoplasma. En soumettant d'autres microbes à ce mode de coloration, j'ai toujours vu les noyaux se colorer en rouge, à la condition il est vrai de se servir d'une solution très concentrée et de la laisser agir sur les bactéries pendant un temps assez long. Quoi qu'il en soit, on peut considérer aujourd'hui comme résolue la question de savoir si les bactéries possèdent un noyau. Ce qui ressort encore de ces recherches, c'est que ce noyau peut affecter des formes

très différentes : il peut être ovalaire, oblong, plus ou moins allongé, ressembler à une virgule, etc.

Un cas d'actinomycose du foie.

M. Litten. — J'ai reçu dernièrement dans mon service une femme, âgée de trente-cinq ans, qui avait une ascite très considérable et chez laquelle il existait au niveau de l'ombilic une petite fistule d'où sortait un liquide sanguinolent contenant des actinomyces. Cette malade étant morte le lendemain de son admission, on constata que la fistule ombilicale donnait accès dans un abcès volumineux siégeant au niveau du lobe droit du foie. Ce viscère renfermait encore plusieurs autres petits abcès : tous contenaient des actinomyces. L'examen du pharynx, de la langue, de la mâchoire, etc., n'a pas permis de découvrir la porte d'entrée du parasite.

Hémorrhagie cérébrale double.

M. Oestreich montre le cerveau d'une femme âgée de soixante-treize ans qui est morte subitement; on voit deux foyers hémorrhagiques situés l'un, à gauche, au niveau du corps strié, l'autre, à droite, dans le centre ovale. Il n'existe aucune communication entre ces foyers qui proviennent tous deux de ruptures anévrysmales.

Dr VILLARET.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Méralgie paresthésique avec deux symptômes nouveaux, guérie par un traitement médical, par MM. SABRAZÈS et CABANNES.

Le cas de méralgie paresthésique (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 195) relaté dans le présent mémoire est intéressant à plusieurs titres : d'abord en raison de l'intensité des troubles observés, ensuite à cause de l'existence de deux symptômes non encore signalés dans cette forme morbide et, enfin, par le fait de la guérison, sous l'influence d'un traitement approprié, du syndrome méralgique qui, comme on sait, est généralement rebelle à tous les moyens thérapeutiques.

Il s'agit d'un homme, âgé de soixante ans et sans tare neuropathique, chez lequel la méralgie avait fait sa première apparition il y a six ans environ, trois années après une violente attaque de rhumatisme articulaire aigu avec fièvre, pour se dissiper d'elle-même en quelques jours. Lorsque MM. Sabrazès et Cabannes examinèrent pour la première fois le patient, celui-ci présentait depuis une semaine, du côté droit, une méralgie paresthésique qui s'était produite brusquement. Les troubles morbides devenaient particulièrement intenses pendant la marche. Dans ces conditions survenait d'abord, à l'union du tiers moyen et du tiers externe du pli de l'aine, une douleur vive, analogue à un tiraillement et qui, au bout d'un certain laps de temps, faisait place à une sensation de brûlure ardente avec picotement sur toute la face antéro-externe de la cuisse. Le malade était alors obligé de s'arrêter et de s'asseoir, et la partie atteinte devenait engourdie et insensible même à des pincements très vifs.

A l'examen de la cuisse droite on constatait de la sensibilité à la pression au point d'émergence du nerf fémoro-cutané, ainsi que l'existence d'un vaste placard d'anesthésie tactile, douloureuse et thermique au niveau duquel la température de la peau était inférieure de 2° à celle de la cuisse gauche. Outre cette hypothermie locale, on notait à la région atteinte un second phénomène particulier : l'absence de la fonction sudorale. En effet, quand on injectait 0 gr. 001 milligr. de nitrate de pilocarpine en pleine plaque anesthésique de la cuisse droite et autant de ce même médicament dans la région correspondante à gauche, cette dernière rougissait, devenait turgescente et se couvrait de sueur abondante sur une zone ayant les dimensions de la paume de la main, tandis qu'à droite on ne voyait d'abord survenir aucune modification et ce n'est qu'au bout d'une heure, lorsque les phénomènes provoqués par la pilocarpine étaient encore manifestes à gauche, que les téguments rougissaient ici légèrement, mais sans sécréter de la sueur.

Tenant compte des antécédents rhumatismaux du malade, on lui fit prendre d'abord du salicylate de soude, puis des bains sulfureux et, grâce à ce traitement, on vit bientôt disparaître tous les troubles méralgiques. La guérison fut contrôlée au moyen d'une injection de pilocarpine qui, cette fois, provoqua des deux côtés la même réaction. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux,* 17 décembre 1899.)

Contribution à l'étude de l'origine des anticorps typhiques, par M. L. DEUTSCH.

Après avoir établi qu'une seule injection suffit à provoquer l'apparition de corps antityphiques dans le sérum, pourvu qu'elle soit faite dans le péritoine avec une culture entière sur gélose, chauffée pendant une heure à 66°, l'auteur a suivi jour par jour chez le cobaye le développement du pouvoir antityphique dû à la présence de ces substances. Il a constaté que la valeur préventive pouvait se traduire par une courbe dont l'ascension commence le quatrième jour, devient plus accusée et plus rapide le sixième, et atteint le maximum du dixième au douzième jour pour rester quelque temps à cette hauteur et ensuite redescendre lentement. Elle peut alors être décélée pendant encore un mois environ.

Afin de reconnaître quels étaient les organes du cobaye produisant les corps en question, M. Deutsch a entrepris une série de recherches comparatives sur le sérum et sur l'extrait d'un certain nombre d'organes. Le foie, l'épiploon, les capsules surrénales ne renferment le plus souvent que des traces d'anticorps. Ceux-ci ne se forment pas non plus au lieu même de l'injection, car la valeur antityphique de l'exsudat péritonéal, tout en se rapprochant dans quelques cas de celle du sérum, reste toujours inférieure à celle-ci et ne la dépasse jamais. Dans 17 cas, la moelle osseuse a agi 12 fois beaucoup plus faiblement que le sérum; dans un seul fait, la moelle renfermait deux fois moins d'anticorps que le sérum; dans 3 autres, moelle et sérum ont été également actifs ; chez un animal enfin, la moelle a été plus efficace. Il semble donc bien que la moelle osseuse doive être rangée parmi les organes donnant naissance à des corps antityphiques.

L'auteur a constaté que la rate, à laquelle Pfeiffer et Marx ont attribué le rôle le plus important dans la production des corps anticholériques, était également dans l'infection éberthienne un foyer de formation d'anticorps. Dans la moitié des cas, en effet, la rate a été trouvée plus active que le sérum.

Il était dès lors intéressant de rechercher comment se comporteraient des animaux immunisés ayant préalablement subi la splénectomie. Pour réussir dans ces conditions, il importe d'attendre que le cobaye dératé ait repris son poids initial et de ne lui injecter qu'à ce moment, dans l'espace de vingt-quatre heures, la dose immunisante divisée en deux parties égales. On voit alors que le pouvoir antityphique du sérum se développe aussi bien chez les animaux dératés que chez ceux qui ne le sont pas, et que le plus souvent la moelle osseuse présente une efficacité égale ou supérieure à celle du sérum.

Quant au mécanisme suivant lequel se forment les anticorps, on peut admettre que les substances qu'on suppose constituer le stade intermédiaire entre les produits microbiens et les anticorps, et que M. Deutsch désigne sous le nom de *substances immunogènes*, se fixent dans la rate avant d'y subir leur transformation définitive, ou encore que, dissoutes dans les humeurs, elles subissent cette transformation simplement au contact de la rate. Or, la splénectomie, pratiquée du troisième au cinquième jour après l'injection immunisante, détermine dans les deux tiers des cas une diminution considérable du pouvoir préventif ; il s'est donc produit dans la rate une véritable fixation des corps immunogènes, fixation déjà opérée le cinquième jour, puisque en extirpant le viscère à cette époque, on soustrait en même temps à l'économie des substances immunogènes. Ce même fait peut être mis en évidence au moyen de la méthode de l'agglutination. Ce procédé consiste à injecter à un cobaye neuf l'extrait de la rate d'un cobaye infecté par le bacille d'Eberth. On constate alors, dans la moitié des cas, une agglutination manifeste au bout de huit à dix jours. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, septembre 1899.) — F. M.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Le purpura pendant les couches, par M. J. C. DIEHL.

L'auteur relate l'observation d'une malade, âgée de trente-six ans, qui au commencement du quatrième mois de sa septième grossesse présenta une raideur considérable des membres, avec inappétence et fièvre, et qui ne tarda pas à avorter. Le jour suivant on constata sur le tronc de cette femme des taches d'un bleu noir, symétriques et traversées de lignes plus claires. Ces taches, légèrement surélevées et douloureuses à la pression, donnaient au toucher une sensation de dureté. Les grandes et les petites lèvres étaient très tuméfiées, de coloration bleu noir. L'urine contenait de l'albumine, du sang et de l'indican. Au bout de quatre jours la malade succomba.

L'examen microscopique montra que les taches en question étaient dues à des dilatations vasculaires et à des hémorrhagies. La peau du fœtus présentait également des taches hémorrhagiques punctiformes.

M. Diehl passe en revue toutes les circonstances qui peuvent amener cette lésion des parois vasculaires, et il arrive à conclure que dans le cas présent on avait affaire à un purpura idiopathique. Il estime, toutefois, que le plus souvent le purpura est de nature secondaire. L'affection peut être occasionnée par les causes les plus diverses, qui agissent par l'intermédiaire du système nerveux.

En terminant, l'auteur examine les rapports qui existent entre le purpura et la grossesse. Il est d'avis que cette dernière favorise le développement du purpura et qu'elle peut même provoquer un purpura symptomatique. En tout cas elle aggrave singulièrement le pronostic de la maladie. D'autre part, le purpura entraîne presque toujours l'interruption de la grossesse.

La transmission de la maladie à l'enfant est rare, ce qui s'explique probablement par ce fait que la mort du fœtus ou l'avortement surviennent le plus souvent avant que les hémorrhagies aient eu le temps de se produire. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLI, 2.) — E. C.

De la cécité pour le bleu dans la néphrite interstitielle, par M. C. GERHARDT.

La fréquence relative de l'achromatopsie à l'égard des rayons bleus dans le mal de Bright a été signalée en 1897 par MM. A. König et R. Simon. Sur 25 sujets chez lesquels ces auteurs ont trouvé des régions rétiniennes insensibles pour le bleu, 14 étaient atteints de rétinite albuminurique, 3 de rétinite syphilitique, 3 autres de rétinite centrale de cause inconnue et, enfin, chez 5 il s'agissait d'un décollement de la rétine. Abstraction faite de ces cinq derniers cas, l'achromatopsie pour les rayons bleus était presque toujours localisée au centre du champ visuel, et chez plusieurs malades elle disparut dès que la rétinite se fut améliorée.

Ces faits engagèrent M. Gerhardt à rechercher chez les néphritiques l'existence de ce genre d'achromatopsie. Le résultat de l'enquête fut positif chez deux hommes âgés, atteints de néphrite interstitielle. Ces malades distinguaient toutes les couleurs, sauf le bleu qui leur paraissait noir. M. Landgraf se rappelle avoir également observé, pendant qu'il était assistant de M. Gerhardt, un saturnin avec néphrite interstitielle qui affirmait que tous les objets bleus lui semblaient noirs.

La cécité pour le bleu paraîtrait donc constituer un trouble appartenant en propre au tableau symptomatique de la néphrite interstitielle. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 janvier 1900.)

Sur la valeur de la manœuvre de Truzzi pour le dégagement des bras dans la présentation pelvienne, par M. C. MERLETTI.

Tous les accoucheurs connaissent la difficulté qu'on éprouve parfois à abaisser suffisamment l'épaule pour pouvoir saisir les bras relevés. Cette difficulté est particulièrement grande lorsqu'on place le pouce dans l'aisselle, l'index et le médius étant appliqués sur l'humérus du fœtus. M. Truzzi a préconisé la manœuvre suivante destinée à faciliter le dégagement des bras tout en parant au danger d'une fracture : la main du même nom que le bras à dégager

est introduite le long de la face dorsale de l'enfant, jusqu'à ce que l'extrémité des doigts dépasse un peu l'épaule; à ce moment, les quatre derniers doigts viennent embrasser l'humérus avec leurs deux dernières phalanges. La pression exercée de la sorte est uniforme sur toute l'étendue de l'humérus, et si elle ne suffit pas à abaisser le bras, un mouvement de rotation imprimé au corps du fœtus par l'autre main permet de réaliser le dégagement du bras, alors même que cette extrémité se trouve derrière la symphyse.

M. Merletti a pratiqué cette méthode un grand nombre de fois et, en particulier, dans 18 accouchements où le dégagement des bras paraissait très difficile, sans avoir jamais vu se produire de fracture de l'humérus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, septembre 1899.) — E. C.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Maladie de Little avec acromégalie partielle, par M. S. Arnaud.

Au service de consultations annexé à la clinique des maladies mentales et nerveuses de la Faculté de médecine de Gênes, l'auteur de ce travail a observé un cas de maladie de Little compliquée d'altérations acromégaliques à forme abortive, cas non dépourvu d'intérêt au point de vue pathogénique.

Il s'agissait d'un enfant de sexe masculin, issu de parents bien portants et qui, après un accouchement parfaitement normal, est venu au monde avec une paralysie spasmodique des quatre membres et un développement exagéré des pieds. Dans la suite la contracture des extrémités supérieures s'est dissipée, mais il n'en fut pas de même pour les membres inférieurs.

Lorsque M. Arnaud vit pour la première fois le petit malade, celui-ci était âgé de quatre ans et demi. Il ne présentait pas de déviation de la colonne vertébrale ni de signes de rachitisme. Le corps thyroïde n'était pas hypertrophié. L'enfant ne pouvait se tenir debout, les deux membres inférieurs se trouvant comme accolés l'un à l'autre dans la rigidité spasmodique. Les jambes et surtout les pieds offraient un développement extraordinaire. Les orteils avaient conservé la direction normale, mais ils présentaient un volume et une longueur insolites et étaient tout aussi larges à leur base qu'à leurs extrémités. La peau qui recouvrait les jambes et les pieds paraissait plus foncée que sur les autres parties du corps; en outre, elle était considérablement épaissie, dure au toucher et parsemée de placards télangiectasiques. Il n'existait pas de troubles sensitifs; par contre, l'enfant était manifestement arriéré au point de vue intellectuel.

Il s'agissait, en somme, d'une maladie de Little à forme cérébro-spinale, compliquée d'une hypertrophie congénitale des pieds, qui ne pouvait être que de nature acromégalique.

On sait que l'acromégalie est une affection propre à l'âge adulte, localisée aux quatre extrémités, à la face ainsi qu'au rachis, et qui s'accompagne souvent de sensations morbides, telles que céphalée, paresthésies diverses, etc. Or, dans l'observation que nous venons de résumer on avait affaire à une hypertrophie congénitale, localisée aux membres inférieurs et non accompagnée de symptômes subjectifs. Cependant, les altérations de la peau au niveau des parties hypertrophiées étaient suffisamment caractéristiques pour permettre de poser le diagnostic d'une acromégalie partielle.

M. Arnaud n'a trouvé dans la littérature médicale qu'un seul exemple de ce genre d'acromégalie, relaté par MM. Mazocchi et Antonini et se rapportant à une fillette qui offrait de l'hypertrophie congénitale des mains et des pieds, sans altérations de la colonne vertébrale et de la tête ni aucun trouble subjectif, anomalie que ces auteurs ont attribuée à une irritation fonctionnelle de la glande pituitaire par des produits toxiques élaborés dans l'organisme maternel et ayant pénétré dans le corps du fœtus.

Cette hypothèse n'est pas applicable au cas observé par M. Arnaud et dans lequel la mère du petit malade n'a pas présenté le moindre accident morbide au cours de la grossesse. Aussi l'auteur admet-il qu'il s'est agi ici d'une toxi-infection fœtale qui a exercé une action nocive non seulement sur les zones motrices et psychiques mais encore sur les centres trophiques, en produisant de la sorte simultanément des troubles moteurs, mentaux et trophiques. (*Clinica med. italiana*, octobre 1899.)

Recherches sur l'assimilation de la lévulose dans le diabète, par M. A. Ferrannini.

L'auteur a fait chez un malade de la clinique médicale de Palerme, atteint de diabète grave, une série de recherches dans le but de déterminer si le sucre de fruits ou lévulose, qui a été recommandé récemment pour l'alimentation des diabétiques, est réellement supporté par ces derniers.

Le sujet en expérience était très amaigri et éliminait de 30 à 40 grammes de sucre par jour alors même qu'il s'alimentait exclusivement avec des substances albumineuses et grasses. On ne vit disparaître chez lui la glycosurie qu'après l'avoir mis à un régime insuffisant au point de vue nutritif, et composé journellement de deux tasses de bouillon, de 300 grammes de viande et de 7 œufs. Au bout de cinq jours de ce régime, on ne trouva plus trace de sucre dans les urines.

Chez ce malade, l'ingestion de lévulose chimiquement pure, à la période où il existait encore de la glycosurie, augmentait la quantité de sucre dans les urines; mais le résultat était tout autre lorsqu'on administrait la lévulose après la disparition de la glycosurie. Dans ce cas, on pouvait faire prendre 50 grammes de cette substance en vingt-quatre heures sans constater pendant ce laps de temps la présence de sucre dans les urines. Cependant, si l'on continuait le lendemain l'usage de la lévulose, la glycosurie apparaissait de nouveau. Ce n'est qu'en administrant du sucre lévogyre à la dose de 25 grammes et tous les deux jours seulement que M. Ferrannini n'a plus observé la reproduction de la glycosurie, le malade étant toujours au même régime composé d'albumines et de graisses en quantités insuffisantes.

Le dosage de l'azote total des urines et des matières fécales, d'après le procédé de Kjeldahl-Wilfarth, a montré que l'emploi de ces petites doses de lévulose diminue la consommation des substances azotées dans une proportion de beaucoup supérieure à celle que ne comporte la loi des équivalents thermo-dynamiques des principes alimentaires, fait qui ne saurait s'expliquer que par l'intervention d'influences biochimiques non encore connues.

De ces recherches, l'auteur conclut que la lévulose peut présenter une valeur réelle pour l'alimentation des diabétiques, à la condition de n'être administrée qu'après la disparition complète de la glycosurie sous l'influence de mesures diététiques appropriées, à une dose ne dépassant pas 25 grammes, et tous les deux jours seulement. (*Policlinico*, 1[er] novembre 1899.)

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Résultats comparés de la thérapeutique active et de l'expectation dans la blennorrhagie aiguë.

M. le docteur P. F. Steifon, assistant de l'hôpital militaire d'Ouïazdov, à Varsovie, a été à même d'établir une comparaison entre les effets des injections médicamenteuses et ceux de la simple expectation dans le traitement de la blennorrhagie. Les observations de notre confrère ont porté, d'une part, sur 233 soldats atteints tous (sauf 8) de blennorrhagie aiguë et traités par des injections uréthrales (hypochlorite de soude, iodoforme, sulfate de zinc), et, d'autre part, sur 100 cas d'uréthrite gonococcique également aiguë, dans lesquels on s'est borné à faire prendre des boissons alcalines. Dans le premier groupe, 111 malades (48 % environ), ont guéri au bout de vingt-huit jours en moyenne, tandis que chez les patients du second groupe la guérison a été obtenue dans 68 cas (68 %) en une moyenne de quarante-trois jours.

Ces chiffres font ressortir la valeur incontestable que présente l'expectation à la période aiguë de la blennorrhagie, ligne de conduite à laquelle on avait coutume de s'en tenir avant l'introduction des grands lavages de l'urèthre actuellement en vogue. Nous voyons, en effet, que si les injections intra-uréthrales de solutions médicamenteuses amènent en général une disparition plus rapide de la blennorrhagie aiguë que quand on se contente de la simple expectation, cette dernière offre, en revanche, l'avantage de compter à son actif un plus grand nombre de guérisons.

Les observations de M. Steifon viennent donc confirmer à nouveau l'ancienne règle, d'après laquelle le traitement local de la blennorrhagie doit être réservé pour la forme chronique de cette affection.

Traitement de la pleurésie séreuse par l'injection de bleu de méthylène dans la cavité pleurale.

M. le docteur Ch. H. Lewis, médecin du Columbus Hospital à New-York, a pu se convaincre que chez les sujets atteints de pleurésie séreuse l'introduction d'une certaine quantité de bleu de méthylène dans la cavité de la plèvre a pour effet d'amener une résorption rapide de l'épanchement, sans que celui-ci se reproduise, comme le fait s'observe fréquemment après la simple thoracentèse.

Le procédé employé par notre confrère consiste à extraire au moyen d'une ponction 100 c.c. de sérosité pleurale, à dissoudre dans ce liquide 1 gramme de bleu de méthylène et à réinjecter dans la cavité pleurale la solution ainsi obtenue. A la suite de cette intervention le malade commence bientôt à éliminer en abondance des urines verdâtres, et l'exsudat ne tarde pas à disparaître. Ce résultat (qui serait dû aux propriétés diurétiques du bleu de méthylène ainsi qu'à son action stimulante sur les parois de la plèvre) a été obtenu en une moyenne de treize jours dans les 20 cas où M. Lewis a eu l'occasion d'appliquer le traitement en question.

La présence dans la cavité pleurale du bleu de méthylène dissous dans du sérum serait toujours bien supportée, à l'encontre de ce qui se produit lorsqu'on injecte cette même substance en solution aqueuse qui, comme notre confrère l'a constaté, provoque des douleurs et irrite la plèvre.

Le phosphore contre l'éclampsie infantile.

Les accès éclamptiques chez les petits enfants étant dus dans la plupart des cas à une intoxication d'origine gastro-intestinale, c'est à l'évacuation du tube digestif qu'il faut surtout recourir pour les combattre. Cependant, ce moyen ne suffit pas toujours pour prévenir la production de nouvelles crises convulsives, et en pareille occurrence on prescrit d'habitude des bromures avec ou sans addition de chloral. Or, M. le docteur J. Lange, privatdocent de pédiatrie à la Faculté de médecine de Leipzig, a pu s'assurer que le phosphore, fréquemment utilisé contre le rachitisme et qui dissipe certains phénomènes spasmodiques propres à cette affection, exerce aussi sur les enfants atteints d'éclampsie une action calmante, beaucoup plus efficace que celle des bromures. Il suffirait, d'après notre confrère, d'administrer le phosphore (en solution huileuse et aux doses employées dans le traitement du rachitisme) pendant deux à trois jours pour obtenir la guérison définitive des petits éclamptiques.

Administration par la voie rectale du salicylate double de soude et de théobromine contre l'hydropisie cardiaque.

On sait que dans les cas de lésions organiques du cœur où, par suite d'un affaiblissement trop considérable du myocarde, la digitale se montre impuissante à dissiper les œdèmes, ces derniers disparaissent parfois sous l'influence du salicylate double de soude et de théobromine qui provoque une diurèse abondante en stimulant directement les reins. D'après l'expérience de M. le professeur A. Drasche, médecin-chef à l'hôpital général de Vienne, pour obtenir le maximum de cet effet diurétique, il faut administrer le salicylate double de soude et de théobromine non par la bouche, comme on le fait d'habitude, mais en lavement et à la dose de 3 à 4 grammes. On déterminerait de la sorte au bout de quelques heures une augmentation considérable de la quantité des urines.

Pour préparer ces lavements, il importe de se souvenir que le salicylate double de soude et de théobromine, insoluble dans l'eau froide, se dissout dans l'eau chaude et reste en solution même après le refroidissement du liquide.

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades. — M. MARFAN.

Formes communes de la pneumonie infantile.

La pneumonie lobaire des enfants, considérée dans ses éléments essentiels, est identique à celle des adultes. Elle a la même étiologie et la même pathogénie : à tous les âges, la pneumonie lobaire est engendrée par le pneumocoque, dont l'action se trouve favorisée par le froid, le traumatisme, certaines maladies antécédentes, telles que la grippe (pneumonies secondaires). Elle offre la même évolution cyclique et les mêmes complications. Elle a aussi les mêmes facteurs de gravité; mais, comme ceux-ci interviennent rarement avant la puberté, la pneumonie présente un pronostic plus favorable chez l'enfant que chez l'adulte.

Les différences qui existent entre la pneumonie des enfants et celle de l'adulte ne portent donc pas sur les caractères fondamentaux; elles intéressent les modalités du tableau symptomatique. Certaines particularités cliniques s'observent fréquemment ou exclusivement dans la pneumonie des enfants, tandis qu'elles sont exceptionnelles ou absentes dans la pneumonie des adultes. Ce sont surtout ces traits particuliers de la pneumonie infantile que je me propose de tracer, en me servant de plusieurs cas que nous venons d'observer ou que nous observons encore.

Une question préalable se pose: à partir de quel âge peut-on voir survenir la pneumonie lobaire aiguë franche, la pneumonie fibrineuse?

Avant 1840, Valleix, et avec lui presque tous les médecins, considéraient la pneumonie comme très fréquente chez les nourrissons et même chez les nouveau-nés. C'était une erreur qui provenait de la confusion de la pneumonie lobaire avec la bronchopneumonie. Du jour où l'on sut distinguer ces deux affections, on s'aperçut que, chez les enfants très jeunes, la première est aussi rare que la seconde est fréquente. Parrot alla même jusqu'à nier l'existence de la pneumonie lobaire au-dessous de deux ans. En tout cas, même les auteurs qui, comme Rilliet et Barthez, Henoch, Jules Simon, d'Espine, admettent qu'on peut l'observer à partir de quatre à cinq mois, reconnaissent qu'elle est exceptionnelle dans la première année et qu'elle ne commence à devenir fréquente qu'à l'âge de cinq ans. M. Carron de la Carrière, qui a étudié spécialement cette question, n'a pu trouver d'observation probante avant un an (1). Le sujet le plus jeune que j'ai soigné pour une pneumonie franche dont le diagnostic était incontestable avait treize mois. Avant cet âge, toutes les fois que j'ai posé le diagnostic de pneumonie lobaire, l'évolution ultérieure ou l'autopsie ont démontré que ce diagnostic était erroné et qu'il s'agissait d'une pneumonie lobulaire, c'est-à-dire d'une bronchopneumonie. Or, à l'heure présente, les deux affections ne peuvent pas être confondues. L'anatomie pathologique et la clinique permettent de les séparer très nettement; et la distinction est très importante, car la bronchopneumonie est d'un pronostic beaucoup plus grave que la pneumonie lobaire. Je vous dirai dans un instant comment, au lit du malade, le diagnostic doit s'établir. Mais je veux vous rappeler tout de suite les différences anatomiques capitales des deux affections.

Dans la pneumonie lobaire, il y a transformation du tissu spongieux du poumon en un bloc solide, qui prend une couleur rouge brun (hépatisation) et qui présente à la coupe des granulations; celles-ci correspondent aux alvéoles pulmonaires remplis d'un exsudat de fibrine coagulée. Aussi sont-elles un peu plus petites dans le jeune âge, parce que les alvéoles du poumon ont des dimensions réduites. D'emblée, tout un lobe du poumon est ainsi condensé, d'où le nom de pneumonie lobaire. *Sur une coupe, on ne voit pas de petites bronches remplies de pus.*

Dans la bronchopneumonie (pneumonie lobulaire, catarrhale ou épithéliale), la lésion procède au début par foyers lobulaires, distincts, isolés au milieu de parties saines du poumon, et correspondant aux divisions des bronches enflammées; il s'agit là d'une propagation de la phlegmasie bronchique aux lobules du poumon. Peu à peu, le nombre de lobules envahis augmente, et on voit, surtout aux bases, des parties plus ou moins étendues du poumon, transformées en un tissu rouge violacé, qui ne crépite plus, mais qui est moins consistant que le tissu hépatisé et qui, à la coupe, ne présente pas de granulations (splénisation); au microscope, l'exsudat alvéolaire est différent de celui de la pneumonie lobaire; il est composé en grande partie par l'épithélium pulmonaire desquamé et gonflé ainsi que par des leucocytes. Enfin, dernier caractère qui permet de distinguer nettement l'hépatisation d'avec la splénisation, *dans celle-ci, sur une coupe, on voit des bronchioles remplies de pus.*

Toutes les fois que j'ai pu faire l'autopsie d'un enfant âgé de moins de douze mois, que je croyais atteint de pneumonie lobaire, j'ai trouvé, non pas de l'hépatisation, mais de la splénisation avec des bronchioles remplies de pus. Je conclus donc que porter le diagnostic de pneumonie lobaire avant un an, c'est à peu près sûrement faire une erreur de diagnostic, car il s'agit presque toujours d'une bronchopneumonie. Mais à partir de la deuxième année la fréquence de la pneumonie augmente et je crois que, de cinq à quinze ans, elle est plus commune qu'aux autres époques de la vie.

Etudions maintenant les particularités cliniques de la pneumonie infantile.

Le début est, comme chez l'adulte, remarquable par sa brusquerie; il est soudain, brutal. Qu'elle survienne en pleine santé, ou qu'elle frappe un sujet atteint d'un rhume vulgaire (ce qui est assez fréquent chez l'enfant), la pneumonie s'annonce subitement par un malaise très vif, une fièvre intense qui d'emblée atteint ou dépasse 39°, des vomissements (ceux-ci ne manquent presque jamais dans le jeune âge), de l'agitation ou de la somnolence, une petite toux sèche et pénible, une augmentation notable du nombre des respirations, qui se font chez les jeunes enfants suivant le type abdominal; parfois, dès le début, on peut constater du battement des ailes du nez. Le frisson fait souvent défaut jusqu'à sept ou huit ans, ou tout au moins il est très difficile à apprécier. Le point de côté est presque toujours signalé par les enfants capables de nous renseigner sur leurs souffrances; mais, retenez bien ce fait, avant la puberté, il est rarement thoracique : il est presque toujours *sous-costal, abdominal;* quand le malade est assez grand, si on l'interroge, il dit : « J'ai mal au ventre ».

Si j'insiste particulièrement sur ces phénomènes de début, c'est que, pour des raisons que je vais vous faire connaître, le diagnostic de la pneumonie de l'enfant offre quelquefois de très sérieuses difficultés, et qu'il peut arriver que la connaissance du mode d'invasion devienne alors un élément très important pour l'établir. Une invasion brusque, une fièvre d'emblée très vive, une petite toux sèche, une dyspnée présentant les caractères que je viens d'indiquer constituent, dès le début, de fortes présomptions en faveur de l'existence d'une pneumonie.

A la période d'état, la pneumonie de l'adulte se révèle surtout par trois ordres de symptômes : les phénomènes d'auscultation, l'expectoration, la forme du cycle thermique. Puis viennent, moins caractéristiques ou moins constants, la toux, le point de côté, la dyspnée, le facies. Or, tandis que chez l'adulte tous ces signes sont ordinairement réunis et faciles à apprécier, ce qui permet de poser un diagnostic rapidement et sans hésitation, chez l'enfant le tableau clinique offre des anomalies qui peuvent laisser le jugement en suspens jusque vers la fin de la maladie.

Le caractère clinique le plus important de la pneumonie infantile, c'est *l'apparition souvent très tardive des signes physiques* (souffle tubaire et râles crépitants); il est fréquent de ne constater ceux-ci qu'au bout de quatre jours, parfois seulement le septième jour, la veille ou le jour de la défervescence.

Le petit garçon, couché au n° 1 de la salle Bouchut et que je viens d'examiner devant vous, a offert, à ce point de vue, un exemple très instructif.

Vendredi dernier, il y a juste une semaine, cet enfant, qui est âgé de cinq ans et demi, est revenu de l'école, où il était allé bien portant, avec de l'abattement, de la somnolence, et il a demandé à se coucher. La nuit du même jour il a une fièvre intense, une agitation vive, un peu de délire et se plaint d'avoir mal au ventre. Les jours suivants, les symptômes persistent; dimanche matin, il a des vomissements; lundi, sa mère le conduit à l'hôpital; on note le soir une température de 39°6. La nuit est très agitée et, le lendemain mardi, la température du matin est à 40°2. J'examine alors l'enfant. Autour de moi, on pense qu'il s'agit d'une dothiénentérie; mais le début brusque de la maladie, avec une fièvre d'emblée très vive, le facies animé, les deux pommettes très rouges, une petite toux sèche, l'accélération des mouvements respiratoires me portent à rechercher une pneumonie; je ne trouve, cependant, au sommet droit, en avant et en arrière, qu'un peu de submatité et de l'obscurité de la respiration. Bien que le petit garçon ait eu deux selles diarrhéiques, je ne me rallie pas au diagnostic de fièvre typhoïde, car, chez les jeunes enfants, la diarrhée est fréquente dans la pneumonie, comme dans la plupart des infections des voies respiratoires. Je fais appliquer trois ventouses scarifiées sous le sein droit; je prescris trois bains à 35° et une potion avec du café et de l'acétate d'ammoniaque. Dans la journée, M. Rosenthal, interne du service, fait un examen du sang; le liquide sanguin n'agglutine pas le bacille d'Eberth, mais il présente un réticulum fibrineux très prononcé avec augmentation notable du nombre des globules blancs. J'aurai l'occasion dans un instant de revenir sur ces résultats. Le lendemain, mercredi, le diagnostic de pneumonie se confirme par *l'apparition d'un souffle tubaire* au sommet de l'aisselle droite; la température oscille entre 39° et 40°. Hier jeudi, on note les mêmes symptômes; de plus, l'enfant ayant toussé pendant que j'auscultais sous la clavicule droite, je perçois une bouffée de râles crépitants.

Vous voyez donc que, dans ce cas, les signes d'auscultation révélateurs de la pneumonie ne se sont montrés que le cinquième jour; mais la brusquerie du début, les caractères de la fièvre et le facies m'avaient fait soupçonner la pneumonie dès l'admission du petit malade.

Je désire vous relater un autre fait du même genre que j'ai observé récemment dans ma pratique privée; il offre l'avantage que j'ai pu suivre le sujet depuis le premier jour de la maladie. Il s'agit d'un petit garçon de sept ans; il avait un léger rhume qui ne l'empêchait pas d'aller au collège; un vendredi soir, vers quatre heures, en rentrant à la maison, il est pris d'un grand malaise, se met à gémir et à frissonner; on le couche et aussitôt il vomit abondamment; il se plaint de souffrir dans l'hypocondre droit; la mère prend sa température et constate qu'elle est à 39°8. Je l'examine le soir même et je l'entends tousser légèrement; son visage est animé, la respiration très fréquente (50 à la minute au lieu de 25) et du type abdominal; l'enfant est dans une somnolence entrecoupée de phases d'agitation et de gémissements. Ni la percussion, ni l'auscultation ne révèlent aucune

(1) CARRON DE LA CARRIÈRE. De l'existence de la pneumonie lobaire chez les enfants du premier âge. (*Thèse de Paris*, 1886.)

anomalie. Les jours suivants, on retrouve les mêmes symptômes; la température est aux environs de 39°5, le matin, et, le soir, elle atteint ou dépasse légèrement 40°; je recherche les râles crépitants et le souffle bronchique: cette investigation reste infructueuse. Je commence à douter du diagnostic, lorsque le vendredi suivant, c'est-à-dire seulement le septième jour, je perçois vers le bord spinal de l'omoplate du côté droit un souffle tubaire entouré d'une zone de râles crépitants; le samedi matin, la température, qui le soir précédent était à 40°2, est à 36°5; la défervescence s'est donc opérée pendant la nuit; or, à ce moment, les signes physiques avaient disparu. Ils étaient apparus très tard, le sixième jour, la veille de la défervescence, et ils n'avaient été perceptibles que juste assez longtemps pour que le diagnostic ne fût pas douteux.

Mais, si les signes physiques se montrent souvent tardivement, une fois apparus, il est rare de les voir durer aussi peu de temps que dans ce cas. Fréquemment, au contraire, de même que chez l'adulte, ils persistent quelques jours après la défervescence et rendent possible un diagnostic rétrospectif; c'est ce qui est arrivé chez deux fillettes soignées il y a quelques jours à la salle Parrot; elles sont entrées à l'hôpital au moment même de la défervescence et le souffle tubaire avec les râles crépitants ont été perceptibles dans un cas huit jours, dans l'autre six jours après la chute de la température.

L'apparition souvent tardive des signes physiques permet de supposer que, chez l'enfant, la pneumonie débute ordinairement par les parties centrales du poumon et ne devient superficielle que dans la suite, fréquemment après le quatrième jour; ce n'est que quand la lésion atteint la couche corticale du poumon qu'elle se trahit par les râles crépitants et le souffle.

A ce propos, vous lirez, dans la plupart de vos traités classiques, que la pneumonie des enfants a deux sièges d'élection: le sommet droit d'abord, la base gauche ensuite. Je ne sais si cela est bien exact; ce que je puis dire, c'est que, dans un grand nombre de cas, les signes physiques qui apparaissent tardivement ont deux sièges de prédilection, où il faut les chercher tous les jours: 1° d'abord et surtout entre la colonne vertébrale et le bord spinal de l'omoplate; 2° ensuite et plus rarement au sommet de la région axillaire.

Il peut arriver, et il arrive plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte, que la pneumonie évolue *sans aucun signe physique appréciable*, probablement parce que la lésion reste centrale.

Nous venons d'observer un cas de ce genre chez un enfant de neuf ans couché au n° 2 de la salle Bouchut. Il est entré le lundi 9 octobre. Le samedi précédent, on le renvoya de l'école à sa mère: il se plaignait de mal de tête et d'une douleur dans le côté droit du ventre. Arrivé chez lui, il eut un grand frisson et des vomissements, puis il se mit à tousser. A partir de ce moment, il a une fièvre vive; il tousse de temps à autre et, deux jours après, la mère nous le conduit.

A son admission, il a une température de 40°1. La première nuit qu'il passe à l'hôpital est très agitée; il se plaint constamment du côté droit. Le lendemain, lorsque je l'examine pour la première fois, la température est à 39°4. Tout le début de cette histoire, l'intensité de la fièvre, la toux, l'aspect même du malade faisaient penser à une pneumonie franche; aussi l'auscultai-je tout de suite; il me fut pourtant impossible de trouver en aucun point du souffle ou des râles crépitants; une certaine obscurité de la respiration sous l'omoplate du côté droit, un peu de submatité sous la clavicule correspondante, ce fut tout ce que révéla une exploration minutieuse. Le mercredi 11 octobre, ces signes stéthoscopiques s'atténuent et la température reste au-dessus de 39°; la toux persiste et l'enfant continue à se plaindre du côté droit; mais voici que, dans la journée, l'enfant expectore, et son crachoir renferme des *crachats rouillés* caractéristiques; le jeudi, la température oscille entre 39° et 40°, on constate les mêmes crachats et la même absence de signes physiques. Dans la nuit suivante, la défervescence s'opère (nous sommes au sixème jour), la température tombe de 40°1 (jeudi soir) à 37°4 (vendredi matin) et à 36°6 (vendredi soir). La convalescence se poursuit dès lors sans incidents. L'auscultation, répétée plusieurs jours encore, ne révèle aucune anomalie.

Dans ce cas, les crachats rouillés, le caractère de la courbe thermique et de la défervescence ne laissent pas de doute sur l'existence de la pneumonie. Pourtant, à aucun moment et en aucun point, nous n'avons pu percevoir de râles crépitants ni de souffle bronchique.

Malheureusement, tous les cas ne ressemblent pas au précédent qui, malgré l'absence des signes physiques, présentait des conditions favorables au diagnostic. Ce sont les crachats rouillés qui ont levé tous nos doutes; or, il est exceptionnel de pouvoir constater ce signe avant neuf ou dix ans. Jusqu'à cet âge, les enfants ne savent pas cracher; et on ne peut tirer aucun indice des caractères de l'expectoration. Vous concevez que cette circonstance, lorsqu'il s'y joint le défaut de signes physiques, rend le diagnostic de la pneumonie extrêmement difficile.

Quant au cycle thermique, il offre, en général, chez l'enfant les mêmes caractères que chez l'adulte: ascension brusque, puis fièvre continue ou subcontinue, et, enfin, chute soudaine, instantanée, la température tombant dans l'espace d'une nuit de 40° au-dessous de 37°. Chez les enfants, cette défervescence critique se produit le plus souvent au septième jour. Elle s'accompagne parfois de transpirations abondantes et d'une prostration qui peuvent inquiéter l'entourage, mais ces symptômes se dissipent en quelques heures et la convalescence se poursuit alors sans incidents. Le cycle thermique de la pneumonie est caractéristique. Toutefois, à lui seul, en l'absence de signes physiques et d'expectoration, il ne l'est vraiment qu'après la défervescence, quand on a sous les yeux l'ensemble de la courbe des températures, c'est-à-dire à un moment où la question du diagnostic a perdu son intérêt.

Vous voyez donc quelle est souvent la situation du médecin pendant les quatre ou cinq premiers jours de la pneumonie infantile: la brusquerie et les autres caractères de l'invasion, l'intensité et la continuité de la fièvre, qui ne subit que de légères rémissions matinales, font penser à une pneumonie; mais il n'y a pas d'expectoration, pas de souffle, pas de râles crépitants; aussi hésite-t-on à affirmer le diagnostic.

Puisque, chez l'enfant, les grands signes révélateurs de la pneumonie peuvent faire défaut et, tout au moins pendant les quatre ou cinq premiers jours, laisser le jugement en suspens, il ne faut pas négliger les symptômes de second plan; grâce à eux, on peut souvent arriver à un très grand degré de probabilité.

D'abord la toux, petite, sèche, souvent peu remarquée par les parents, ne manque presque jamais. Chez les très jeunes enfants, le point de côté, ainsi que tous les phénomènes douloureux, est difficile à apprécier; mais chez ceux qui sont un peu grands il est rare qu'il n'existe pas, soit sous forme d'une douleur intercostale sous-mammaire, soit plus souvent sous forme d'une douleur abdominale.

Joignez à cela l'accélération des mouvements respiratoires, plus ou moins accentuée, mais presque toujours présente, et parfois un facies assez particulier: visage animé, rougeur de l'une ou des deux pommettes, battement des ailes du nez. En s'aidant de tous ces symptômes, on arrive à diagnostiquer de bonne heure la pneumonie, malgré l'absence d'expectoration et l'apparition tardive des signes physiques.

En somme, ce qui caractérise la pneumonie infantile, c'est l'absence d'expectoration jusqu'à neuf ou dix ans et l'apparition souvent tardive des signes physiques; en sorte que le diagnostic doit se fonder sur le caractère brusque de l'invasion, sur l'aspect de la courbe thermique, sur la toux, la douleur, la dyspnée, le facies.

Il me reste à parler d'une particularité qui peut, dans certaines circonstances, rendre le diagnostic difficile; je veux parler de la diarrhée. Elle survient très souvent au cours de la pneumonie, surtout chez les enfants âgés de moins de six ans; elle est d'autant plus fréquente que l'enfant est plus jeune. Elle est en général légère et disparaît presque toujours avant la défervescence. Mais, en cas d'hésitation, elle peut à tort faire incliner le diagnostic du côté de la dothiénentérie.

C'est en effet à la fièvre typhoïde qu'on pense le plus souvent en présence d'une pneumonie qui ne se décèle ni par les crachats, ni par les signes d'auscultation, surtout lorsqu'elle s'accompagne de diarrhée. L'absence de prodromes, la brusquerie et les caractères du début, l'apparition précoce de la toux, l'accélération des mouvements respiratoires feront écarter le diagnostic de dothiénentérie. J'ajoute, à titre de signe différentiel important, que, dans la pneumonie, ni les bains froids ni la quinine ne sont capables d'abaisser sensiblement la température, comme dans la fièvre typhoïde.

Enfin, si l'on conserve des doutes, il faudra examiner le sang. Mais le caractère hématologique qui permet de poser le diagnostic n'est pas, ainsi que vous pourriez le croire, la présence ou l'absence de la séroréaction agglutinative.

Si l'agglutination existe, il ne faut pas rejeter le diagnostic de pneumonie et conclure à une fièvre typhoïde, à moins qu'on n'ait la certitude que l'enfant n'a pas eu récemment de dothiénentérie, parce que, dans le jeune âge, la séroréaction typhique, qui apparaît tardivement, une fois apparue, persiste de longs mois avec une grande intensité. Si l'agglutination fait défaut, on ne peut pas écarter l'hypothèse d'une fièvre typhoïde, attendu que, chez les enfants, *cette réaction n'apparait que tardivement, après le quinzième jour*, et qu'elle est d'abord très faible; or, après la première semaine, s'il s'agit d'une pneumonie, la défervescence s'est déjà opérée et tous les doutes ont disparu.

Mais il existe un autre caractère hématologique, qui, dès le début, permet de distinguer la pneumonie de la fièvre typhoïde et qui est beaucoup plus facile à constater que l'agglutination. Ce signe différentiel a été indiqué par M. Hayem, et, d'après les recherches que M. Rosenthal vient d'exécuter, il paraît appelé à rendre de grands services en clinique infantile: c'est l'apparition d'un reticulum fibrineux très net dans le sang frais examiné au microscope, au moment de sa coagulation. A l'état normal, le réseau filamenteux qui se forme pendant la coagulation, est si ténu qu'il est presque invisible. Dans la pneumonie et dans la plupart des maladies du type phlegmasique, la quantité de fibrine augmente et alors apparaît, au moment de la coagulation, un reticulum à fibrilles nombreuses et épaisses. Dans la fièvre typhoïde ce reticulum ne se forme pas. Quand la préparation est faite, le moment où le sang se coagule varie un peu suivant les circonstances; parfois la coagulation est tardive; il sera utile d'attendre une demi-heure avant de se prononcer. Sauf le cas où une pneumonie coexiste avec la dothiénentérie, la recherche du reticulum fibrineux permettra ainsi de poser le diagnostic des deux affections. Chez le premier malade dont je vous ai relaté l'histoire, vous avez vu que le reticulum fibrineux a été constaté la veille du jour où les signes physiques sont apparus.

Lorsque la pneumonie survient chez un enfant enrhumé, au moment où se montre le souffle, on peut se demander si l'on n'est pas en présence d'une bronchopneumonie pseudo-lobaire. Je vous rappelle que, avant un an, la question ne

doit pas se poser : dans la première année, c'est toujours d'une bronchopneumonie qu'il s'agit. Mais elle se pose après un an et surtout après deux ans : elle est d'ailleurs facile à résoudre. La bronchopneumonie pseudo-lobaire, maladie souvent secondaire, ne débute pas brusquement; elle ne se constitue pas d'emblée, elle est précédée de l'apparition, aux deux bases, de râles muqueux à fines bulles qui indiquent la présence de foyers lobulaires disséminés; quand le souffle apparaît, il est d'abord unilatéral, et, du côté opposé, on perçoit tous les signes de la pneumonie catarrhale. Enfin, la marche de la température est tout à fait différente de celle qu'on observe dans la pneumonie; elle est irrégulière, avec de grandes oscillations et ne se termine presque jamais par défervescence brusque.

BULLETIN

L'enseignement moderne et la carrière médicale devant la commission de l'enseignement de la Chambre des députés français.

Au point de vue social, notre siècle se caractérise par la fusion des classes, et rien n'a plus contribué à ce résultat que les progrès de l'instruction. Mais l'instruction reconnaît plusieurs degrés, et, pour être admis à recevoir l'enseignement supérieur, il faut préalablement avoir suivi un système d'éducation (enseignement secondaire) que beaucoup de nos contemporains considèrent comme trop peu pratique et de trop longue durée. Les réclamations sont devenues si aiguës dans ces derniers temps que la Chambre des députés français a nommé une commission pour faire une enquête sur l'enseignement secondaire.

Cette enquête n'est pas une œuvre de parti, car la commission a appelé devant elle tous les hommes qui pouvaient l'aider de leur expérience à rechercher les causes du malaise signalé et dont la France n'est pas seule à souffrir. Partout, en effet, il se fait dans les idées sur l'éducation secondaire une évolution qui n'est que la suite de l'évolution économique et sociale de l'ancien monde. Comme le dit M. Ribot, dans son introduction générale de l'*Enquête*, « le nombre des familles qui cherchent à s'élever par l'instruction au-dessus du niveau commun s'accroît de plus en plus. La culture traditionnelle ne peut suffire à tous ces nouveaux venus. Il faut diversifier et assouplir de plus en plus les types d'instruction. En même temps que l'enseignement secondaire s'est étendu, les sciences ont pris un essor prodigieux. Les découvertes faites depuis un siècle ont changé la vie des peuples et ouvert des perspectives tout à fait inconnues. Des mondes nouveaux ont été explorés et conquis. Le développement rapide de pays éloignés est pour l'Europe un sujet de préoccupations.

» La concurrence qui surgit de toutes parts n'exige-t-elle pas une éducation plus appropriée à la lutte ? N'est-il pas nécessaire de développer les facultés de volonté et d'action, plus encore que d'affiner l'intelligence ? L'assimilation plus complète des connaissances positives et l'entrée plus rapide dans la vie ne sont-elles pas, de plus en plus, une des conditions du succès ?

» Dans les pays où le gouvernement tient les clés des professions libérales et des emplois publics, le régime auquel les examens et les concours soumettent la jeunesse n'a-t-il pas une influence déprimante ? La tendance à modeler les esprits d'après un type uniforme ne contribue-t-elle pas à leur enlever quelque chose de leur originalité et de leur initiative ? »

Il ne faudrait pas croire que la crise fût spéciale à la France. Ces questions sont agitées un peu partout, et il n'est pour ainsi dire pas de pays où l'enseignement moderne ne se pose comme le rival de l'enseignement classique. Mais sera-t-il jamais l'égal de l'enseignement classique? M. Ribot croit que « rien ne s'oppose à ce que des formes différentes de culture, qui correspondent à la diversité des esprits, puissent produire des résultats équivalents. Ce sont moins les matières de l'enseignement qui importent que la manière dont elles sont enseignées. Les programmes n'ont qu'une valeur secondaire. Ce qui est essentiel, ce n'est pas tel ou tel procédé de culture, mais la culture elle-même, pourvu qu'elle soit assez profonde pour atteindre les sources mêmes de la vie intellectuelle et morale.

» Pourquoi l'enseignement moderne n'ouvrirait-il pas, comme l'enseignement classique, les professions libérales, la médecine et le droit ? Nous ne concevons pas bien, pour notre part, qu'on élève à l'entrée de certaines professions des barrières artificielles. Il y a, en cette matière, des préjugés qui nous semblent un peu étroits. L'Allemagne les pousse plus loin que nous. Chez elle, toutes les fonctions sont, en quelque sorte, hiérarchisées, et, si l'on n'a pas passé tel examen de fin d'études, on ne peut pas entrer dans certaines carrières, pas plus qu'on ne peut entrer dans l'armée, sans remplir certaines conditions. Rien de semblable n'existe, au même degré, en Angleterre, et encore moins aux Etats-Unis. On n'a pas besoin, en Angleterre, d'avoir appris le grec pour être médecin (1), ni même pour être avocat. Aux Etats-Unis, toutes les carrières sont largement ouvertes. C'est à ceux qui veulent y entrer de s'armer pour la lutte, de se donner l'éducation la plus forte. S'ils ont du loisir et de l'aisance, ils n'y manquent pas. Le goût des études libérales s'y répand de plus en plus. La contrainte n'y est pour rien. Peut-être ne s'en trouve-t-on pas au fond plus mal que de notre régime de tutelle et de protection.

» Mais, sans rompre avec toutes nos habitudes, ne peut-on admettre qu'un candidat justifie, en dehors de la connaissance du grec et du latin, de ce degré de culture qui est nécessaire à l'exercice de certaines professions ? La difficulté vient de ce que, sous le nom d'enseignement moderne, s'abritent des enseignements qui n'ont presque rien de commun avec lui. C'est l'objection qui revient à toutes les pages de l'*Enquête*. Comment faire ici les distinctions qui sont indispensables ? Le baccalauréat actuel est-il un moyen de sélection suffisant ? Nous ne le pensons pas, mais on peut imaginer telle modification du baccalauréat qui rendrait la solution de cette question beaucoup moins difficile.

» Les défenseurs de l'enseignement classique ne peuvent d'ailleurs se faire aucune illusion. L'enseignement moderne a forcé les portes de l'Ecole polytechnique et de l'Ecole de Saint-Cyr. Il vient de pénétrer à l'Ecole navale. Comment peut-on s'imaginer que le droit et la médecine lui soient toujours fermés ? »

Telle est l'opinion du président de la commission, et la forme dans laquelle elle est exprimée montre clairement les préférences de M. Ribot, qui sont celles de la moitié environ des commissaires, puisque la commission ne s'est prononcée qu'à une voix de majorité contre l'admission des bacheliers de l'enseignement moderne dans les Facultés de médecine et de droit.

Ainsi donc, les langues anciennes continueront d'être exigées pour l'entrée à la Faculté de médecine et à la Faculté de droit, mais, comme les divers baccalauréats seraient, d'après les conclusions adoptées par la commission de l'enseignement, remplacés par un diplôme d'études secondaires supérieures (classiques ou modernes), les élèves à qui leur diplôme ne donnerait pas l'accès à telle ou telle Faculté pourront passer un examen complémentaire (2).

(1) Les exemples choisis par M. Ribot n'ont pas la valeur que celui-ci leur attribue : dans beaucoup de pays d'Europe (Allemagne, France, Suisse, etc.) les diplômes délivrés aux médecins anglais ne sont pas reconnus comme équivalents au diplôme d'Etat, et, pour les diplômes américains de médecin, on peut dire que nulle part en Europe ils ne sont admis à l'équivalence.

(2) La question de l'admission des *Realschulabiturienten* aux Facultés de médecine est venue le 13 janvier courant devant le Parlement allemand, où le secrétaire d'Etat, M. Posadowsky, a fait la déclaration suivante :

« Pour ma part et en ne tenant compte que de mes idées personnelles, je serais plutôt porté à résoudre la question par l'affirmative, tout comme pour la délivrance aux femmes du diplôme d'Etat de médecin. Je suis d'avis que parmi les médecins il s'en trouve fort peu actuellement qui lisent dans l'original les auteurs médicaux grecs et latins. C'est pourquoi je pense qu'on pourrait admettre les élèves des écoles réales (enseignement moderne) dans les Facultés de médecine, au besoin sous la condition qu'ils justifient d'une connaissance suffisante du latin. Mais, je le répète, c'est là une déclaration toute personnelle, et j'ignore quelle sera sur ce point l'opinion des Etats confédérés et notamment celle du gouvernement prussien. Toutefois, j'ai l'impression que la Prusse pourrait bien ne pas se montrer d'une intransigeance absolue. »

« Si ce système était établi, dit M. Ribot, on aurait moins d'appréhension à ouvrir les Facultés de médecine et de droit aux élèves de l'enseignement moderne. Il dépendrait des examinateurs de vérifier le degré de culture de chacun des candidats et de tenir le niveau plus ou moins élevé, suivant qu'on craindrait plus ou moins d'être débordé. On n'établirait pas *a priori* une équivalence entre le diplôme du baccalauréat classique et celui du baccalauréat moderne, ce que beaucoup de gens considèrent avec raison comme un saut dans les ténèbres. Mais tous les candidats, sans distinction d'origine, seraient admis à faire preuve d'une culture suffisante pour aborder l'enseignement supérieur. Ce ne serait plus l'égalité théorique de deux diplômes, mais l'équivalence *a posteriori* d'études faites sous des régimes différents. »

Dans un pays où le régime parlementaire règne en maître absolu, on peut s'attendre à ce que les pouvoirs publics suivent le mot d'ordre. Nous ne voyons pas, d'ailleurs, de moyens efficaces pour empêcher le nouveau flot d'étudiants d'avoir accès tôt ou tard dans les Ecoles de médecine; nous avons déjà signalé les conséquences fâcheuses qui résulteraient de cet état de choses pour le Corps médical de notre pays (Voir *Semaine Médicale*, 1899, Annexes, p. CXXX), et, toutes réserves faites à cet égard, il ne reste plus qu'à se résigner à subir ce que M. Ribot considère comme « la solution qui concilie le mieux tous les intérêts ».

MÉDECINE PRATIQUE

Le régime végétarien dans le diabète.

Depuis Bouchardat on considère l'alimentation carnée comme obligatoire pour les cas graves de diabète. Cependant, les inconvénients et les dangers de l'usage exclusif de la viande chez les diabétiques sont bien connus. On sait, en effet, que ce régime est parfois impuissant à diminuer la glycosurie et qu'en outre il est susceptible d'amener une intoxication acide de l'organisme en favorisant de la sorte la production du coma.

On défend l'usage alimentaire des hydrates de carbone aux diabétiques en se fondant généralement sur l'hypothèse que la glycosurie est sous la dépendance d'une assimilation défectueuse du sucre. Or, certains cliniciens admettent, au contraire, que dans le diabète il s'agit d'une élaboration exagérée du sucre. De ce nombre est M. le docteur R. Kolisch, privat-docent de médecine interne à la Faculté de médecine de Vienne, pour lequel la surproduction de glycose serait due à l'action irritante exercée sur les tissus de l'organisme par une nourriture riche en substances protéiques. Cette théorie donne une explication satisfaisante de certains phénomènes survenant au cours du diabète, tels que les variations spontanées du taux du sucre urinaire en l'absence de toute modification de l'alimentation, la disparition de la glycosurie peu de temps avant la mort et, enfin, le fait important que dans les cas graves de diabète, soumis au régime de Bouchardat, on ne parvient souvent à faire cesser ou à dimi-

nuer la glycosurie qu'en alimentant le malade d'une façon insuffisante, en le faisant jeûner.

Telles sont les raisons qui ont suggéré à M. Kolisch l'idée de recourir chez les diabétiques au régime végétarien, lequel paraît offrir, dans l'espèce, les avantages suivants : il est beaucoup moins irritant, moins toxique que l'alimentation carnée; il est riche en substances alcalines dont l'utilité pour les diabétiques est parfaitement établie; il permet d'éviter la suralimentation, tout en fournissant une quantité d'aliments suffisante pour apaiser la faim; enfin, il est beaucoup plus agréable aux patients que le régime carné exclusif.

Notre confrère n'a pas tardé à se convaincre que son opinion était tout à fait rationnelle et que, en instituant chez les diabétiques un régime végétarien dont les farineux et le sucre sont plus ou moins exclus et qui se compose essentiellement de légumes verts, d'œufs, de substances grasses, de cacao, de thé, de café, etc., on obtient une amélioration rapide de tous les symptômes. Cette amélioration se manifeste d'abord par la diminution de la quantité des urines, ce qui amène la disparition de la polydipsie et de la sécheresse de la peau. Ensuite, on voit la glycosurie s'amender à son tour, puis disparaître.

Voici, comme exemple, un menu visant les cas graves de diabète :

Le matin : café avec beaucoup de crème, édulcoré ou non au moyen de la saccharine; deux œufs durs, un peu de lard.

A midi : choux-fleurs au beurre, choucroute, salade avec de l'huile en excès, fromage et 3 ou 4 cuillerées à bouche de groseilles.

Au goûter : café à la crème.

A dîner : omelette aux champignons; asperges au beurre; fromage; quelques fruits, notamment noix, noisettes ou amandes.

Quand, sous l'influence de ce régime, la glycosurie et l'acétonurie ont disparu, on peut permettre l'usage du pain en petite quantité. Ce n'est que plus tard qu'on donnera de la viande ou du poisson, en surveillant attentivement les urines et sans que la quantité de ces aliments dépasse jamais 300 grammes par jour, alors même qu'il s'agit d'une forme légère de diabète.

En ce qui concerne le vin, M. Kolisch le considère comme superflu, sinon comme nuisible.

Enfin, notre confrère a coutume de prescrire aux diabétiques, pour tout traitement médicamenteux, 100 grammes de bicarbonate de soude par jour, jusqu'à ce que les urines présentent une réaction franchement alcaline.

L'expérience seule permettra de porter un jugement sur la valeur de ce régime, mais rien n'empêche d'en faire d'ores et déjà l'essai chez les diabétiques qui ne se trouvent pas améliorés sous l'influence de l'usage exclusif de la viande, et cela d'autant plus qu'il existe une analogie incontestable entre le mode d'alimentation préconisé par M. Kolisch et la diète lactée qui paraît convenir à certains diabétiques (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 57-58), le lait étant, comme les substances nutritives d'origine végétale, un aliment très peu irritant pour les tissus de l'organisme et qui peut être ingéré en grande quantité sans crainte de suralimentation.

La pseudo-cystite blennorrhagique.

On sait que dans les cas de blennorrhagie où il y a lieu de soupçonner l'existence d'une cystite, il est de règle d'établir le diagnostic de cette complication d'après le résultat qu'on obtient en faisant uriner le malade dans deux ou trois verres successivement. Lorsque le pus, au lieu d'être contenu seulement dans la première portion de l'urine, se trouve aussi dans le dernier ou les deux derniers verres, on en conclut qu'il provient de la cavité vésicale elle-même.

Cependant, comme M. le docteur M. Melchior, privatdocent à la Faculté de médecine de Copenhague, a pu s'en assurer, cette épreuve est loin d'être probante, car elle peut donner un résultat positif dans les cas de prostatite qui accompagne très souvent la blennorrhagie postérieure chronique, sans que la vessie participe en rien au processus morbide. En pareille occurrence on peut constater tous les symptômes cliniques de la cystite, tels que ténesme vésical à la fin de la miction, envies fréquentes d'uriner, et pyurie, celle-ci étant tout aussi marquée dans le dernier que dans le premier verre d'épreuve alors même que la miction s'effectue immédiatement après un lavage de l'urèthre. Or si, au lieu de faire uriner le malade, on introduit une sonde dans la vessie, on en retire une urine parfaitement limpide. On peut se convaincre de la sorte qu'il n'existe pas de cystite et que le pus contenu dans les dernières portions de l'urine excrétées par la miction naturelle provient de la prostate.

Bien que dans ces conditions le cathétérisme présente le moyen le plus sûr pour établir le diagnostic, il n'est pas toujours commode, notamment dans la pratique de ville, d'y avoir recours, de crainte d'infecter une vessie jusque-là intacte. Aussi est-il bon de savoir qu'il existe d'autres signes qui permettent de reconnaître la prostatite blennorrhagique simulant une cystite. Ces signes, sont, d'après M. Melchior, l'absence de douleurs à la pression exercée au-dessus de la symphyse pubienne (douleurs, en général, très accusées dans la cystite), l'augmentation de volume et la sensibilité douloureuse de la prostate au toucher rectal et, enfin, le fait que sous l'influence du massage de la glande prostatique à travers les parois du rectum on voit sourdre à l'orifice de l'urèthre une goutte de sécrétion purulente.

Il va de soi que ce diagnostic a une grande importance pour le traitement, les pseudo-cystites blennorrhagiques étant rebelles aux moyens qui visent la prétendue complication vésicale, et ne cédant qu'aux instillations profondes dans l'urèthre d'une solution de nitrate d'argent à 2 %, associées au massage de la prostate.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 janvier 1900.

Mécanisme du réflexe respiratoire et tractions rythmées de la langue.

M. Laborde. — Si, sur l'animal vivant, modérément anesthésié, on excite les troncs des nerfs laryngés supérieurs, on observe une agitation plus ou moins intense, avec efforts respiratoires plus ou moins incohérents, aboutissant — sous l'excitation continue — à un arrêt des phénomènes respiratoires et à l'asphyxie.

Au contraire, en excitant les nerfs laryngés supérieurs ou, ce qui est la même chose, le bout central des pneumogastriques chez un animal non plus en état d'activité fonctionnelle, mais placé expérimentalement en état d'asphyxie ou de mort apparente, on voit aussitôt s'effectuer le retour des mouvements respiratoires; en sorte que, dans cette condition nouvelle, l'intervention de l'excitant provoque et ramène l'activité fonctionnelle, au lieu d'en produire la suspension ou l'arrêt.

Il importe d'ajouter que l'action d'arrêt nécessite une excitation plus forte que celle qu'exige l'entretien de l'activité fonctionnelle, et qu'en outre la persistance et la continuité d'application de l'excitant sont plutôt favorables à l'action suspensive et d'arrêt, tandis que l'interruption et l'intermittence s'adaptent de préférence au maintien ou à l'augment de l'activité fonctionnelle.

Nous avons puisé précisément dans cette notion des effets différents ou contraires résultant de l'application continue ou intermittente de l'excitant une double application du procédé mécanique de la traction linguale, à savoir : la traction rythmée ou intermittente quand il s'agit du réveil et de l'entretien du réflexe respiratoire suspendu; la traction continue et maintenue lorsqu'il importe d'obtenir un arrêt fonctionnel, ou ce qui est tout un, un arrêt d'hyperactivité fonctionnelle anormale ou morbide (le spasme diaphragmatique qui constitue le hoquet, par exemple).

M. Pinard. — Lorsqu'un enfant naît en état de mort apparente, nous introduisons, comme tout le monde le sait, le tube de Chaussier dans le larynx, après avoir désobstrué les voies respiratoires, et nous pratiquons la respiration artificielle. Immédiatement, les battements du cœur augmentent de fréquence, puis — dans les cas heureux — on voit survenir des mouvements vermiculaires au niveau des attaches du diaphragme et finalement une première inspiration, bientôt suivie du rétablissement définitif de la respiration.

De ces constatations il est permis, je crois, de conclure — sans vouloir diminuer l'intérêt et la portée des expériences de M. Laborde — que c'est l'air seul qui intervient et qui agit sur le cœur d'abord, sur la respiration ensuite, pour ramener l'enfant à la vie.

M. Laborde. — Je suis loin de méconnaître l'efficacité des insufflations d'air dans la trachée chez les enfants en état de mort apparente; mais il n'en est pas moins vrai que, chez des sujets profondément asphyxiés, on a vu les tractions rythmées de la langue réussir là où avaient échoué les insufflations d'air. C'est pour cette raison, et aussi en m'appuyant sur mes recherches personnelles, que je me crois fondé à dire que le premier moyen est plus efficace que le second, outre qu'il est d'une application plus facile.

Je ne déconseille pas, cependant, les insufflations d'air et j'estime qu'on doit y avoir recours toutes les fois qu'elles peuvent être employées concurremment avec les tractions rythmées de la langue.

Traitement chirurgical des abcès du foie.

M. Lucas-Championnière. — J'ai observé récemment un homme de trente-deux ans, ancien soldat, qui, lorsqu'il habitait l'Algérie, il y a une dizaine d'années, fut pris de violentes douleurs à l'épigastre, accompagnées de vomissements et de fièvre. Ces accidents l'obligèrent à faire un séjour de trois mois à l'hôpital d'Oran.

Huit mois après il fut atteint d'une seconde crise, en tout semblable à la première mais compliquée d'ictère. Depuis cette époque, les accès se sont renouvelés un grand nombre de fois, à des intervalles toujours de plus en plus rapprochés, au point de déterminer un état de profonde cachexie. Sur ces entrefaites le malade entra dans le service de M. Musclier qui, ayant constaté l'existence d'un abcès du foie, pratiqua une ponction au niveau de ce viscère, laquelle donna issue à 500 grammes de pus rougeâtre, et il fit ensuite passer le malade dans mon service.

Après avoir réséqué les neuvième et dixième côtes en arrière, je ponctionnai puis incisai l'abcès d'où je retirai environ 2 litres de pus; la poche fut ensuite légèrement irriguée avec de l'eau oxygénée, deux drains y furent placés à demeure et la plaie refermée.

Actuellement cet homme est dans d'aussi bonnes conditions que possible et j'espère qu'il guérira, bien qu'il ait été opéré un peu tardivement.

Je rappellerai, à propos de cette opération, que la méthode de Little, à laquelle on donne généralement la préférence pour l'ouverture des abcès du foie, ne me paraît pas tout à fait exempte d'inconvénients. Elle permet, en particulier, au pus de pénétrer dans la cavité abdominale; or, quoique ce pus soit ordinairement stérile, il n'en constitue pas moins un excellent milieu de culture. Je crois donc qu'il y a un intérêt réel à en préserver le péritoine, ce qui peut être réalisé facilement en appliquant un ou deux points de suture sur l'orifice d'introduction de la canule qui a servi à reconnaître le siège de l'abcès.

Pour inciser le foie, je préfère le thermocautère au bistouri : l'opération demande, il est vrai, un peu plus de temps, mais la perte de sang est réduite au minimum.

Tumeur lacrymale congénitale.

M. Guéniot communique l'observation d'un nouveau-né qui présentait en venant au monde une tumeur grosse comme une noisette située

exactement au niveau du sac lacrymal de l'œil gauche. Une pression exercée sur cette tumeur en faisait sourdre une sérosité limpide.

Malgré des lavages à l'eau boriquée et l'introduction dans la narine gauche d'une mèche enduite de vaseline, la petite tumeur s'enflamma les jours suivants et se compliqua d'une ophtalmie purulente. On ajouta alors au traitement précédemment institué, des instillations dans l'œil malade d'un collyre au nitrate d'argent. Quelques jours après, les phénomènes inflammatoires s'amendèrent, la tumeur se vida spontanément et les larmes reprirent leur cours habituel. A l'heure actuelle, la tumeur a complètement disparu et les deux yeux offrent l'aspect normal.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 janvier 1900.

Automatisme des cellules nerveuses.

Mlle Pompilian. — Il résulte de recherches que nous avons instituées sur les mouvements automatiques des organes de la vie de relation que les cellules nerveuses, du fait même qu'elles vivent et qu'elles se nourrissent, dégagent constamment de l'énergie nerveuse, sans qu'il soit nécessaire pour cela qu'une excitation du dehors vienne ébranler leur équilibre chimique. En d'autres termes, l'activité nerveuse est *automatique*, et non pas réflexe. Cette activité varie d'intensité d'un moment à l'autre. Les centres nerveux supérieurs exercent normalement une influence inhibitrice sur les centres inférieurs : l'activité de ces derniers se manifeste nettement après la destruction des premiers.

Cela étant, des phénomènes pathologiques, tels que les tremblements et les convulsions, pourraient être attribués, d'une part, à une diminution du pouvoir inhibiteur exercé par les centres cérébraux sur les centres médullaires et, d'autre part, à une augmentation de l'activité de ces derniers centres.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 janvier 1900.

Traitement des kystes hydatiques du foie.

M. Potherat. — M. Delbet pense que, dans le traitement des kystes hydatiques non suppurés du foie, la méthode de la marsupialisation doit désormais céder entièrement le pas à la réduction après suture. Je crois qu'il y a là quelque exagération, car, en ce qui concerne surtout l'argument basé sur les dangers de la suppuration prolongée à la suite de la marsupialisation, ces dangers, réels avant l'introduction de l'asepsie, n'existent plus aujourd'hui que l'opération et les soins consécutifs sont effectués dans des conditions meilleures, qui assurent évidemment une guérison plus rapide. J'ai observé, pour ma part, des cas dans lesquels la marsupialisation a été suivie de guérison complète en trois ou quatre semaines. Je n'ai en aucune façon l'intention de contester l'excellence des résultats qu'a donnés le procédé de M. Delbet, mais j'ai tenu seulement à rapprocher de ces résultats ceux qu'on peut obtenir, dans les conditions actuelles, de la méthode courante de la marsupialisation.

M. Delbet a jugé très sévèrement les procédés de traitement par injection de liquides parasiticides ; tout en reconnaissant que la ponction est parfois dangereuse, j'estime qu'il est de très nombreux cas dans lesquels la tumeur est tellement nette que la ponction pourra être effectuée sans aucune crainte pour l'intestin, d'une façon tout à fait aseptique. Or, l'emploi de ces méthodes a été suivi bien souvent d'une guérison parfaite. En injectant dans un kyste une petite quantité de sublimé, on court seulement le risque d'avoir un insuccès thérapeutique, auquel cas on est toujours à temps de recourir à la laparotomie.

M. Bazy. — Dans un fait de kyste hydatique profond de la région lombaire, j'ai vu une injection de sublimé, pratiquée dans les meilleures conditions d'asepsie, être suivie d'infection. La seule objection qu'on puisse faire à la méthode de M. Delbet est donc relative à la possibilité de l'infection secondaire, dans le traitement des kystes hydatiques du foie, malgré les précautions d'asepsie les plus minutieuses.

M. Brun. — M. Bouglé a appliqué, chez un enfant, le procédé de M. Delbet à un cas dans lequel il existait deux cavités distinctes ; les suites opératoires furent très simples, en dehors d'un accident de suppuration au niveau de la plaie abdominale, dû à un fil superficiel. L'enfant a très bien guéri et a pu quitter l'hôpital trois semaines après l'intervention.

Angiome lymphatique.

M. Reynier. — Voici un enfant que j'ai opéré, il y a un an environ, pour un angiome lymphatique de la racine de la cuisse, constitué par un réseau de gros vaisseaux lymphatiques occupant tout le fascia cribriformis et le pannicule graisseux sous-cutané. L'examen histologique a confirmé complètement le diagnostic clinique. Il y a eu là très probablement une néoformation de vaisseaux lymphatiques, et c'est pour cela qu'on peut donner à cette production le nom d'angiome lymphatique ou lymphangiome.

M. Pierre Delbet. — J'ai le souvenir d'avoir communiqué à la Société, il y a sept à huit ans, une observation de lymphangiome simple du cuir chevelu. A côté de ces cas de lymphangiomes simples, il y a des faits de lymphangiomes caverneux dont la structure est tout à fait caractéristique.

Fracture de l'atlas avec luxation de l'axis.

M. Picqué fait un rapport sur une observation adressée par M. Billot (médecin militaire) et ayant trait à un homme de vingt et un ans qui, à la suite d'une chute d'une hauteur de 3 mètres 50, présenta une fracture de l'atlas avec luxation de l'axis, sans que ces lésions aient amené aucun accident grave.

M. Pierre Delbet dit avoir observé, il y a quelques années, un cas de fracture de la lame droite de l'axis, qui siégeait juste à l'union de cette lame et de l'apophyse articulaire. Il s'agissait, ainsi que dans l'observation de M. Billot, d'un fait rare.

M. Reynier lit un rapport sur deux cas de gangrène herniaire opérés par M. Buffet (d'Elbeuf), et traités avec succès, l'un par la résection et l'autre par l'établissement d'un anus contre nature.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 janvier 1900.

Sur deux cas de pleurésie typhoïdique.

M. Souques. — J'ai observé récemment, avec MM. Lesné et Ravaut, deux cas de pleurésie déterminée par le seul bacille d'Eberth. Ces pleurésies ont fait leur apparition pendant le premier septénaire de la fièvre typhoïde et ont été précédées de bronchite dans un cas et de bronchopneumonie dans l'autre. Chez les deux malades l'épanchement pleural contenait du sang, et chez l'un d'eux il est devenu purulent pour redevenir ensuite hémorrhagique avant de se résorber. La guérison a eu lieu dans les deux cas sans thoracentèse.

La recherche de la réaction agglutinante du liquide pleural est restée négative. Pour expliquer cette absence de réaction, on a incriminé la présence du bacille d'Eberth vivant dans l'exsudat. Cette hypothèse ne peut plus être admise depuis que M. Achard a constaté un pouvoir agglutinant très marqué dans deux cas de pleurésie typhoïdique (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 417-419) ; en somme, nous ne savons pas encore pourquoi le liquide des pleurésies éberthiennes agglutine dans certains cas et n'agglutine pas dans d'autres.

En terminant, je ferai remarquer que l'exsudat pleural était très toxique chez mes deux malades, puisque injecté dans le péritoine d'un cobaye il déterminait la mort de l'animal en vingt-quatre heures à la dose de 1/10 de centimètre cube.

M. Achard. — Il semble bien que dans les pleurésies typhoïdiques l'infection de la plèvre soit secondaire à celle du poumon, car, comme M. Souques, j'ai toujours vu des signes de congestion pulmonaire ou de bronchopneumonie précéder l'apparition de l'épanchement.

Accidents méningitiques et phlegmatia alba dolens au cours d'une tuberculose pulmonaire.

M. Ménétrier relate l'observation d'un malade qui fut atteint, au cours d'une tuberculose pulmonaire chronique, de phénomènes d'excitation bientôt suivis de coma avec céphalée, photophobie, inégalité pupillaire, etc. Ces accidents, qui s'accompagnaient de fièvre et témoignaient d'un envahissement des méninges par le bacille de Koch, persistèrent pendant quelques jours, puis disparurent brusquement à la suite de l'apparition d'une phlegmatia du membre inférieur gauche. Cette phlegmatia suivit une marche normale et se termina par résolution.

Pour expliquer dans ce cas la disparition des accidents méningés qui menaçaient d'emporter le patient, il faut admettre, d'après l'orateur, que la phlegmatia a joué le rôle d'une sorte d'abcès de fixation en concentrant tous les bacilles sur un point de l'économie.

M. Rendu croit devoir faire quelque réserve sur l'interprétation pathogénique proposée par M. Ménétrier. On n'est pas autorisé à affirmer parce qu'une phlegmatia éclate chez un tuberculeux que le bacille de Koch en est la cause ; on sait, en effet, que d'autres microbes pyogènes, notamment ceux des infections secondaires à la tuberculose, peuvent intervenir et en provoquer l'apparition.

De la fréquence de la tuberculose chez les immigrés à Paris.

M. Barbier fait connaître le résultat de recherches statistiques portant sur 431 malades qui se sont présentés à la consultation de l'hôpital, porteurs de lésions tuberculeuses. Sur ces 431 sujets, 300 étaient nés en province et 131 seulement à Paris, ce qui prouve que près des deux tiers des tuberculeux soignés dans les hôpitaux sont des immigrés. Dans 36 % des cas, c'est dans les six premiers mois de leur séjour à Paris que ces individus contractent la tuberculose. Un très petit nombre d'entre eux offrent des antécédents héréditaires, ce qui semble démontrer que la contagion seule doit être rendue responsable de leur contamination dans le milieu parisien ; il faut, toutefois, tenir compte que la puissance de la contagion est singulièrement accrue par les habitudes alcooliques d'un grand nombre de ces malades et par l'insuffisance de leur régime alimentaire.

M. Siredey fait remarquer que, d'après ses observations, ce sont les Bretons, les Auvergnats et les Savoyards qui contractent le plus facilement la tuberculose à Paris : l'insalubrité et le défaut d'aération des garnis dans lesquels viennent se loger ces provinciaux en arrivant à Paris paraissent être une des conditions qui favorisent le plus l'éclosion de la tuberculose.

Sur un cas d'hypopepsie guéri par le suc gastrique animal.

M. Launois communique l'observation d'un homme de quarante-neuf ans atteint depuis plusieurs années de troubles dyspeptiques qui avaient résisté à toutes les médications usuelles. Le suc gastrique de cet individu ne contenait pas trace d'acide chlorhydrique libre, ses urines étaient rares et très denses, et sa maigreur était squelettique. Cependant, l'exploration des viscères ne révélait l'existence d'aucune affection organique.

En présence de cette situation, le malade fut adressé à M. Frémont qui lui fit ingérer 500 grammes par jour de suc gastrique animal recueilli par le procédé qu'il a décrit, un peu de lait, quelques œufs et des poudres de légumes.

Ce régime amena une véritable transformation dans l'état du patient, si bien qu'au bout d'une quinzaine de jours il put revenir à l'alimentation commune, à la condition de l'additionner d'une certaine quantité de suc gastrique animal. Il semble résulter de ce fait que les produits de sécrétion des glandes jouent un rôle important dans les bons effets de la médication opothérapique.

M. Barth. — J'ai obtenu un succès analogue chez une jeune femme névropathe qui, étant enceinte de deux mois, fut prise d'accidents dyspeptiques rebelles. A la suite de l'administration du suc gastrique de chien, préparé par M. Frémont, cette jeune femme, qui ne digérait plus aucun aliment et maigrissait d'une façon

inquiétante, recouvra complètement la santé et accoucha à terme d'un enfant très bien constitué.

Accidents toxiques causés par un collyre au sulfate d'ésérine.

M. Roubinovitch. — J'ai vu survenir chez un vieillard de quatre-vingts ans atteint de glaucome chronique, traité depuis trois ans par des instillations d'un collyre au sulfate d'ésérine, un certain nombre d'accidents qui me parurent imputables à l'emploi de ce topique. Les recherches que j'ai faites ont, en effet, démontré que, chez ce sujet, l'instillation dans l'œil de 0 gr. 001 milligr. de sulfate d'ésérine était suivie d'élévation de la température rectale et d'augmentation du nombre des pulsations cardiaques, de l'apparition de convulsions, d'illusions visuelles et tactiles, de conceptions délirantes, etc. Tous ces accidents évoluaient en deux ou trois heures, et ne se produisaient pas les jours où l'on n'instillait pas d'ésérine dans les yeux; ils cessèrent complètement dès que le médicament fut supprimé.

Il est probable que l'action perturbatrice de l'ésérine sur la circulation cérébrale a été favorisée dans ce cas par l'artériosclérose; quoi qu'il en soit, il me paraît ressortir de ce fait que chez les vieillards on ne devra faire usage des collyres au sulfate d'ésérine qu'avec une grande prudence.

M. Ménétrier relate un cas de tétanos traumatique subaigu qui a guéri à la suite d'injections sous-cutanées de sérum antitoxique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 janvier 1900.

Reproduction expérimentale de la maladie de Raynaud.

M. Phisalix. — Le syndrome clinique découvert chez l'homme par Raynaud et désigné sous le nom de gangrène symétrique ou d'asphyxie locale des extrémités, n'a jamais été, que je sache, constaté ou reproduit expérimentalement chez les animaux. C'est pourquoi il m'a paru intéressant de vous montrer ce cobaye chez lequel le syndrome en question s'est manifesté consécutivement à l'expérience suivante : cet animal, fortement vacciné à l'égard de la septicémie des cobayes, a reçu dans le péritoine un sac de collodion plein de bouillon ensemencé avec le microbe virulent. Il a parfaitement résisté, mais peu à peu on a vu apparaître, d'une manière intermittente, des accidents nerveux qui se manifestaient surtout par un frissonnement général. Au bout d'environ un mois et demi, l'état s'aggrava, l'animal maigrit; on constata alors que les quatre pattes étaient tuméfiées, violacées et douloureuses à leurs extrémités; peu de temps après, des plaques gangreneuses noirâtres se montrèrent aux faces palmaire et plantaire des membres; à la base des doigts il y avait aussi de petites eschares, ainsi qu'à l'extrémité du fourreau de la verge. La peau du museau était un peu épaissie et violacée, mais sans eschare.

Voilà donc un cas typique de gangrène symétrique des extrémités se manifestant sous l'influence des toxines microbiennes dans des conditions que j'espère pouvoir réaliser de nouveau.

Causes des variations de durée de la période d'incubation dans les infections.

M. Paris. — J'ai observé, avec M. Charrin, une épidémie de dothiénentérie chez des femmes dont les unes ont accouché avant et les autres après l'apparition de la maladie. Le fait sur lequel nous voulons appeler l'attention, c'est le développement, chez les enfants nés deux à quatre jours avant toute manifestation morbide appréciable chez la mère, de troubles comparables, à l'intensité près, à ceux qui, sans avoir rien de spécifique, se sont montrés chez les nourrissons venus au monde après le début de la dothiénentérie maternelle.

Ces faits tendent à faire supposer que chez les mères atteintes de dothiénentérie la dose de toxine, incapable d'influencer d'une façon apparente les tissus adultes, a pu troubler le fonctionnement plus délicat d'un organisme en voie de formation.

Nous avons fait quelques expériences qui plaident dans le même sens que la clinique.

On prend le tracé calorimétrique de plusieurs lapins; on leur injecte $^1/_4$ de centimètre cube de toxine. Or, dès la onzième heure qui suit cette injection, les courbes présentent des oscillations jusque-là inconnues, nettement révélatrices, tandis que si l'on néglige ce renseignement, on ne commence à soupçonner le mal que vers le commencement de la seconde journée, c'est-à-dire trois fois plus tard.

Les lésions de la glande thyroïde dans l'intoxication phosphorée.

MM. Roger et **Garnier.** — Nous avons trouvé chez 7 lapins intoxiqués avec des doses variables d'huile phosphorée à 1 %, injectée sous la peau, des altérations de l'appareil thyroïdien, d'autant plus marquées que les accidents toxiques ont évolué plus rapidement.

Ces lésions consistent essentiellement en un arrêt de la sécrétion colloïde suivie de dégénérescence des cellules. Les glandules parathyroïdes que nous avons examinées nous ont toujours paru à peu près intactes.

De la destruction des larves de moustiques.

M. Laveran. — Depuis qu'on connaît le rôle joué par les moustiques dans la propagation de la malaria, on s'est préoccupé de divers côtés de détruire ces insectes, soit à l'état de larves, soit — ce qui est beaucoup plus difficile — à l'état parfait.

Le moyen qui jusqu'ici a donné les meilleurs résultats consiste à verser de l'huile ou du pétrole à la surface de l'eau contenant des larves de moustiques. Il est très employé en Amérique et mérite d'être vulgarisé, car j'ai pu m'assurer qu'il suffisait de 15 c.c. de pétrole pour tuer les larves qui se trouvent à la surface de 1 mètre carré d'eau. Au bout de vingt-quatre heures, il n'y a plus une seule larve vivante. Il résulte encore de mes expériences que c'est à l'introduction de gouttelettes d'huile ou de pétrole dans la trachée des larves qu'il faut attribuer leur mort. La saison la plus favorable à leur destruction est le printemps.

Utilité des tracés pneumographiques pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

M. G. Brouardel. — En prenant systématiquement le tracé de la respiration chez un très grand nombre de phtisiques, j'ai pu constater que ces tracés diffèrent de ceux des individus bien portants par la fusion des lignes d'expiration et de vacuité : la résultante suit d'abord l'ascension ordinaire, puis s'incurve doucement pour cesser brusquement et se continuer avec la ligne d'inspiration par un angle très net. La durée totale de la ligne ainsi fournie est de trois à quatre secondes, plus longue par conséquent que la somme des lignes d'expiration et de vide dans la respiration normale.

Les tracés respiratoires des tuberculeux sont comparables entre eux à toutes les périodes de l'affection; ils ne présentent que des différences d'amplitude et peuvent être utilisés pour le diagnostic précoce de la tuberculose, car aucune autre maladie n'en fournit de semblables.

M. Weiss communique le résultat d'expériences qui démontrent que, lorsqu'on fait varier la température d'un nerf, la vitesse de propagation de l'influx nerveux ne change pas, de sorte que cette propagation ne semble pas en rapport avec une modification chimique du nerf.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 17 janvier 1900.

Des maladies qui s'observent dans l'Afrique du Sud.

M. Kolle. — Le climat de l'Afrique du Sud, malgré les différences de température qui existent sur les hauts plateaux et dans les plaines, peut être considéré comme des plus sains. Il faut reconnaître, toutefois, que les agglomérations de cette contrée manquent d'eau et ne sont qu'insuffisamment pourvues des moyens de la distribuer. Telle est sans doute la cause de quelques-unes des maladies qui s'y rencontrent, en particulier la fièvre typhoïde, la dysenterie, etc. A propos de la malaria, je ferai remarquer qu'il existe plusieurs régions infestées de moustiques dans lesquelles le paludisme est presque inconnu.

La fièvre jaune, la peste et le choléra ont été importés plusieurs fois dans l'Afrique du Sud, sans jamais s'y acclimater. En revanche, le scorbut et la syphilis font de nombreuses victimes parmi les nègres. La tuberculose y est à peu près inconnue, mais la lèpre règne à l'état endémique; on compte environ 10,000 lépreux, et l'on dit que la propagation de la maladie se fait surtout par l'usage des draps de lit ayant servi aux malades.

La mortalité des nouveau-nés est très grande chez les noirs, probablement parce qu'ils sont élevés artificiellement; par contre, les Boers dont toutes les femmes allaitent leurs enfants voient chaque année leur population s'accroître.

Les épizooties ne sont pas rares dans l'Afrique méridionale et prennent souvent un très grand développement. On observe, en outre, assez fréquemment chez les bœufs des hématuries dues à des parasites, transmis par une espèce de tiques.

La « horse-sickness » dont la nature est encore inconnue frappe surtout les chevaux; mais la première atteinte de cette maladie les rend réfractaires pour toujours. La « tsé-tsé » fait aussi de grands ravages chez presque toutes les espèces animales; cette affection est due à l'inoculation d'un protozoaire par la mouche tsé-tsé.

Enfin la peste fait périr un nombre considérable de bœufs qui constituent, comme on le sait, une des richesses du pays. M. Koch a réussi à rendre ces animaux réfractaires en leur faisant des injections de bile provenant de bœufs pestiférés. Cette pratique étant trop onéreuse, j'ai proposé d'utiliser le sérum de ces animaux pour la vaccination. Actuellement il y a un million et demi de bœufs qui sont immunisés à l'égard de la peste.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 15 janvier 1900.

Anévrysme de l'aorte.

M. von Leyden montre un volumineux anévrysme de l'aorte qui a déterminé la mort par compression de la bronche gauche.

Au moment de l'admission à l'hôpital, le malade, âgé de trente-huit ans, ne présentait que de la raucité de la voix due à une paralysie de la corde vocale gauche. On ne constata aucun autre signe d'anévrysme, mais la radiographie décela, à gauche du sternum, l'existence d'une zone obscure qui permit de faire le diagnostic. Peu à peu il survint des hoquets rebelles, de la dyspnée expiratoire, de l'affaiblissement du murmure vésiculaire avec respiration sifflante à gauche et rétraction correspondante de la cage thoracique. Une cure de frictions mercurielles ne donna aucun résultat. L'orateur ne croit pas, du reste, que la syphilis joue un rôle dans la production des anévrysmes.

On essaya également sans succès des injections de gélatine.

M. A. Fränkel. — A propos de ce fait, je crois utile de rappeler qu'il existe un phénomène, connu sous le nom de signe d'Oliver, qui est d'ailleurs commun à toutes les tumeurs siégeant entre la crosse de l'aorte et la bronche, et qui consiste dans un abaissement du larynx, synchrone avec les pulsations de l'anévrysme.

La dyspnée expiratoire peut s'expliquer par la tuméfaction de la muqueuse bronchique au niveau de la compression; quant à la rétraction unilatérale du thorax, elle était ici probablement la conséquence d'une inflammation chronique indurative du poumon.

Contrairement à l'avis de M. von Leyden, je crois à l'origine syphilitique de beaucoup d'anévrysmes, car sans cela on ne pourrait guère expliquer la fréquence de cette maladie chez des sujets jeunes et appartenant au sexe masculin.

En ce qui concerne le traitement, j'ai soigné

6 malades atteints d'anévrysmes au moyen d'injections de gélatine et chez 2 d'entre eux le résultat a été excellent.

M. von Leyden fait remarquer que dans le cas présent le poumon était intact et que la rétraction du thorax se trouvait plutôt en rapport avec la dyspnée.

Hernie diaphragmatique.

M. Benda. — La pièce anatomique que je vous présente provient d'un enfant qui est mort à l'âge de huit ans. Il s'agit d'une hernie diaphragmatique restée méconnue pendant la vie. Les intestins, du reste sains, occupaient une grande partie de la cage thoracique gauche. Il n'y avait pas trace de péritonite.

M. Lippmann lit un travail dans lequel il montre que les récidives des maladies infectieuses peuvent s'expliquer par la pénétration dans le courant sanguin, sous l'influence d'une cause morale ou physique, de microbes déposés dans les tissus lors de la première atteinte.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 20 janvier 1900.

Hémolysines et antihémolysines.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Kraus** a relaté les résultats d'expériences tendant à confirmer les faits signalés par Ehrlich au sujet de l'action dissolvante que la toxine tétanique exerce sur les globules rouges. Cette dissolution n'a pas lieu avec toutes les espèces de sang. La propriété de dissoudre les hématies appartient aussi à d'autres toxines, en particulier à celles des vibrions cholériques et des microbes de la putréfaction. Si l'on mélange du sérum normal à de la toxine tétanique ou à d'autres toxines hématolytiques et qu'on additionne ce mélange de sang normal, on ne constate aucune altération des globules rouges; mais si l'on ajoute au sang la toxine d'abord et le sérum ensuite, la dissolution des hématies a lieu. Par contre, ce phénomène peut être évité lorsque le sérum est ajouté au sang avant la toxine.

Les différents microorganismes produisent donc des toxines qui détruisent les globules rouges, tandis que le sérum normal contient des substances pouvant paralyser cette action toxique.

De l'existence de fibres sensitives et vasomotrices dans le facial.

M. Biehl a présenté un sujet atteint d'une paralysie du facial gauche consécutive à une piqûre au niveau de la région auriculaire. Un an et demi après cet accident le malade accusa des douleurs dans la région de l'oreille gauche, une diminution de l'ouïe, du goût et de l'odorat du même côté, ainsi qu'une diminution de la sensibilité et du sens thermique au niveau de la joue gauche. En outre, pendant la mastication, cette région rougissait et devenait le siège d'une transpiration profuse.

Ce fait semble prouver qu'il existe dans le nerf facial des fibres sensitives et vasomotrices.

De l'épilepsie sénile.

Dans la séance du 17 janvier du CLUB MÉDICAL DE VIENNE, **M. E. Redlich** a dit avoir observé une douzaine de cas d'épilepsie sénile, c'est-à-dire survenus après l'âge de soixante ans. Parmi les affections qui sont susceptibles de donner lieu dans la vieillesse à des accès épileptiques, il faut mentionner, en première ligne, le diabète et les néphrites. Ces accès symptomatiques peuvent, d'ailleurs, toujours être distingués de l'épilepsie idiopathique.

Dans la véritable épilepsie sénile, l'hérédité ne joue pas un grand rôle; les facteurs étiologiques les plus importants sont l'alcoolisme, la syphilis, les traumatismes, etc. Mais c'est l'artériosclérose qui doit être le plus souvent incriminée; elle provoque des crises épileptiques en perturbant l'irrigation cérébrale, perturbation qui ne tarde pas à être suivie d'altérations cellulaires.

On a décrit aussi une épilepsie tardive d'origine cardiaque; toutefois, l'existence de cette variété d'épilepsie est loin d'être établie sur des bases solides. La fréquence de la démence dans l'épilepsie sénile n'est pas le fait de la névrose, mais celui de l'atrophie cérébrale coexistante. Quant au traitement de l'épilepsie sénile, il est le même que celui de l'épilepsie vulgaire.

M. Lauterbach a relaté l'observation d'un homme atteint de dextrocardie et d'une affection valvulaire du cœur, chez lequel on vit survenir à trente-sept ans un premier accès d'épilepsie suivi bientôt de plusieurs autres; ce malade ne présente plus de crises depuis qu'il prend du strophantus.

M. H. Schlesinger dit avoir pendant longtemps examiné tous les sujets atteints d'une maladie cardiaque pour savoir s'ils étaient épileptiques et réciproquement, sans avoir jamais pu constater l'existence d'une relation quelconque entre les deux affections.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

De l'action du sérum antidiphtérique sur la toxine de la diphtérie, par M. A. SÉLINOV.

Les avis sont encore partagés sur le mécanisme de l'action réciproque de la toxine et de l'antitoxine diphtériques. C'est ainsi que certains bactériologistes (Behring, Ehrlich) en font un phénomène de neutralisation chimique, tandis que d'autres (Buchner, Roux et Martin) estiment que le sérum antitoxique ne détruit pas le poison de la diphtérie, mais l'empêche seulement de manifester son action, en immunisant l'organisme.

Afin d'élucider cette question controversée, l'auteur a institué, sous l'inspiration de M. Ouskov, des recherches relatives à l'action exercée par la toxine et l'antitoxine diphtériques sur la cornée chez le chien.

Après avoir assuré l'asepsie du champ opératoire, M. Sélinov a pratiqué des injections intra-cornéennes de toxine et d'antitoxine diphtériques au moyen de seringues de Pravaz munies de fines canules. Pour cela, on traversait la cornée dans toute son épaisseur suivant un de ses rayons et, avant de retirer la canule, on en faisait sourdre une goutte de liquide. Le surlendemain on excisait la cornée et on la préparait pour l'examen microscopique.

L'étude des pièces ainsi obtenues a montré, en ce qui concerne les effets de la toxine diphtérique, que l'injection de cette substance dans l'épaisseur de la cornée provoque un processus inflammatoire intense avec destruction d'éléments cellulaires, décollement de la couche épithéliale et suppuration.

Quant au sérum antitoxique, il n'a pas déterminé d'autres altérations que quelques stries blanchâtres, dispersées le long de la piqûre et résultant de la présence à ce niveau d'un certain nombre de leucocytes.

Ayant précisé de la sorte l'action exercée sur la cornée par la toxine et l'antitoxine diphtériques injectées chacune à part, l'auteur s'est attaché ensuite à étudier les effets des injections intra-cornéennes de ces deux produits agissant plus ou moins simultanément.

Après avoir déposé dans l'épaisseur de la cornée une goutte de sérum antidiphtérique, on introduisait dix minutes plus tard de la toxine diphtérique par le même orifice de ponction. On procédait aussi dans un ordre inverse sur d'autres animaux auxquels on injectait d'abord de la toxine diphtérique, puis, dix minutes après, du sérum antitoxique. Dans les deux cas la cornée n'a présenté, au bout de deux jours, rien d'anormal à la simple inspection, sauf quelques stries opaques au niveau des piqûres; mais à l'examen microscopique on pouvait déceler, dans le premier cas, des lésions propres à la toxine et, dans le second, des altérations caractéristiques de l'action du sérum antidiphtérique. Ainsi donc, dans ces deux groupes d'expériences, c'est la substance injectée en dernier lieu qui a produit des lésions histologiques de la cornée.

Enfin, dans une dernière série de recherches, M. Sélinov a pratiqué des injections intra-cornéennes d'un mélange de toxine et d'antitoxine préparé préalablement *in vitro*. Lorsque ce mélange contenait une quantité suffisante d'antitoxine pour neutraliser complètement l'action de la toxine, on ne remarquait, au bout de deux jours, aucune lésion apparente de la cornée. Dans le cas contraire, on constatait un détachement partiel de l'épithélium cornéen. A l'examen microscopique, il existait, dans les deux cas, des altérations cornéennes qui, en certains points, relevaient de la toxine et dans d'autres étaient dues à l'antitoxine.

De ces faits M. Sélinov conclut que la toxine et l'antitoxine diphtériques, mises en contact l'une de l'autre, conservent leurs propriétés respectives et ne se neutralisent pas réciproquement alors même qu'on les mélange *in vitro*. (*Arch. des sciences biol. de Saint-Pétersbourg*, VII, 4.)

Métissage, dégénérescence et crime, par M. NIÑA-RODRIGUES.

Les caractères particuliers que présentent les peuples métis ont été invoqués tour à tour et par les partisans et par les adversaires du métissage, comme la preuve la plus complète et la plus certaine du bien fondé de leurs opinions contradictoires. Les grandes proportions qu'a prises dans l'Amérique latine le croisement des races envisagées en tant qu'espèces distinctes ont dès longtemps appelé l'attention sur le Brésil et les autres républiques sud-américaines et ont fait considérer les habitants de ces contrées comme des sujets particulièrement favorables pour la solution des questions multiples que soulève l'étude du métissage.

Cherchant à résoudre le problème par l'observation directe, M. Niña-Rodrigues s'est attaché à remplir deux conditions fondamentales, consistant, l'une à faire porter l'enquête sur des localités assez petites parce qu'il est plus aisé de faire dans ces conditions la part des différentes causes de dégénérescence et de décadence, la généralisation des résultats étant permise, si la population locale ne se distingue pas du type moyen de la région; l'autre, à compléter l'étude de la capacité sociale de la population par l'examen de sa capacité biologique étalonnée sur son histoire médicale. Le canton de Serrinha, dans l'Etat de Bahia, a paru à l'auteur devoir se prêter à une pareille étude.

La population (10,000 à 12,000 âmes) qui habite ce district est composée de métis d'origine et de nature variées. Le type prédominant, dit type *pardo*, réunit en proportions variables les trois races blanche, noire et jaune. Viennent ensuite des mulâtres plus ou moins foncés, de nombreux nègres, et, enfin, quelques blancs, qui sont plutôt des métis de retour à la race blanche.

Si l'on dresse le casier pathologique de cette petite population, en tenant compte des antécédents héréditaires (M. Niña-Rodrigues a pu remonter jusqu'à la sixième génération), on constate qu'il est excessivement chargé: la neurasthénie, l'épilepsie, les anomalies et monstruosités somatiques, la folie, les maladies organiques du système nerveux, notamment le tabès, bref toutes les affections traduisant un état de dégénérescence et de déchéance physique et mentale, y sont extrêmement répandues. Les conditions locales, climatériques, hygiéniques, sanitaires ou de consanguinité ne semblent pas jouer, à Serrinha, un rôle primordial dans l'étiologie de ces manifestations morbides. Aussi M. Niña-Rodrigues estime-t-il qu'il y a lieu de chercher les causes originelles de ces phénomènes dans le croisement des races d'où est sortie la population de la petite ville dont il s'agit. Le métissage des races blanche, noire et rouge donnerait un produit mal équilibré et de faible résistance physique et morale, ne pouvant s'adapter aux climats du Brésil ni aux conditions de lutte sociale des races supérieures. La dégénérescence des populations métisses constitue, d'ailleurs, un phénomène très complexe qu'on ne saurait réduire à des manifestations morbides fatales et irrémissibles. Essentiellement protéiforme, cette déchéance physique et psychique peut revêtir les modalités les plus diverses depuis les brillantes expressions du talent et de l'intelligence du dégénéré supérieur jusqu'au déséquilibre mental et les tares somatiques les plus complètes, en passant par une capacité sociale d'un type inférieur à la moyenne et dont les prédispositions morbides se manifesteront surtout dans les générations à venir. Mais, contrairement à une affir-

mation souvent reproduite, cet état de dégénérescence ne se traduit point par la stérilité des produits de croisement, du moins dans les régions centrales du Brésil, car la fécondité, même excessive, y est un fait constant et général.

A l'action débilitante qui résulte du métissage lui-même, il faut encore ajouter l'impossibilité que présente l'une des races intervenant dans le croisement à s'adapter à l'habitat où les produits métis sont appelés à vivre. Pour l'auteur, il n'est nullement démontré que, par une alliance avec une race indigène et acclimatée, la race blanche puisse acquérir la force de résistance qui lui fait défaut pour supporter les climats des tropiques. Au contraire, d'observations comparatives faites dans le nord et dans le sud du Brésil, l'auteur est amené à conclure que, sous les climats tropicaux, la race blanche, qu'elle reste pure de tout croisement ou qu'elle s'allie aux races autochtones, dégénère fatalement et finit par s'éteindre.

Quant à la criminalité des métis de Serrinha, elle est relativement très faible. Bien qu'en l'absence de statistiques il ne soit pas possible d'en faire une étude détaillée, on peut affirmer cependant qu'elle présente ce caractère de violence et d'impulsivité qui est propre à la plupart des races inférieures. (*Arch. d'anthropol. crimin.*, septembre 1899.) — F. M.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Les lésions cérébrales dans un cas de cécité acquise complète pour les couleurs, par MM. G. Mackay et J. Dunlop.

Le fait relaté par MM. Mackay et Dunlop paraît être le premier cas d'*achromatopsie complète avec autopsie*, les recherches bibliographiques de ces auteurs ayant montré qu'il n'existe dans la littérature médicale qu'une seule observation analogue, due à Verrey et dans laquelle il ne s'agissait toutefois que d'une *hémiachromatopsie* droite. Dans ce cas, on trouva à l'examen anatomique du cerveau un kyste hémorrhagique entre le plancher de la corne du ventricule latéral gauche et la face inférieure du lobe occipital. La tumeur était située dans la profondeur de la troisième circonvolution occipitale et avait détruit à peu près complètement la substance blanche de l'extrémité occipitale des lobules lingual et fusiforme, ainsi que celle de la partie postéro-inférieure du cuneus. Vers la base du cerveau le kyste se rapprochait de la face interne du lobe occipital, sans pénétrer cependant dans la couche corticale; la substance blanche était ramollie par places. De ces faits, Verrey a conclu que le centre du sens des couleurs siège à la portion la plus inférieure du lobe occipital, probablement dans la partie postérieure des circonvolutions linguale et fusiforme.

L'observation de MM. Mackay et Dunlop se rapporte à un homme, âgé de soixante-deux ans, qui fut atteint d'achromatopsie complète peu de temps après qu'on eût constaté chez lui tous les signes cliniques d'un cancer de l'estomac. L'examen décela une hémianopsie homonyme double, complète pour les couleurs et incomplète par rapport à la perception de la lumière et des objets, laquelle était bien conservée à la région de la tache jaune. Cinq mois environ après le début des troubles de la vision, survint brusquement une hémiplégie droite, et le malade succomba quelques jours plus tard.

A l'autopsie, le diagnostic de cancer de l'estomac se trouva confirmé. Le cerveau ne présentait au niveau des centres moteurs et des fibres motrices aucune lésion susceptible d'expliquer l'hémiplégie. Les nerfs optiques paraissaient sains, mais les deux lobes occipitaux étaient le siège de placards atrophiques. On notait une atrophie de la partie postérieure des deux circonvolutions temporo-occipitales: à droite, les tissus se trouvaient détruits sur une plus grande étendue, mais à gauche les lésions étaient plus profondes et avaient envahi le plancher du ventricule latéral, ainsi qu'une petite portion de la substance grise de la scissure calcarine. Des deux côtés, le bord inférieur de la couronne des fibres optiques était atteint.

En ce qui concerne la nature des lésions, il s'agissait d'une dégénérescence hyaline de la tunique adventice des vaisseaux, ayant entravé dans une grande mesure l'afflux du sang vers ces parties du cerveau, ce qui a donné lieu à une destruction complète des éléments histologiques des cellules aussi bien que des fibres nerveuses.

On voit donc que dans ce cas la perte complète du sens des couleurs se trouvait associée à des lésions des deux circonvolutions fusiformes, lésions à tel point délimitées et symétriques qu'on est autorisé à conclure que s'il existe vraiment un centre particulier pour la perception des couleurs, ce centre ne peut être situé que dans la substance grise desdites circonvolutions. (*Scottish Med. and Surg. Journ.*, décembre 1899.)

Le plissement de l'estomac contre la gastrectasie, par M. W. H. Horrocks.

L'auteur estime que dans les cas où la dilatation de l'estomac ne cède pas à un traitement médical, il faut pratiquer une incision exploratrice et chercher à remédier par cette voie à la cause de la gastrectasie. C'est ce qu'il fit chez une de ses malades dont il relate l'observation. Ayant procédé à une laparotomie médiane sus-ombilicale, il incisa transversalement l'estomac dans le voisinage du pylore, pour pouvoir explorer avec le doigt l'orifice pylorique. Après avoir constaté la présence d'un ulcère sur la paroi postérieure du viscère, et après s'être assuré que le pylore était perméable, il ferma l'ouverture stomacale au moyen d'une suture continue au catgut; puis, dans le but de relever la grande courbure, il plia la paroi antérieure de l'estomac sur elle-même, et la fixa dans cette position par un double rang de points de catgut.

Le succès de cette intervention ne fut pas durable; au bout d'un mois les troubles digestifs réapparurent et la dilatation se reproduisit. Pensant que cet insuccès était dû à ce que les sutures n'avaient pas tenu, M. Horrocks décida d'ouvrir une seconde fois l'abdomen. Au lieu de faire un pli parallèle à la petite courbure, il procéda à un plissement vertical et plaça six points de soie à travers les parois musculaire et séreuse de l'estomac. L'opération fut complétée par quelques sutures de Lembert.

Cette fois le résultat fut excellent, et quand la patiente quitta l'hôpital son poids avait augmenté de plus de 7 kilogrammes. (*Annals of Surgery*, septembre 1899.) — E. C.

Traitement médical de la péritonite tuberculeuse, par M. H. T. Byford.

L'auteur estime que si la laparotomie guérit parfois la péritonite tuberculeuse, ce n'est pas en raison de l'incision abdominale elle-même, mais à cause du traitement qui la précède et qui la suit. Aussi M. Byford recommande-t-il de soumettre les sujets atteints de péritonite tuberculeuse à une cure systématique durant plusieurs mois. On commence par leur administrer du calomel, puis dès que l'estomac s'y prête on remplace le protochlorure de mercure par des purgatifs salins. L'alimentation est purement liquide, jusqu'à disparition complète des symptômes subaigus; et à ce moment encore on ne permet de prendre, en fait de solides, que ceux qui laissent peu de résidus et ne donnent pas lieu à la production de gaz. Tant que l'abdomen est sensible et que la température s'élève le soir, les malades doivent garder le lit. Enfin, on prescrit du salol, du gaïacol ou de la créosote, ces produits étant indiqués en raison de leur action antiseptique et bactéricide.

Grâce à cette méthode, l'auteur a obtenu de bons résultats; il relate notamment l'observation d'une femme atteinte de péritonite tuberculeuse qu'il a réussi à guérir de la sorte sans opération. (*Annals of Surgery*, septembre 1899.) — E. C.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Comment il faut pratiquer le massage dans le rétrécissement spasmodique du pylore.

Dans les sténoses pyloriques dues à un spasme réflexe on a souvent recours, pour favoriser l'évacuation de la cavité gastrique, au massage abdominal qui, d'après M. le docteur Dubard, suppléant à l'Ecole de médecine de Dijon, rend, en effet, des services, mais à la condition d'être pratiqué d'une certaine façon. Au lieu de masser l'estomac, comme on a coutume de le faire, en immobilisant à l'aide de la main gauche le pylore pendant qu'avec la main droite on exerce des frictions et des pressions graduées le long de la grande courbure, notre confrère commence par un massage prolongé des intestins afin d'y réveiller des mouvements péristaltiques susceptibles d'effectuer, à la moindre sollicitation de la part de l'estomac, l'amorçage du siphon sous-pylorique. Ce résultat une fois obtenu, il suffit généralement d'une simple compression ou excitation de la région épigastrique pour déterminer le passage des masses alimentaires à travers le pylore. Si l'on procède inversement, en débutant par le massage de l'estomac, on obtient bien la disparition momentanée des bruits de clapotement, en raison de la contraction des parois stomacales autour du contenu de ce viscère, mais l'évacuation de la cavité gastrique n'a pas lieu, comme le montre la réapparition du clapotement peu de temps après la séance de massage.

Traitement de la gastralgie chez les anémiques.

Les sujets anémiques, surtout les femmes, accusent souvent des troubles gastriques avec vomissements et crises douloureuses, qui peuvent être liés ou non à un ulcère latent de l'estomac. En pareil cas et tant qu'on ne voit pas se produire d'hématémèses ou de melæna, indices certains de l'ulcération gastrique, M. le docteur R. Saundby, professeur de médecine au Mason College de Birmingham, a généralement recours au traitement suivant :

Le malade est mis au lit et reçoit pour toute nourriture, à des intervalles d'une heure, 30 grammes d'un mélange composé par parties égales de lait et d'eau de chaux. Si, comme cela a lieu le plus souvent, les vomissements et les douleurs ne tardent pas à disparaître, on augmente progressivement la quantité du mélange de lait et d'eau de chaux de façon à porter rapidement à 120 grammes la dose qui doit être ingérée d'heure en heure.

En même temps on prescrit la mixture ci-dessous formulée :

Sulfate de magnésie.......	24 grammes.
Sulfate de fer.............	1 gramme.
Acide sulfurique dilué....	10 grammes.
Hydrolat de menthe poivrée	265 —

Mêlez. — A prendre : deux cuillerées à bouche trois fois par jour.

Sous l'influence de ce traitement, les symptômes gastriques ne tarderaient pas à s'amender, de sorte qu'on pourrait bientôt introduire dans l'alimentation du malade une petite quantité de pain et de viande râpée, puis supprimer le lait et passer à l'usage des aliments solides et, enfin, permettre au patient de se lever.

En cas d'hématémèse ou de melæna on institue immédiatement dans toute sa rigueur le traitement de l'ulcère de l'estomac et on a tout d'abord recours à l'alimentation par la voie rectale. Cependant, d'après M. Saundby, les accidents de ce genre seraient rares, l'ulcère de l'estomac figurant parmi les causes de la gastralgie des anémiques beaucoup moins fréquemment qu'on n'est porté à l'admettre.

Les mouvements athétosiques des doigts, indice d'asphyxie chloroformique imminente.

D'après M. le docteur Koblanck (de Berlin), il existerait un signe certain d'imminence de danger dans la narcose chloroformique, signe auquel on n'a pas attaché jusqu'ici l'importance qu'il mérite. Ce sont des mouvements rythmés, semblables à ceux de l'athétose, se produisant dans les doigts, parfois aussi dans l'articulation radio-carpienne, à la période d'abolition complète des réflexes, et qu'on ne saurait par conséquent confondre avec les contractions musculaires du stade d'excitation.

Ce phénomène, qui peut s'accompagner de mouvements désordonnés des globes oculaires, se montrerait au moment où l'on ne remarque encore aucun trouble respiratoire ou cardiaque et indiquerait la nécessité de cesser immédiatement les inhalations de chloroforme. En effet, notre confrère a constaté que si l'on continue à donner l'anesthésique dans ces conditions, les signes de l'asphyxie ne tardent pas à apparaître. Par contre, il suffirait d'enlever le masque à inhalation pour voir les mouvements athétosiques se dissiper et alors, malgré la persistance d'une anesthésie profonde, on n'observerait que rarement des arrêts de la respiration ou une défaillance du pouls.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Laënnec. — M. Ernest Barié.

De l'endocardite maligne dans le rhumatisme articulaire aigu.

Dans la très grande majorité des cas, l'endocardite aiguë d'origine rhumatismale représente cliniquement le type le plus complet de l'endocardite aiguë, dite simple, ou encore, suivant la classification récente proposée par Hanot, de l'endocardite bénigne, infectieuse atténuée.

En effet, la maladie reste purement locale, et ses manifestations morbides se cantonnent exclusivement sur la séreuse interne du cœur sans aucun retentissement fâcheux sur l'ensemble de l'organisme, à l'encontre de ce qu'on observe dans les formes infectantes malignes, survenues primitivement chez les surmenés, ou secondairement dans les états infectieux et dans les pyohémies.

Lorsque l'endocardite, a dit Bouillaud, appartient « à la catégorie des cas légers ou des cas moyens.., on obtient une guérison assez prompte et assez facile et la mortalité est alors nulle (1) ». C'est également l'opinion du professeur Potain lorsqu'il déclare que « l'endocardite aiguë guérit le plus souvent (2) ». S'agit-il, au contraire, d'un cas plus sévère, les altérations, loin de rétrocéder, s'organisent peu à peu, passent à l'état chronique et forment des lésions valvulaires indélébiles, qui resteront silencieuses souvent pendant de longues années, laissant le sujet dans un état de santé apparente, mais s'acheminant d'une façon fatale vers l'asystolie ultime. Toutefois, même dans ces cas, qui constituent, à vrai dire, la grande majorité des cardiopathies valvulaires, si le pronostic est, pour ainsi dire, toujours funeste, la gravité de l'affection n'éclate pas d'emblée, et celle-ci laisse au malade une survie souvent fort longue, à peine troublée par quelques accidents passagers.

Cependant, si ce tableau répond à la plupart des faits d'endocardite rhumatismale, vous ne devrez pas oublier que celle ci, dans certaines conditions, peut revêtir de suite un caractère de la plus haute gravité, et qu'à l'endocardite rhumatismale simple ou bénigne il y a lieu d'opposer l'endocardite rhumatismale aiguë, à forme maligne. Cette forme clinique est sans doute — et heureusement — peu fréquente, mais on ne saurait pourtant la considérer comme très exceptionnelle. Pariset (1845), un des premiers, signala son existence; Trousseau, dans sa *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, a relevé nettement son apparition « dans le cours d'une affection rhumatismale aiguë ». Ogle a recueilli trois cas d'endocardite maligne dans le rhumatisme articulaire, Burkart (3), Bristowe (4) en ont publié d'autres exemples, et Ross (5) a relaté un cas observé chez une jeune fille de vingt-deux ans, et dans lequel la maladie évolua avec une rapidité extraordinaire, car la mort survint en l'espace de neuf jours; d'autres faits ont été vus par Stokes et par Latham. En France, des observations analogues ont été publiées par Fernet (6), par Raymond (7). Enfin, plus récemment, W. Osler (1) a recueilli 53 cas d'endocardite maligne reconnaissant pour cause le rhumatisme articulaire, et Litten (2), qui dès 1881 avait insisté sur ce sujet, y est revenu de nouveau dans ces derniers temps, et déclare en avoir rencontré 7 cas.

(1) Bouillaud. Traité clinique des maladies du cœur. 2e éd. T. II, p. 383. Paris, 1841.

(2) Potain. Clinique médicale de la Charité, p. 282. Paris, 1894.

(3) Burkart. Ein Fall von Pilzembolie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 mars 1874.)

(4) Bristowe. A case of ulcerative endocarditis after rheumatic fever. (*Med. Record*, 10 janv. 1880.)

(5) G. Ross. Remarks upon the case of ulcerative endocarditis of rheumatic origin; rapid septic form. (*Canada Med. and Surg. Journ.*, T. XI, p. 1.)

(6) Fernet. Manifestations articulaires peu accusées; fièvre intense; symptômes typhoïdes; mort; endocardite ulcéreuse. (*Bull. de la Soc. anat.*, juillet 1863.)

(7) Raymond. Rhumatisme subaigu; endocardite ulcéreuse. (*Bull. de la Soc. anat.*, 22 mai 1874.)

En examinant de près les observations publiées par ces différents auteurs, on ne tarde pas à s'apercevoir que la gravité tout exceptionnelle qu'a présentée la cardiopathie rhumatismale ne se rapporte point à un facteur unique.

1° Dans quelques cas, la mort qui survint hâtivement pendant les premières phases de la période aiguë doit être attribuée à certaines complications survenues rapidement du côté du cœur lui-même, et provoquées soit par l'endocardite aiguë préexistante, ou nées le plus souvent sous la même influence rhumatismale qui a engendré tout d'abord l'endocardite. Parmi ces complications, il faut relever la *péricardite* (Hanot, Lees) (3), la *myocardite*, laquelle, au dire de Poynton, cité par ce dernier auteur, se rencontrerait dans 23 % des cardiopathies rhumatismales graves observées chez l'enfant. Elle se traduit par des accidents d'asphyxie rapide, par le collapsus et la syncope. C'est à ces endocardites rhumatismales aiguës, qui se terminent ainsi d'une façon brusque, qu'il faut rapporter l'appellation d'endocardite à forme syncopale décrite par certains pathologistes. Enfin, il est d'autres cas dont les manifestations du début, après s'être montrées d'abord très bénignes, ont pris tout à coup un caractère grave et se sont terminées brusquement par *embolie* mortelle, assez souvent sur le territoire d'une artère cérébrale, entraînant un ramollissement cérébral aigu.

Dans quelques cas à marche extraordinairement précipitée, observés surtout chez l'enfant, l'endocardite aiguë initiale, restée latente, se complique rapidement de myocardite, et le processus se manifeste par des signes de dilatation aiguë du cœur, suivie d'accidents graves d'insuffisance cardiaque, qui aboutissent à la mort. Broadbent (4) explique de cette façon le cas d'un jeune garçon de quatorze ans, qui, à la suite de douleurs rhumatismales légères n'ayant duré que deux jours, présenta brusquement de la dilatation aiguë du cœur avec congestion hépatique, œdèmes périphériques et divers signes d'asystolie, et mourut très rapidement. Il est certain que dans des cas analogues le rôle prépondérant appartient à la myocardite, car Weillet, Bayon, puis Bouchot (5) ont établi nettement que la myocardite aiguë se montre, parfois chez l'enfant, dans les formes sévères du rhumatisme articulaire aigu, et peut être une cause de mort subite.

Lorsque la terminaison fâcheuse du rhumatisme infantile est imputable à une complication du côté du péricarde, la mort surviendrait, d'après Broadbent, par une sorte de parésie cardiaque d'origine nerveuse, analogue à celle de la paralysie intestinale qu'on rencontre dans la péritonite aiguë.

2° Dans d'autres circonstances, le patient, rhumatisant quelquefois de longue date, avait le cœur lésé antérieurement, et c'est au niveau même du foyer d'endocardite préexistante que se sont développées des lésions nouvelles de caractère septique. Ce qui caractérise surtout cette forme redoutable de la maladie, c'est, d'une part, le développement rapide et exagéré des éléments inflammatoires, ainsi que la prolifération extrême des agents pathogènes, et, d'autre part, la tendance à la nécrose, à l'ulcération, des nodosités végétantes, point de départ habituel d'embolies migratives infectantes qui vont se répandre dans tout l'organisme. Tels étaient, par exemple, les cas relatés par Bristowe, par Burkart, par Ross, etc., etc. Dans le fait publié par ce dernier auteur, on trouva à l'autopsie une ulcération considérable de l'orifice aortique; dans l'observation de Burkart, on releva des lésions ulcéreuses des valvules aortiques et d'une partie de la mitrale; les régions malades étaient recouvertes d'une masse crémeuse constituée par des bactéries sphériques; enfin, de nombreux foyers métastatiques de la rate, des reins, du cerveau, du myocarde lui-même renfermaient également des microorganismes.

(1) W. Osler. The Goulstonian lectures on malignant endocarditis. (*Lancet*, 7, 14 et 21 mars 1885.)

(2) Litten. De l'endocardite rhumatismale maligne. (*Semaine Médicale*, 1899, p. 221.)

(3) Lees. Rheumatic heart disease in children. (*Brit. Med. Journ.*, 15 oct. 1898.)

(4) Broadbent. Rheumatic affections of the heart in childhood and early adolescence. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai 1898.)

(5) Bouchot. Contribution à l'étude de la myocardite parenchymateuse aiguë de l'enfant. (*Thèse de Lyon*, 1897.)

3° Tous les faits ne sauraient cependant rentrer dans ces deux groupes cliniques, et Litten, pour les cas d'endocardite maligne rhumatismale qu'il a observés, n'invoque ni la myocardite, ni la péricardite, et a bien soin de remarquer, d'autre part, qu'il n'a rencontré ni embolies viscérales, ni foyers purulents métastatiques habituels aux formes ulcéro-nécrosantes de l'endocardite. Je vais vous résumer brièvement deux faits qui se rapprochent de très près de ceux que relate l'auteur allemand : dans les deux cas, on ne saurait incriminer l'influence d'une endocardite ancienne affectant subitement un caractère de malignité, sous l'incitation d'une poussée nouvelle greffée sur le foyer préexistant. En effet, chez aucun de ces patients on ne relevait dans les antécédents ni rhumatisme antérieur, ni aucune maladie infectieuse susceptibles d'avoir engendré une endocardite, et, de plus, à leur admission à l'hôpital, l'auscultation attentive du cœur dénotait l'intégrité absolue de ses bruits.

Dans le premier cas il s'agissait d'un marchand ambulant, âgé de quarante ans, que j'ai observé dans mon service de l'hôpital Tenon. Cet homme, qui n'avait jamais eu de maladie et n'était point alcoolique, s'exposa à la pluie une partie de la journée, et depuis huit jours il souffrait de douleurs articulaires assez vives, ayant débuté par les pieds, les deux articulations tibio-tarsiennes, pour s'étendre ensuite successivement aux jointures des membres inférieurs, puis supérieurs. La température était de 37°6 le soir, les urines normales; les poumons, le foie et les autres organes ne présentaient rien de particulier. L'auscultation du cœur ne décelait aucun bruit pathologique. En somme, on avait affaire à une première attaque de rhumatisme articulaire subaigu, survenue sous l'influence de la fatigue et du froid humide; il n'existait pas de blennorrhagie. Durant quatre jours, l'état du malade, traité par le repos, l'enveloppement ouaté et le salicylate de soude, resta à peu près stationnaire, lorsque le cinquième jour la température s'éleva à 38°5, en même temps que les douleurs devenaient plus vives et tendaient à se généraliser. De plus, le patient accusait un peu d'oppression qui ne s'expliquait pas par les signes d'auscultation des poumons, car on ne trouvait qu'une légère diminution de la sonorité et quelques râles muqueux, principalement à la base du côté gauche. La percussion méthodique de la région précordiale montra que le cœur n'était point augmenté de volume: la pointe battait dans le quatrième espace intercostal, mais à l'auscultation on notait que le premier bruit était assourdi, mal frappé. Le diagnostic d'endocardite aiguë rhumatismale au début étant posé, je prescrivis 5 grammes de salicylate de soude et l'application de ventouses scarifiées au niveau de la région précordiale.

Pendant les trois jours qui suivirent, aucun changement appréciable ne survint chez le malade, sauf la persistance d'une oppression assez accusée, surtout lorsque le patient faisait quelques mouvements ou voulait se retourner dans son lit.

Au cœur, le premier bruit était très assourdi, voilé, presque éteint.

Dans la matinée du huitième jour l'état du malade s'était subitement aggravé : il s'agitait dans son lit, se plaignait de souffrir partout; la percussion du cœur fit voir que la matité précordiale s'était sensiblement étendue; la pointe battait dans le cinquième espace intercostal; la fréquence des battements était quelque peu augmentée : on comptait 96 pulsations à la minute. Le pouls était un peu mou.

Dans la soirée cet état s'aggrava encore; la température monta à 40°. La nuit fut fort mauvaise, le malade était très agité, il délirait et perdait peu à peu connaissance. Au matin, le patient se trouvait dans un état comateux; il avait la face injectée et présentait un peu de cyanose des mains et des pieds; la dyspnée était vive, le malade respirait difficilement et par saccades. Il n'y avait pas d'albumine dans les urines; on notait quelques râles sous-crépitants aux deux bases.

Au cœur, les bruits étaient précipités, mais, au lieu du timbre voilé, éteint du premier bruit, on percevait nettement la présence d'un léger souffle systolique. Le thermomètre marquait 40°6. Des injections d'éther et de caféine furent pratiquées de suite, en même temps qu'on appliquait des ventouses en grand nombre et qu'on essayait de faire avaler au malade des gorgées de grog au rhum, le tout sans aucun résultat, et cet homme mourut avant midi, sans être sorti un instant de l'état comateux.

A l'autopsie nous trouvâmes de la congestion œdémateuse intense de la base des deux poumons, un foie muscade légèrement gras et très volumineux, car son poids était de 2,050 grammes. La *rate* était augmentée de volume, elle pesait 275 grammes, son tissu était mou, diffluent; les reins paraissaient normaux.

Les méninges cérébrales étaient congestionnées, le cervelet et le bulbe normaux; dans les ventricules latéraux on trouvait un peu de liquide fortement coloré en rose; il n'existait pas d'autres altérations du cerveau : une série de coupes méthodiques montra l'intégrité de son tissu.

Le *cœur* était très volumineux et pesait 430 grammes. Le péricarde renfermait une faible quantité de liquide légèrement rose. A simple vue on était frappé du développement qu'avait pris le ventricule gauche, et à la coupe on voyait que cette augmentation de volume était due à la *dilatation* de ce ventricule, dont les parois avaient conservé leur épaisseur habituelle, sans hypertrophie.

Le myocarde, un peu mou, surtout dans le domaine des ventricules se trouvait pâle, sensiblement décoloré. L'orifice mitral était élargi et permettait l'introduction facile de deux doigts.

La *valvule mitrale* paraissait très congestionnée sur sa face auriculaire; mais sur la face ventriculaire de sa grande valve, on releva la présence d'une *petite plaque saillante arrondie* d'une coloration plus claire que les parties voisines qui étaient d'un rouge sombre très accusé.

Cette petite plaque, dépolie, ne présentait *aucune trace d'ulcération.*

Les *sigmoïdes aortiques* semblaient moins souples qu'à l'état normal, mais restaient parfaitement suffisantes, à l'épreuve de l'eau.

Les artères coronaires étaient perméables, même quelque peu dilatées; à 2 centimètres au-dessus de l'origine de la coronaire antérieure, on trouva une petite nodosité ovalaire d'un blanc grisâtre, non ulcérée. Le cœur droit était normal.

Nous pouvons résumer en quelques mots l'histoire de ce malade, en disant qu'il s'agissait d'une première attaque de rhumatisme articulaire aigu, au cours de laquelle survint vers le cinquième jour une endocardite aiguë, révélée par l'auscultation, et qui prit très rapidement, en moins de trois jours, un caractère de malignité extrême, se traduisant par une température très élevée, de la dilatation aiguë du cœur avec tachycardie, du délire, du collapsus cardiaque, du coma et la mort. Ces graves accidents se succédèrent avec une rapidité extrême, en dépit de tous nos efforts et de la médication mise en œuvre, et le patient succomba huit jours après son admission à l'hôpital, la maladie ayant duré quinze jours à peine. A l'autopsie, nous trouvâmes une endocardite mitrale récente, de la dilatation aiguë du ventricule gauche avec altération du myocarde, puis des lésions consécutives à la cardiopathie : de la congestion œdémateuse des deux poumons, un foie cardiaque et une rate infectieuse, ramollie et augmentée de volume, etc.

Dans le second cas que je vais vous relater, les caractères de malignité ne furent pas moindres, et la marche fatale de la maladie, non moins rapide, mais le tableau clinique différait sensiblement, par certains côtés, de celui de notre premier fait.

Il s'agissait d'un journalier de vingt-six ans, d'aspect souffreteux, affaibli par les privations et la misère; questionné sur ses antécédents, il déclara simplement que dans son enfance il avait eu de la gourme pendant plusieurs années; il avoua avoir fait quelques excès alcooliques. Sa mère et deux sœurs étaient encore en vie, mais il ne les avait pas vues depuis plusieurs années; son père était rhumatisant. Le malade, qui avait travaillé pendant plusieurs jours, comme aide-maçon, dans une cave humide, y prit froid et souffrait d'un rhumatisme polyarticulaire aigu depuis environ six jours : les douleurs, d'abord localisées au genou et au pied gauche, s'étendirent rapidement au poignet et au genou droits, puis à l'épaule du même côté. Il n'existait pas de blennorrhagie. Les articulations étaient gonflées, rouges et douloureuses. La température atteignait 38°; les poumons et le foie étaient normaux; on ne notait rien de particulier dans les urines; le cœur avait son volume normal, la pointe battait dans le quatrième espace intercostal; les bruits étaient réguliers, mais assez faiblement frappés; on ne constatait pas de souffle. Le patient fut soumis au repos absolu et au salicylate de soude (4 gr.); de plus, on enveloppa les articulations d'ouate et de taffetas gommé.

Deux jours après son admission dans mon service, le malade, dont le rhumatisme était déjà moins douloureux, se plaignit de toux, et on perçut à la base gauche quelques râles sibilants. Le *cœur* ne présentait aucune modification de volume, les bruits étaient faibles, le premier surtout, qu'on entendait à peine. Le pouls battait 78 fois par minute. Il y eut une épistaxis abondante pendant la visite. La température était à 38°4. Le diagnostic d'endocardite aiguë rhumatismale fut posé; outre le salicylate de soude, je prescrivis une application de ventouses scarifiées sur la région précordiale, le régime lacté, et des pilules d'extrait de quinquina. Deux jours plus tard, le patient, qui dans l'intervalle avait eu une nouvelle épistaxis, fut pris vers le milieu de la journée de frissons qui se répétèrent à plusieurs reprises, accompagnés d'un malaise général et d'une oppression assez vive; la température était de 38°8. Dans la journée suivante, il y eut une nouvelle apparition de frissons à différents intervalles; l'état général paraissait mauvais : le malade éprouvait une anorexie complète, la langue était sèche, la soif vive; il existait un peu de diarrhée. Le thermomètre marquait 38°8. Les douleurs articulaires avaient quitté les genoux, mais les deux épaules et le poignet droit étaient le siège de douleurs vives et persistantes. On nota de l'insomnie nocturne, et pour la première fois on trouva un nuage d'albumine dans les urines.

L'auscultation du cœur ne révélait rien de nouveau : les bruits normaux semblaient voilés, éteints; à la pointe le bruit systolique était à peine appréciable.

L'état du patient s'aggrava encore le lendemain : nouvelle épistaxis abondante, diarrhée, sueurs profuses. La nuit se passa sans sommeil, il y eut quelques frissons passagers; au matin, la température était à 39°, et le soir de la même journée, elle monta à 39°4; le pouls était petit, à 108. Le malade, qui depuis deux jours avait pris chaque soir 32, puis 48 gouttes de teinture de digitale (soit 0 gr. 10, puis 0 gr. 15 centigr. de poudre de feuilles), abandonna ce médicament, et reçut dans le courant de la journée trois injections sous-cutanées de caféine de 0 gr. 25 centigr. chacune, et deux injections d'éther sulfurique. Des ventouses sèches furent appliquées matin et soir sur la poitrine, et l'on s'efforça de faire boire à cet homme du lait, du café, et une potion avec 80 grammes de rhum.

Cependant, en dépit du traitement, le patient s'affaiblissait de plus en plus; la langue était sèche et rôtie, l'adynamie extrême, la dyspnée vive, et l'on notait de nombreux râles aux deux bases des poumons. Les bruits du cœur étaient extrêmement faibles, quoique le bruit diastolique fût encore perceptible. Le facies était congestionné, les lèvres violacées. Bientôt le malade, depuis quelques jours à demi assis dans son lit, soutenu par des oreillers, resta plongé dans un état de somnolence permanente; mais réveillé, il répondait encore nettement aux questions qu'on lui posait; la dyspnée devint extrême, la face violacée, les jugulaires soulevées de battements d'une grande amplitude, et arythmiques. L'albuminurie persista, et la température était de 38°8 au matin.

Le malade s'éteignait peu à peu, par les progrès d'une asphyxie lente, et au commencement de la nuit, on le trouva mort dans son lit.

Je passe rapidement sur les détails secondaires de l'autopsie : les reins étaient de volume normal et fortement congestionnés; le foie pesait 1,860 grammes, il était mou à la coupe et laissait sourdre sous le couteau une grande quantité de sang noir, épais et poisseux; la rate était également molle et pesait 225 grammes. Aucun de ces organes ne présentait trace d'infarctus. On notait une injection très marquée de la pie-mère crânienne, mais il n'existait pas de lésion du cerveau, du cervelet ou du bulbe. Les deux poumons étaient extrêmement congestionnés; la base droite surtout formait une sorte de bloc d'un rouge noirâtre, qui gagnait le fond du vase; on constatait un léger degré d'emphysème à la partie supérieure et au bord antérieur; il n'existait pas de foyer d'apoplexie pulmonaire. Un peu de liquide louche se voyait à la partie inférieure du cul-de-sac pleural du côté droit.

Le cœur offrait un volume normal (270 grammes). Le péricarde était sain et renfermait une faible quantité de liquide citrin. A la coupe, on trouvait de gros caillots noirâtres, mous, non adhérents dans les oreillettes; le ventricule gauche paraissait normal; ses parois, d'un rouge vif, mesuraient 1 centim. 1/4 environ, mais ce qui attirait l'attention, c'était la valvule mitrale, dont les deux valves, et surtout la grande, semblaient très épaissies au niveau de leur bord libre. En ce point on trouva une sorte de mince bourrelet gris rosé, lisse, mou, sans consistance, remontant à peu près à 2 millimètres au-dessus du bord libre du voile membraneux. Il n'existait pas de nodosités végétantes, ni d'ulcération. Au-dessus de ce bourrelet, la valve présentait une coloration blanc jaunâtre; elle était, dans sa totalité, quelque peu moins souple qu'à l'état normal. Examinée à l'épreuve de l'eau, elle paraissait suffisante. L'orifice mitral n'était point élargi. Les valvules sigmoïdes de l'aorte se montraient souples et normales; enfin, le cœur droit n'offrait rien de particulier.

En résumé, nous relevons ici une endocardite aiguë survenue au cours d'une première attaque de rhumatisme articulaire chez un sujet de vingt-six ans, né d'un père rhumatisant, n'ayant jamais lui-même été malade, mais d'aspect souffreteux, et épuisé par des privations et par la misère. Au dixième jour de l'affection, sans qu'il se soit produit aucune complication locale des articulations, le patient éprouve des

frissons répétés, la fièvre s'allume, la respiration s'embarrasse, de nombreuses épistaxis surviennent, l'albumine apparaît dans les urines; en même temps on note que les bruits normaux du cœur, d'abord très assourdis, s'amortissent de plus en plus; ils sont éteints, voilés, et le premier bruit finit même par être très difficilement perceptible. Bientôt cet homme présente un état de dyspnée extrême, il est pris pendant plusieurs jours de frissons répétés, et il est couvert de sueurs profuses. La dyspnée est permanente, et la scène s'achève fatalement par les progrès d'une asphyxie croissante, le treizième jour après le début de la maladie.

L'interprétation de ces deux faits cliniques est délicate, mais il ressort de la comparaison des symptômes, de la marche de la maladie et de sa terminaison qu'une pathogénie unique ne peut être invoquée dans les deux cas. Pour le premier, le problème est plus simple : pendant les premiers jours le rhumatisme articulaire évolue d'abord sans incident, puis vers le cinquième jour, apparaît le premier signe clinique révélateur de l'endocardite aiguë : l'atténuation des bruits normaux du cœur, qui devient dans la suite de plus en plus caractéristique. Au huitième jour se montrent les signes habituels de la dilatation aiguë du cœur; à partir de ce moment les accidents se précipitent avec une rapidité extrême, et en quelques jours le malade succombe dans le collapsus; l'affection a duré, en tout, à peine deux semaines.

Il est de toute évidence que si l'endocardite aiguë rhumatismale a pris ici ce caractère de gravité extrême, si exceptionnelle, c'est qu'elle s'est compliquée en quelques jours de myocardite, de dilatation aiguë du cœur et finalement d'insuffisance cardiaque qui a causé la mort. L'autopsie justificative ne permet pas, à mon avis, d'autre interprétation, car elle montre la présence de l'endocardite valvulaire au début, la dilatation du ventricule gauche et l'altération du myocarde.

La pathogénie du second fait est plus difficile à élucider : ici on ne peut invoquer ni la dilatation du cœur ni l'insuffisance du myocarde, attendu que l'autopsie est muette à cet égard; seule l'existence de l'endocardite mitrale reste établie. Trois hypothèses peuvent être alors proposées. On peut se demander, en premier lieu, si nous avons eu affaire à un rhumatisme polyarticulaire aigu franc, tel qu'on l'entend en clinique, ou bien si nous nous sommes trouvé en présence d'un de ces *pseudo-rhumatismes infectieux* dont la ressemblance avec les arthrites rhumatismales vraies est parfois très étroite. Cependant, ces pseudo-rhumatismes surviennent, le plus souvent, soit au cours des maladies infectieuses, nettement caractérisées, telles que la scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde, la septicémie puerpérale, la blennorrhagie, etc., soit primitivement à la suite d'une infection totale de l'organisme de cause souvent obscure, mais, dans ce dernier cas, ils se distinguent, en général, du rhumatisme articulaire vrai par leur fixité dans une articulation, leur tendance aux raideurs consécutives aux ankyloses fibreuses, et, parfois, aussi à la suppuration. Le rôle étiologique du froid et en particulier du froid humide, très important dans le rhumatisme vrai, est ici absolument nul; de plus, le cœur, si fréquemment atteint dans les arthrites rhumatismales, est souvent respecté dans les arthropathies infectieuses, ou s'il est intéressé, c'est en raison de l'état général; enfin, il n'est pas jusqu'à l'action du salicylate de soude qui ne puisse également servir de caractère différentiel, car, nulle dans les pseudo-rhumatismes, elle exerce l'heureuse influence curative que l'on sait dans le rhumatisme vrai.

Je n'insisterai pas davantage et je vous ferai remarquer seulement que le malade en question a été frappé en pleine santé, sous l'influence du froid et de l'humidité, que son rhumatisme s'est généralisé, que le cœur a été sévèrement intéressé dès les premiers jours, et que le salicylate de soude l'a sensiblement soulagé.

Les deux autres hypothèses méritent davantage d'attirer l'attention.

La malignité extrême qu'a présentée tout à coup, dans ce cas, l'endocardite aiguë peut être rapportée soit à une véritable toxémie rhumatismale par hypertoxicité particulière des microbes pathogènes du rhumatisme ou de leurs toxines, soit à une infection secondaire se surajoutant brusquement à une endocardite, qui, dès le début, s'était annoncée comme étant de nature infectieuse bénigne ou tout au moins atténuée.

Nous manquons de données certaines pour discuter la première supposition, car, malgré les intéressantes recherches d'Achalme (1) sur le bacille anaérobie pathogène du rhumatisme que Thiroloix aurait trouvé également dans le sang des rhumatisants, la bactériologie du rhumatisme articulaire ne paraît point encore fixée d'une façon définitive, et nous sommes, par conséquent, incapables de mesurer le degré de toxicité de ces microorganismes ou des toxines qu'ils sécrètent.

La seconde hypothèse paraît plus plausible; en effet, pendant les trois premiers jours qui suivent l'apparition de l'endocardite, celle-ci ne se révèle que par l'auscultation; l'état général du sujet reste bon, et la maladie semble être confinée tout entière dans le rhumatisme des jointures. Puis la scène change brusquement et prend immédiatement un caractère de malignité qu'elle conservera jusqu'à la fin. La malignité s'accuse par de l'élévation thermique, des frissons répétés, des sueurs profuses, des hémorrhagies nasales à répétition, de l'albuminurie légère, et par un état adynamique profond. Ces accidents subits semblent bien devoir être rapportés à un élément nouveau de nature infectante, qui s'est tout à coup greffé sur l'endocarde malade et ayant servi de point d'appel; or, cet élément nouveau n'est autre chose en définitive qu'une infection survenue secondairement au rhumatisme, ou peut-être encore née en même temps que lui, et dont les manifestations étaient restées latentes jusqu'alors. Déterminer la nature intime de cette infection, sa porte d'entrée dans l'organisme et la morphologie de son microbe — pneumocoque, streptocoque, staphylocoque, colibacille, etc. — serait un problème intéressant mais souvent fort délicat à résoudre.

Dans le cas particulier la voie d'introduction de cette infection secondaire paraît impossible à préciser, aucune plaie cutanée ou des muqueuses n'ayant été notée.

Au point de vue clinique, le fait dont il s'agit offre encore certaines particularités qui ne manquent pas d'intérêt. Outre l'état adynamique et les accidents d'asphyxie qu'a présentés le malade, il faut relever deux phénomènes morbides qui ont dominé peut-être l'ensemble clinique, à savoir les frissons et les hémorrhagies répétés. Or, ce sont là des signes qu'on rencontrerait habituellement dans l'endocardite maligne rhumatismale, au dire de Litten. Le début de cette affection se manifesterait par de violents frissons, en général au moment où les arthropathies commencent à rétrocéder. On note l'apparition d'hémorrhagies fréquentes par différentes muqueuses et quelquefois même sous la peau; la rate est toujours augmentée de volume. On observe de la tachycardie, des palpitations, de la dyspnée, parfois très vives, d'autres fois moins accusées, et manifestes surtout à la suite des mouvements ou des émotions morales; la coïncidence de bruits péricardiques est fréquente, mais leurs caractères sont si peu tranchés qu'on les confond souvent avec ceux de l'endocardite. Enfin, le liquide extrait des articulations malades a toujours été limpide, quelquefois un peu louche, jamais purulent. L'affection suit une marche rapide, et la mort survient soit en raison de complications intercurrentes du côté de l'encéphale, soit par asphyxie. Le point capital de l'autopsie, c'est l'absence d'infarctus viscéraux et de foyers purulents, ce qui suffirait à faire distinguer cette endocardite aiguë maligne d'avec les formes végétantes ou ulcéreuses des endocardites infectantes graves, suivant le type clinique décrit autrefois par Senhouse Kirkes (1852), par Charcot et Vulpian (1862), etc., sous le nom d'endocardite ulcéreuse.

Les altérations de l'endocarde intéressent également l'appareil valvulaire du cœur gauche et du cœur droit; elles ne sont pas limitées exclusivement aux valvules, et Litten déclare qu'elles peuvent porter sur la face interne des ventricules.

Ce caractère semble n'avoir rien de spécial à l'endocardite aiguë maligne du rhumatisme, car la localisation pariétale des lésions a été notée quelquefois dans l'endocardite simple et aussi dans l'endocardite infectante, par Herzfelder (1860), par Mackenzie (1861), par Lépine (1869), etc.

Litten ne s'arrête que fort peu sur la pathogénie de l'affection; il s'attache surtout à montrer que cette endocardite maligne est toute différente de ce qu'il appelle l'endocardite septique, qui correspond à notre type clinique de l'endocardite infectante grave (ou endocardite ulcéreuse des classiques d'autrefois); jamais la première ne pourrait se transformer en endocardite infectante, attendu que les deux affections relèvent d'un microbe différent; toutefois, l'endocardite maligne pourrait coexister chez le même individu avec l'endocardite septique.

L'analyse étroite des faits précités nous permet, j'ose le dire, d'être plus précis, et nous pourrions, pour résumer la question, formuler les conclusions suivantes :

L'endocardite aiguë, qui, suivant les lois de Bouillaud, complique si fréquemment le rhumatisme polyarticulaire aigu et évolue le plus souvent à la manière d'une endocardite simple, bénigne, peut, dans certaines circonstances, revêtir des caractères de gravité toute particulière, reconnaissant plusieurs facteurs. Dans quelques cas, elle est causée par une dilatation aiguë du cœur avec insuffisance du myocarde survenant dans le décours de l'endocardite; dans d'autres, le caractère de malignité qu'affecte rapidement la cardiopathie est déterminé soit par une véritable toxémie rhumatismale due à l'hypertoxicité des microbes pathogènes ou de leurs toxines, soit par des infections secondaires venant se greffer sur l'endocardite initiale.

Un autre élément fort important, dont il faut tenir grand compte dans la pathogénie de l'affection, est celui de la question de terrain. En effet, ni la toxémie rhumatismale ni les infections secondaires n'auront de prise réelle sur le patient si le terrain n'est point favorable ou préparé par des conditions individuelles de moindre résistance. Nous en avons eu la preuve évidente dans deux cas récents que nous avons observés ici. Dans la même semaine, presque le même jour, le hasard de la clinique amenait dans notre service deux sujets atteints de rhumatisme polyarticulaire aigu tellement sévère que, dans l'espace d'environ trois semaines, vous avez pu voir se succéder chez eux la plupart des complications qu'on rencontre dans les formes les plus graves du rhumatisme : état fébrile très accusé, angine, endocardite aiguë avec assourdissement d'abord, puis disparition presque totale des bruits normaux, péricardite intense, congestion pulmonaire et pleurésie, auxquelles il faut ajouter pour l'un de ces malades, de l'albuminurie. Cependant, malgré ces multiples et redoutables complications, bien propres à faire craindre une véritable toxémie rhumatismale, ces deux individus guérirent et allèrent achever leur convalescence à l'asile de Vincennes. Au contraire, chez les deux malades dont je vous ai relaté tout à l'heure l'histoire clinique, le rhumatisme articulaire semblait d'abord de moyenne intensité, et pourtant l'en-

(1) ACHALME. Recherches sur l'anatomie pathologique de l'endocardite rhumatismale. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. patholog.*, mai 1898.)

docardite a pris rapidement les caractères de gravité que je vous ai indiqués. C'est que le premier patient avait quelques habitudes alcooliques, et que le second surtout, d'aspect souffreteux, était débilité depuis longtemps par la misère et les privations de toute sorte. Ce sont là, sans doute, les causes qui ont donné à leur cardiopathie rhumatismale le caractère de gravité si exceptionnelle qu'elle a présenté, et c'est en raison de cette exception même que ces faits méritaient d'être étudiés avec quelque soin.

MÉDECINE PRATIQUE

De quelques troubles peu connus résultant d'une alimentation vicieuse chez les enfants.

Si, pour le nourrisson, le lait constitue un aliment idéal et complet, il n'en est plus de même aux périodes ultérieures de la vie infantile. On peut dire en général que, vers le dixième mois, il est bon de commencer à donner au nourrisson, s'il est bien portant, une fois par jour un repas dans lequel le lait ne figure plus comme aliment unique. Ensuite, on diminuera progressivement la quantité de lait jusqu'à la fin de la deuxième année, époque de l'*ablactation* (Marfan), car, à partir de cette période, l'enfant a besoin, comme l'adulte, d'une alimentation mixte qui seule est susceptible d'assurer une santé parfaite. Or, il n'est pas rare de voir les parents faire infraction à cette règle fondamentale en soumettant leurs enfants à des régimes particuliers qui consistent dans l'usage sinon exclusif du moins prépondérant de telle ou telle substance alimentaire.

M. le docteur A. Czerny, professeur extraordinaire de pédiatrie à la Faculté de médecine de Breslau, a été à même d'étudier les divers troubles morbides engendrés pas ces régimes qui comportent surtout l'abus du lait, de la viande ou des œufs.

Le lait, lorsqu'il est ingéré à la quantité d'un litre ou plus par jour, produit souvent, chez les enfants au-dessus de deux ans, une constipation opiniâtre, accompagnée parfois d'hémorrhoïdes et de fissures anales, qui résiste à tous les purgatifs imaginables mais qui ne tarde pas à se dissiper dès qu'on supprime ou qu'on diminue considérablement l'alimentation lactée. Il s'ensuit que le praticien, toutes les fois qu'il est consulté au sujet d'une constipation chronique chez un enfant, et avant d'instituer un traitement médicamenteux, ne doit pas oublier de s'enquérir s'il n'a pas affaire, dans l'espèce, à une des conséquences de l'usage abusif du lait.

On voit aussi des enfants qui absorbent beaucoup de lait devenir franchement anémiques, et cette anémie disparaître rapidement sous l'influence d'une nourriture mixte, riche en substances végétales.

En ce qui concerne l'usage abusif de la viande, il prédispose les enfants aux maladies cutanées, notamment à l'eczéma prurigineux et aux folliculites à répétition ; il est fréquemment cause d'un sommeil agité, entrecoupé de rêves ; il provoque, en outre, l'élimination d'urines très chargées en sédiments, riches en acide urique, et, chez les petites filles, des vulvo-vaginites rebelles, qui ne disparaissent que sous l'influence d'une alimentation mixte dans laquelle les légumes et les farineux figurent pour une large part.

L'ingestion excessive d'œufs détermine souvent, chez les enfants, une diarrhée chronique ou à répétition avec selles muqueuses. Ces troubles digestifs cèdent également à un régime diététique rationnel.

Mais ce n'est pas seulement l'abus de certains aliments qui donne lieu à diverses manifestations morbides chez les enfants. La suralimentation elle-même est également susceptible d'amener, en dehors des troubles digestifs passagers et de la prédisposition à des anomalies constitutionnelles, un état morbide spécial qui ne paraît pas avoir encore été signalé et que M. Czerny a eu l'occasion d'observer dans les familles riches.

Il s'agit d'enfants, âgés de deux à trois ans et plus ou moins obèses, offrant un teint jaune particulier qui inspire des craintes aux parents. A l'examen de ces petits patients, il est facile de constater que leur teint n'est nullement d'origine ictérique. En effet, les selles sont bien colorées, les urines ne contiennent pas de pigments biliaires et le foie ne présente rien d'anormal. La rate est parfois augmentée de volume, malgré l'absence de tout antécédent malarique. La coloration jaune de la face se produit insidieusement; arrivée à son maximum, elle reste invariable et s'éternise jusqu'à ce qu'un régime alimentaire approprié la fasse rapidement disparaître.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 janvier 1900.

De l'apparition récente de la chique ou puce pénétrante dans la région nord-ouest de Madagascar.

M. Blanchard lit, à l'occasion de deux notes adressées à l'Académie, l'une par M. Clair (médecin sanitaire maritime), l'autre par M. Joly (médecin de la mission hydrographique de Madagascar), un rapport que nous résumons ainsi:

Suivant M. Clair, il y a neuf à dix mois que la chique est apparue sur la côte ouest de Madagascar. Son apparition a coïncidé avec l'arrivée des tirailleurs sénégalais et aoussas; grâce à la nature sablonneuse de la côte, elle s'est propagée dans toute l'île avec une extrême rapidité et semble s'y être définitivement établie.

Les accidents dus à la pénétration de la chique au niveau du pied revêtent souvent une certaine gravité. L'abcès qui se forme est généralement bénin, mais M. Clair a vu la petite plaie s'enflammer; il a constaté aussi des lymphangites, des abcès superficiels ou profonds accompagnés de violentes douleurs qui rendaient la marche impossible.

Le travail de M. Joly relate des observations identiques aux précédentes. Apportée par des Sénégalais dans le cercle d'Analalova vers le mois de juin 1899, la chique a envahi tout le nord de l'île, y compris Nossi-Bé.

Les indigènes qui ne connaissent pas encore ce parasite et ne savent pas l'extirper, en souffrent beaucoup, soit qu'ils le laissent évoluer et former des abcès, soit qu'ils s'écorchent les pieds avec leurs couteaux ou quelque instrument malpropre. Plusieurs cas de suppuration ou de gangrène ont nécessité des interventions chirurgicales : on a dû parfois amputer des orteils.

De l'écriture en miroir.

M. Laveran lit, au nom de M. Marinesco (de Bucharest), une note relative à un malade qui présentait à un degré très marqué le phénomène de l'écriture en miroir. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans, d'origine sémite et ayant des antécédents héréditaires névropathiques très accusés, qui était atteint de troubles psychiques et d'un tremblement très accusé des mains.

Ayant fait écrire le patient pour examiner son écriture, M. Marinesco constata qu'il traçait les caractères en sens inverse de la normale. L'écriture avait le même caractère quand le malade écrivait sous dictée ou lorsqu'il copiait; les chiffres étaient tracés dans le même sens que les lettres, c'est-à-dire en *miroir*.

M. Marinesco ajoute que, comme d'autres auteurs, il a observé l'écriture en miroir chez des individus atteints d'hémiplégie droite avec ou sans aphasie, dans deux cas de crampe des écrivains et chez quelques sujets normaux lorsqu'on les priait d'écrire de la main gauche.

Chez le malade dont l'observation est relatée plus haut, M. Marinesco pense que l'écriture en miroir est la conséquence d'une perturbation de la vision mentale, associée à une déviation constante dans la direction des mouvements nécessaires à l'écriture.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 janvier 1900.

Adénite précæcale d'origine probablement tuberculeuse.

M. Gérard-Marchant. — J'ai eu 3 fois l'occasion d'observer une adénite précæcale, indépendante de l'appendicite, et qui m'a paru être de nature tuberculeuse. Dans un premier cas, on percevait, dans la fosse iliaque droite, une tumeur du volume d'une grosse noix, chez une jeune fille qui avait présenté à deux reprises des signes d'appendicite. En l'opérant je trouvai, à ma grande surprise, un appendice absolument sain, mais il y avait, en avant du cæcum, deux ganglions volumineux, dont l'un paraissait suppuré. L'examen histologique a confirmé l'état d'intégrité de l'appendice; quant aux ganglions, ils offraient un aspect caséeux des plus nets; toutefois, la démonstration de leur nature tuberculeuse n'a pas été faite. Une autre malade, âgée de vingt-huit ans, accusait depuis cinq à six ans des douleurs répétées dans la fosse iliaque; je l'opérai, croyant trouver une appendicite; là encore, l'appendice était normal, et il existait en revanche un ganglion ramolli, gros comme une noix, adhérent à la face antérieure du cæcum. J'ajoute que cette femme, comme la malade précédente, était de souche tuberculeuse. Enfin, dans un troisième cas, chez une enfant de douze ans, j'ai observé une adénite de même siège et qui m'a paru également être de nature tuberculeuse.

M. Jalaguier. — Je n'ai rencontré qu'une seule fois le ganglion précæcal, qui est situé au niveau de l'angle iléo-cæcal; je croyais avoir affaire à de l'adénite tuberculeuse, et la tuberculose n'a pas été constatée.

Je me demande s'il ne s'agit pas, dans les cas de ce genre, malgré l'aspect sain en apparence de l'appendice, d'un résidu d'appendicite localisé au niveau des lymphatiques et du ganglion de l'angle iléo-cæcal. Les lésions de l'appendicite sont, en effet, parfois très fugaces, et souvent, en opérant, on trouve un appendice qui ne paraît pas malade.

M. Quénu. — Je crois qu'on peut désigner sous le nom de *para-appendicites* tout un groupe d'inflammations développées autour de la portion terminale de l'iléon ou du cæcum, et comprenant les adénites dont M. Gérard-Marchant vient de parler, et dont j'ai observé quelques exemples. Chez un malade de dix-sept ans, auprès duquel je fus appelé il y a quelques semaines, une douleur subite dans la fosse iliaque droite et des phénomènes de péritonite grave étaient apparus brusquement, à la suite d'une grippe banale. Je posai le diagnostic d'appendicite et j'intervins le soir même; l'appendice était très légèrement congestionné, mais la surface du cæcum et de la portion terminale de l'iléon était recouverte d'exsudats pseudo-membraneux, dans lesquels on a trouvé des streptocoques et des colibacilles. L'examen histologique de l'appendice a été fait très soigneusement dans mon laboratoire et l'on n'y a pas décelé la moindre trace de lésions.

M. Guinard et M. Bazy ont relaté deux cas de typhlite ulcérative indépendante de lésions appendiculaires, qui peuvent être rapprochés du fait observé par moi et dans lesquels on avait noté les symptômes d'une appendicite ordinaire.

Du diagnostic des fractures au moyen de la radiographie.

M. Loison (médecin militaire). — J'ai eu l'occasion d'étudier les résultats que donne la radiographie pour le diagnostic de certaines fractures et en particulier pour le diagnostic des fractures des métatarsiens. Je crois que, en multipliant les clichés, dans différents sens, on finit toujours par déceler l'existence d'une fracture.

M. Maunoury (de Chartres). — J'ai pu me convaincre, pour ma part, qu'il y a des fractures, accompagnées d'une mobilité incontestable des fragments, qui ne permettent pas de constater, à l'examen radiographique, de solution de continuité. C'est seulement quand le cal apparaît que la radiographie donne, en pareille occurrence, un résultat positif.

M. Tuffier. — Comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire dans une séance précédente, la radiographie peut dans certains cas fournir des

résultats trompeurs, mais, en variant la position de l'écran, on arrive le plus souvent à se rendre un compte exact des lésions.

M. Chauvel fait un rapport sur une observation de M. Dubujadoux (médecin militaire), relative à un cas de phlegmon diffus traité avec succès par des injections périphériques d'eau oxygénée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 janvier 1900.

De l'opothérapie gastrique au moyen du suc gastrique de chien.

M. Le Gendre. — A l'appui des observations communiquées dans la dernière séance par MM. Launois et Barth, sur l'efficacité du suc gastrique animal, je puis indiquer six autres faits se rapportant à des sujets atteints de troubles dyspeptiques secondaires ou primitifs chez lesquels cette médication a donné d'excellents résultats.

Ces six malades étaient hypopeptiques ou apeptiques depuis un temps plus ou moins long et avaient essayé tous les moyens habituellement usités en pareil cas sans le moindre bénéfice; chez tous le suc gastrique de chien, administré à des doses variant de 90 à 150 grammes par jour, a rétabli les fonctions digestives.

Trois cas semblables m'ont été, en outre, communiqués par M. Sarrade (de Paris). Ces faits, ajoutés à ceux de MM. Frémont, Launois et Barth, portent à treize le nombre des observations positives.

L'examen de ces observations semble prouver que la médication dont il s'agit rétablit la sécrétion spontanée du suc gastrique et qu'elle est appelée à jouer à l'égard de l'insuffisance chimique de l'estomac, un rôle au moins égal, sinon supérieur, à celui de la digitale vis-à-vis de l'insuffisance contractile du cœur.

M. Linossier. — Je crois que les bons effets obtenus au moyen du suc gastrique animal dans le traitement de certaines dyspepsies peuvent s'expliquer par les fortes proportions d'acide chlorhydrique et de pepsine contenus dans ce produit.

J'ai insisté à plusieurs reprises sur l'insuffisance des doses d'acide chlorhydrique et de pepsine qui sont généralement prescrites pour suppléer à l'insuffisance de la digestion stomacale. J'ai établi, en effet, qu'un estomac normal sécrète par jour environ l'équivalent de 40 grammes d'acide chlorhydrique officinal et de 300 grammes de pepsine amylacée. Que peuvent signifier, dans les cas d'insuffisance de la sécrétion gastrique, les faibles quantités de ces deux substances qu'on a l'habitude d'administrer? Il n'en est pas de même avec un demi-litre de suc gastrique de chien, dose que prenait chaque jour le malade de M. Launois : on absorbe alors l'équivalent de 7 à 8 grammes d'acide chlorhydrique officinal et de 25 à 50 grammes de pepsine amylacée.

Faute de suc gastrique de chien, qui est et sera toujours un médicament de luxe, on pourrait, à mon avis, réaliser une thérapeutique chlorhydropeptique active en faisant usage de solutions albumineuses d'acide chlorhydrique et d'une pepsine à titre élevé.

Sur un cas de méningite cérébro-spinale épidémique.

M. Troisier communique l'observation d'un homme de vingt-trois ans, ancien rhumatisant, reçu dernièrement dans son service avec tous les signes d'une méningite cérébro-spinale. Au cours de cette affection, qui n'avait été précédée d'aucune maladie infectieuse mais seulement de quelques douleurs articulaires, on vit se manifester une arthrite du genou gauche et d'une des articulations métacarpo-phalangiennes.

Le patient succomba au bout de dix-huit jours avec des phénomènes bulbaires et l'autopsie permit de constater l'existence d'un exsudat purulent au niveau de la base du cerveau.

M. Netter. — J'ai pratiqué trois ponctions lombaires à quelques jours d'intervalle chez le malade dont M. Troisier vient de relater l'histoire. La première et la troisième donnèrent issue à un liquide simplement louche, la seconde à un liquide franchement purulent. L'examen et les cultures de ce dernier liquide démontrèrent qu'il contenait un grand nombre de diplocoques intracellulaires.

Par contre, j'ai retiré ce matin du canal rachidien d'un enfant également atteint de méningite cérébro-spinale un liquide louche qui ne renfermait que des pneumocoques.

Ces deux faits auxquels je pourrais en ajouter d'autres observés par quelques-uns de nos collègues prouvent, d'une part, que l'épidémie de méningite cérébro-spinale n'est pas encore éteinte, et, d'autre part, ainsi que je le soutiens depuis longtemps, que le diplococcus intracellularis meningitis de Weichselbaum n'est pas le seul agent pathogène de l'épidémie actuelle.

Un cas de dothiénentérie apyrétique.

M. Etienne (de Nancy) envoie l'observation d'un cas de dothiénentérie nettement différencié de la fièvre thyphoïde ambulatoire, de la fièvre typhoïde abortive, de la fièvre muqueuse, et se présentant sous l'aspect d'une fièvre typhoïde de gravité moyenne, au tableau clinique de laquelle manquèrent seulement l'hyperthermie et les taches rosées.

L'état typhique persista pendant 36 jours sans que la température se soit élevée au-dessus de 36°3 le matin et de 37°2 le soir.

La réaction de Widal était des plus nettes et le pouvoir agglutinatif était relativement élevé. Dans la proportion de 1 pour 25, l'agglutination se faisait immédiatement et en masse. L'urine présentait la diazoréaction d'Erlich.

M. Widal. — Je n'ai jamais vu de dothiénentérie apyrétique, mais j'ai observé souvent à la fin de la maladie la dissociation de la fièvre et des autres symptômes généraux. Tantôt les phénomènes typhoïdes persistent, bien que la température se maintienne aux environs de la normale; tantôt, au contraire, le thermomètre continue à marquer 38°, malgré la disparition des autres symptômes généraux.

On conçoit que chez certains individus cette dissociation soit poussée à l'extrême et que la fièvre puisse faire défaut depuis le commencement jusqu'à la fin de la maladie.

M. Siredey demande si l'apyrexie de certaines fièvres typhoïdes ne pourrait pas s'expliquer par une infection secondaire due au colibacille.

M. Widal ne croit pas que cette interprétation puisse être adoptée, les infections colibacillaires n'étant pas constamment apyrétiques.

M. Chauffard fait remarquer que pour pouvoir affirmer l'apyrexie d'une fièvre typhoïde il ne faut pas se borner à prendre la température matin et soir, comme on le fait habituellement, mais au moins toutes les trois ou quatre heures.

M. Glénard. — Brand a noté que dans les cas où la fièvre typhoïde apyrétique était traitée par les bains suivant la méthode stimulante (bains à 28° pendant 5 minutes, affusions demi-froides, frictions et boissons alcooliques) la maladie reprenait peu à peu le type de la dothiénentérie normale avec hyperthermie, et que, alors sous l'influence de la balnéation froide classique, elle pouvait se terminer par la guérison.

Les fonctions rénales dans les néphrites chroniques.

M. Bernard. — Les recherches que je viens de faire sur 21 sujets atteints de néphrite chronique montrent que la fonction excrétoire du rein n'est pas uniformément troublée dans les diverses variétés de cette affection. Si la perméabilité rénale est d'emblée diminuée dans les néphrites interstitielles, qu'elle qu'en soit la variété étiologique, elle est au contraire normale ou même exagérée dans la première période de la néphrite parenchymateuse; ce n'est que dans la seconde (période d'atrophie secondaire des auteurs anglais) qu'elle commence à baisser. L'urémie n'est pas non plus uniquement fonction de l'auto-intoxication due à l'imperméabilité rénale. On observe des urémiques avec reins perméables, et réciproquement des reins imperméables sans urémie. Dans les manifestations urémiques, il est possible de faire la part de ce qui relève de l'imperméabilité rénale et de ce qui en est indépendant. Les symptômes de la première catégorie constituent un syndrome qu'on peut appeler syndrome d'imperméabilité rénale. Les autres sont dus soit à des troubles de certaines fonctions, encore ignorées, de l'épithélium rénal, soit à l'insuffisance fonctionnelle d'autres organes que le rein. Le syndrome d'imperméabilité existe seul à la période initiale des néphrites interstitielles; plus tard il détermine l'apparition d'un autre syndrome, dû à l'hypertension artérielle; celui-ci, enfin, fait place quelquefois à des crises d'hypotension artérielle, d'où apparition d'un troisième syndrome.

Le syndrome de l'imperméabilité rénale, ainsi que celui des altérations cardio-vasculaires, manquent au début de la néphrite parenchymateuse, caractérisée seulement par des œdèmes et de l'albuminurie; ils ne se montrent qu'à la seconde période de cette variété de néphrite.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 janvier 1900.

Défense de l'organisme contre les propriétés morbifiques des sécrétions glandulaires.

MM. Charrin et **Levaditi.** — Les produits de sécrétion glandulaire de l'appareil digestif, en particulier la pancréatine, introduits dans les tissus, provoquent des lésions profondes, que nous avons plus spécialement étudiées au niveau du système nerveux.

Quand on enferme de la pancréatine dans une anse intestinale fermée aux deux extrémités, au voisinage du duodénum, on constate au bout d'un certain laps de temps que le liquide contenu dans cette anse intestinale est beaucoup plus abondant et que la pancréatine a conservé toute son activité.

Si l'on répète la même expérience, après avoir détruit la muqueuse de l'intestin, ou l'avoir altérée par la chaleur, on constate une moins grande production de liquide; celui-ci est donc bien sécrété par la muqueuse elle-même.

A la partie inférieure de l'iléon les résultats sont différents : au lieu d'augmenter, le volume du liquide emprisonné diminue plus ou moins suivant que la muqueuse est saine ou altérée. Le résidu est, d'autre part, moins actif au point de vue digestif.

Lorsqu'à la faveur de la destruction de la muqueuse intestinale la pancréatine passe dans le sang, elle détermine des lésions, surtout hépatiques; il semble donc que si, dans le cas d'intégrité de l'intestin, il n'y a pas d'altérations, c'est que cette pancréatine perd plus ou moins ses propriétés morbifiques.

Des injections intraportales, le contact des ganglions prouvent que cette modification ne s'opère ni dans le foie, ni d'une façon accentuée dans ces ganglions. Si, en liant les vaisseaux desservant l'anse, on maintient le liquide dans le canal, on voit à la longue fléchir quelque peu l'activité diastasique sous l'influence des ferments figurés; d'un autre côté, le sérum non chauffé s'oppose aux attributs d'hémolyse de la pancréatine. Toutefois, ces protections sont minimes et on arrive, par exclusion, à penser que, comme pour les peptones, cette modification s'opère dans la paroi intestinale, dans la muqueuse.

Il résulte de ces expériences que la muqueuse intestinale, en haut comme en bas, protège l'organisme contre les sucs digestifs, avec le concours des ferments figurés et du sang; mais en haut cette muqueuse ajoute de l'eau et maintient l'activité des sucs digestifs, tandis qu'en bas elle résorbe l'eau et laisse ces sucs s'échapper en annihilant leur activité.

Or, les causes d'altération de la muqueuse sont légion; il convient, par conséquent, de ranger les sécrétions glandulaires de l'appareil digestif dans le groupe des éléments intestinaux susceptibles de déterminer des accidents autotoxiques.

La glycosurie alimentaire chez les rachitiques.

M. Nobécourt. — On admet généralement que le rachitisme est le résultat d'une toxi-infection d'origine digestive, mais, avant de se diffuser dans l'organisme, les produits anormaux fabriqués par l'intestin traversent le foie qui doit être troublé dans son fonctionnement.

Sur 12 rachitiques âgés de douze à vingt-cinq mois, j'ai constaté 7 fois la glycosurie alimentaire avec des doses de glucose qui ne la provoquaient pas chez des enfants normaux ou présentant des stigmates de syphilis héréditaire.

D'une façon générale, la glycosurie alimentaire est plus fréquente chez les enfants qui offrent des déformations accentuées du squelette que chez ceux qui ont des déformations légères.

Ces faits semblent établir l'existence d'une relation très étroite entre le rachitisme et la glycosurie alimentaire.

Formation de tissu conjonctif à la surface de la cornée aux dépens de l'épithélium antérieur.

M. Kalt dit avoir observé des tumeurs cornéennes formées par l'hypertrophie de l'épithélium. Ces tumeurs reposaient sur un feutrage conjonctif dont les fibrilles émanaient directement du protoplasma des cellules à pied.

C'est là un exemple très rare de formation de tissu mésodermique aux dépens de l'ectoderme.

MM. Nicolle et **Halipré** (de Rouen) adressent une note sur la longue persistance du pouvoir agglutinant du sérum conservé à l'état liquide.

ETRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 24 janvier 1900.

Des altérations dégénératives des érythrocytes.

M. Grawitz. — On sait que dans les cas graves d'anémie on observe de fines granulations basophiles dans les érythrocytes. Quelques auteurs considèrent ces granulations comme le résultat d'un processus de caryocinèse. Je ne partage pas cette manière de voir, d'abord parce que ces granulations peuvent exister en l'absence d'érythrocytes avec nucléoles; ensuite parce qu'on les trouve à côté des nucléoles et qu'elles ne se colorent pas comme ceux-ci par le vert de méthylène; et, enfin, parce que l'étude de la moelle des os ne justifie nullement l'hypothèse d'une caryolyse.

J'ai examiné le sang de 200 anémiques et j'ai constaté que les granulations en question se rencontrent surtout chez les saturnins, les malariques, les cancéreux, les leucémiques, etc.; on n'en trouve jamais chez les chlorotiques, les brightiques ou les cirrhotiques.

Selon moi, l'existence de ces granulations dans le sang serait liée à la présence d'une toxine et relèverait toujours d'un processus de dégénération. Quant à l'opinion de M. Plehn qui admet que ces granulations représentent le premier stade du parasite de la malaria, elle ne repose sur aucun fondement; si notre collègue a observé les granulations dont il s'agit chez plusieurs sujets à Cameroun, il faut, je crois, incriminer plutôt la température que le germe malarique, car, en soumettant pendant longtemps des souris à une température constante de 37° à 40°, j'ai noté l'apparition de granulations dans le sang de ces animaux.

M. Plehn. — Tous les sujets, sans exception, chez lesquels j'ai trouvé des granulations basophiles étaient dans la période prodromique de l'intoxication palustre. Quand on examine ces granulations au microscope, il faut bien distinguer s'il s'agit d'une décomposition du nucléole ou d'une dégénération du protoplasma.

Dans les cas de malaria latente les érythrocytes ne sont pas entièrement remplis de granulations; ils en contiennent seulement de 4 à 6 ou de 8 à 10 toujours accouplées.

Je ne puis admettre que le climat ait une influence quelconque sur la production de ces granulations.

M. Bloch. — Les granulations provenant d'une caryolyse diffèrent, en effet, de celles qui sont le résultat d'un processus de dégénération.

M. Engel. — Les corpuscules décrits par M. Plehn se voient aussi dans le sang d'embryons de souris; il est possible qu'ils soient dus à une caryolyse incomplète provoquée ellemême par une altération de la moelle osseuse.

A mon avis, il n'y a pas de différences, au microscope, entre les granulations provenant de la caryolyse et celles qui sont dues à un processus de dégénération.

M. Ullmann. — Les granulations basophiles s'observant dans toutes les variétés d'anémie, on ne saurait leur accorder aucune importance pour le diagnostic.

M. Grawitz. — Il n'est pas exact de dire que les granulations basophiles s'observent chez tous les anémiques sans exception; leur présence offre donc une certaine valeur diagnostique.

D[r] VILLARET.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 27 janvier 1900.

Les lésions histologiques dans la rage humaine.

M. Van Gehuchten. — L'anatomie pathologique de la rage a passé par trois phases nettement distinctes:

Dans la première, qui s'étend jusqu'en 1875, on ne décrit que des lésions macroscopiques, telles que l'hyperémie des vaisseaux et l'hyperémie des méninges.

La seconde commence par les travaux de Benedikt et de Kolesnikov et s'étend jusqu'à l'année 1890. Pendant cette longue période on signale de tous côtés des lésions vasculaires consistant principalement dans une dilatation et un engorgement des vaisseaux sanguins, la thrombose des petites veines, des infiltrations périvasculaires et péricellulaires sous forme de foyers miliaires. Grâce à ces travaux, l'idée s'accrédite que la rage n'est autre chose qu'une myélite et une encéphalite aiguë et diffuse prenant son point de départ dans l'appareil vasculaire et respectant complètement les éléments nerveux. Benedikt explique tous les symptômes par les lésions vasculaires. Pour Schaffer tous les phénomènes morbides sont dus à une myélite des cornes postérieures de la moelle épinière.

A partir de 1890 commence la troisième période pendant laquelle les auteurs étudient surtout les lésions des cellules nerveuses. Popov considère l'atrophie pigmentaire des cellules motrices, signalée par Schaffer, comme la cause des symptômes moteurs.

Schaffer décrit différents stades de dégénérescence des cellules nerveuses, qu'il envisage cependant comme étant sans importance au point de vue des symptômes. Babes insiste, en 1892, sur la haute valeur des foyers miliaires péricellulaires qu'il désigne sous le nom de *tubercules rabiques*. En 1898, il affirme pourtant que ces tubercules font défaut chez les lapins tués par le virus fixe. Golgi fait connaître de nombreuses lésions cellulaires et nucléaires; aucune d'elles n'est spécifique de l'infection rabique; mais leur ensemble, leur succession et leur enchaînement mutuel constituent un tableau anatomo-pathologique caractéristique. Marinesco explique les symptômes de paralysie par les phénomènes de chromolyse qu'il signale dans les cellules radiculaires. Aucune de ces lésions ne mérite, cependant, l'importance que les auteurs leur attribuent: aucune n'est spécifique, aucune n'explique les symptômes du tableau clinique.

En 1898, nous pratiquons avec Nelis des coupes dans le ganglion spinal d'un lapin mort de la rage. Nous y trouvons des lésions profondes, jusque-là insoupçonnées et qui aboutissent à la destruction complète d'un nombre plus ou moins considérable de cellules nerveuses. Nous retrouvons ces mêmes lésions dans les ganglions sympathiques. Nous entreprenons alors l'étude systématique des lésions rabiques sur des chiens, sur des chats et des lapins. Dans les centres nerveux nous ne constatons que des lésions banales, inconstantes et sans importance. Dans les ganglions spinaux et sympathiques, au contraire, nous observons toujours les mêmes lésions: un tissu de néoformation, constitué probablement par la prolifération des cellules endothéliales des capsules renfermant les cellules nerveuses, envahit lentement ces capsules et amène la destruction des éléments nerveux. Au premier stade de cette néoformation correspond l'hyperexcitabilité cutanée, musculaire et tendineuse qu'on observe au cours de l'infection rabique, tandis que la destruction de tous les éléments nerveux entraîne l'anesthésie et la paralysie. Celle-ci n'est pas due à une lésion des voies motrices, ainsi que l'expérience physiologique le prouve. Elle est uniquement la conséquence de la destruction des neurones sensibles périphériques: c'est une paralysie réflexe. L'animal rabique n'est paralysé que parce qu'il est insensible.

Ces lésions des ganglions cérébro-spinaux sont tellement caractéristiques et constantes qu'elles peuvent servir pour le diagnostic. A l'avenir il ne faudra plus recourir à l'inoculation pour savoir si un chien est atteint de la rage: il suffira de pratiquer des coupes dans un ganglion cérébro-spinal. Tous les ganglions peuvent être utilisés à cet effet, mais celui qui offre toujours les lésions les plus profondes, *c'est le ganglion noueux du vague*.

Les recherches faites sur le système nerveux de deux hommes morts de la rage ont conduit aux mêmes résultats. Dans le système nerveux central il n'y a que des lésions banales. Dans les ganglions cérébro-spinaux, au contraire, on trouve les mêmes altérations que chez le chien, le chat et le lapin, assez caractéristiques pour faire le diagnostic, quoique moins profondes.

M. Degive. — A l'appui des recherches de M. van Gehuchten, je tiens à déclarer qu'il résulte d'expériences que nous avons instituées à l'Ecole vétérinaire de Cureghem sur 15 chiens suspects de rage, que 11 de ces animaux ont communiqué par les méthodes habituelles la rage expérimentale à d'autres animaux; 4 sont restés inactifs. L'examen microscopique préalable des ganglions cérébro-spinaux chez les 15 chiens avait fait prévoir d'une façon nette, catégorique, le résultat expérimental: 11 chiens ont présenté les lésions nerveuses caractéristiques que M. van Gehuchten vient de nous décrire.

Procédé pour augmenter dans une forte proportion l'efficacité du sérum antipesteux.

M. Denys. — Permettez-moi de vous faire part des recherches que j'ai effectuées à l'Institut antipesteux de Cronstadt, en collaboration avec son directeur, M. Tartakovsky.

Dans des expériences antérieures sur le sérum antistreptococcique, j'avais constaté qu'on augmente dans une proportion considérable l'efficacité de ce sérum, en l'injectant dans le voisinage du foyer infectieux, de façon que les lymphatiques apportent directement le sérum au foyer. C'est ainsi qu'avec 1 c.c. de sérum on peut juguler un érysipèle de l'oreille à son début en entourant la plaque naissante de quatre injections de 0 c.c. 25 de sérum chacune. Après cette intervention, la plaque s'affaisse, la fièvre tombe et la maladie est complètement enrayée. Dans les cas de lymphangite et d'érysipèle des membres chez l'homme on peut compter d'une manière presque certaine sur le même résultat, si l'on injecte le sérum dans l'extrémité malade, notamment dans les parties situées en amont du courant lymphatique.

La peste présentant beaucoup de ressemblance avec la lymphangite, M. Tartakovsky et moi nous sommes demandés si le sérum antipesteux injecté localement ne serait pas beaucoup plus efficace que dans le cas où il est injecté à distance.

Pour résoudre la question nous avons, dans une première série d'expériences, infecté des cobayes par la voie péritonéale. Si l'on n'intervient pas, on peut au bout de peu de temps constater, à l'aide de ponctions, que les microbes apparaissent à l'état libre dans l'exsudat; il n'y a pas de phagocytose ou elle est insignifiante. Les ponctions ultérieures démontrent que les bacilles deviennent de plus en plus nombreux, ils constituent finalement une vraie purée et l'animal succombe sans qu'une phagocytose de quelque importance se soit déclarée.

Chez les cobayes infectés de la même manière mais injectés avec du sérum *sous la peau*, la marche de l'infection est la même. Au contraire, chez les cobayes ayant reçu du sérum *dans le péritoine*, il se déclare, en moins d'une demiheure, une phagocytose qui peut avoir pour conséquence l'englobement de tous les bacilles. Cet effet peut être obtenu au moyen de 0 c.c. 1 de sérum injecté dans le péritoine, tandis que 10 c.c. introduits sous la peau restent inefficaces. Les animaux traités par la voie souscutanée succombent tous, mais ceux auxquels le sérum est administré par la voie péritonéale survivent en partie.

Si l'on infecte les cobayes au niveau d'une patte, on constate également une grande différence suivant que le sérum est injecté dans la patte ou bien dans le dos. Dans le premier cas les lésions locales sont beaucoup moins prononcées, et l'infection ganglionnaire reste très limitée.

On doit s'attendre à obtenir les mêmes résultats chez l'homme. Il y a lieu d'essayer les injections dans le membre malade pour faire arriver le sérum aux ganglions par les lymphatiques et augmenter de la sorte la résistance que ces ganglions offrent à la septicémie.

Degré de toxicité, rapidité d'absorption et pouvoir d'immunisation de l'arsenic.

M. Heymans. — Nous avons montré précédemment que les toxines et les poisons cyanogénés, administrés en injection intraveineuse à dose simplement mortelle, disparaissent très rapidement du sang et empoisonnent irrémédiablement l'organisme en l'espace de quelques minutes. Il était intéressant d'étudier à ce point de vue l'intoxication arsenicale.

L'arsenic, injecté directement dans le sang à dose appropriée, provoque une intoxication avec stade latent, intoxication mortelle seulement au bout de quelques heures ou même de plusieurs jours; l'analyse chimique permet de déterminer avec quelle rapidité le poison disparaît du sang et dans quels tissus il va se fixer.

D'autre part, M. Besredka a signalé récemment qu'il était parvenu à immuniser le lapin à l'égard d'une dose mortelle d'arsenic et que le sérum de l'animal ainsi immunisé renfermait une antiarsénine. Vu l'importance considérable que comporte cette assertion, elle méritait d'être contrôlée.

A cet effet, il fallait surtout être fixé préalablement sur la toxicité de l'arsenic, après injections hypodermique, intravasculaire ou intracérébrale.

Ces diverses recherches viennent d'être exécutées dans mon laboratoire par M. Morishima. Je me bornerai à en résumer les résultats principaux.

Après injection intracérébrale, l'arsenic se montre 200 fois environ plus toxique qu'après administration par les autres voies, même par la voie carotidienne. L'injection dans le bout périphérique de la carotide est à peine plus active que les injections dans la veine marginale et dans la veine mésentérique. Le passage préalable de l'arsenic par le foie diminue à peine sa toxicité. L'injection dans le bout périphérique de l'artère crurale détermine la gangrène du membre et, une partie de l'arsenic y restant fixée, ce mode d'intoxication nécessite une plus haute dose et s'effectue plus lentement que quand il s'agit d'une injection hypodermique ou intravasculaire.

Si l'on injecte dans la veine marginale du lapin une dose simplement mortelle d'arsenic, l'animal succombe dans le délai habituel, malgré la saignée et la transfusion, et, d'autre part, le dosage de l'arsenic montre que, quelques secondes après l'injection, le sang ne contient plus qu'une fraction minime du poison. La transfusion du sang du lapin injecté à un animal normal confirme ce résultat, car on ne parvient pas à empoisonner le second lapin avec le sang du premier.

Comme les toxines et les nitriles, l'arsenic disparaît donc du sang très rapidement.

Enfin, M. Morishima a cherché à se rendre compte s'il est possible de faire supporter à un animal une dose mortelle d'arsenic en la fractionnant en quatre portions, administrées toutes les trois à quatre heures, ou bien de donner en une fois une dose mortelle lorsque vingt-quatre heures auparavant l'animal a reçu le cinquième de cette dose. Ces deux questions ont été résolues affirmativement par M. Besredka. Or, il résulte des recherches de M. Morishima que ces deux manières de procéder n'augmentent pas sensiblement la résistance des animaux à l'arsenic et qu'il n'y a pas, dans ces cas, d'indice certain d'une immunité.

J'ajoute que les animaux auxquels on administre depuis quatre mois de petites doses croissantes d'arsenic ne présentent pas non plus d'accoutumance sensible.

Dr Keiffer.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 27 janvier 1900.

Laparotomie et colpotomie vaginale.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. Schauta** a exposé les raisons qui doivent guider le chirurgien et lui faire préférer la laparotomie à la colpotomie ou inversement dans les principaux cas où ces opérations sont indiquées.

En ce qui concerne les affections ovariennes, l'orateur estime que, seuls, les kystes mobiles peuvent être extirpés à l'aide de la laparotomie quand ils sont volumineux : les adhérences et les torsions du pédicule constituent une contre-indication à cette intervention. Il en est de même lorsque le liquide que ces kystes contiennent est trop épais, ou quand ceux-ci sont dégénérés. Pour l'ablation des petits kystes, la laparotomie est préférable à l'opération vaginale, parce que ces tumeurs sont ordinairement multiples.

L'extirpation des kystes par la voie vaginale doit être réalisée de préférence au moyen de la colpotomie antérieure, parce que les tumeurs siègent généralement en avant; lorsqu'elles occupent la cavité de Douglas, c'est à la colpotomie postérieure qu'on devra recourir; en outre, il ne faut pas hésiter à enlever l'utérus en même temps que le kyste quand celui-ci est bilatéral, lorsqu'il est en voie de dégénérescence ou si son contenu est infecté. Sur 21 malades auxquelles il a pratiqué cette opération, l'orateur en a perdu seulement 3.

Les interventions sur les annexes pratiquées d'un seul côté échouent souvent parce qu'il est rare que l'affection n'empiète pas sur l'autre côté. Les inflammations des annexes consécutives à la blennorrhagie doivent être traitées autant que possible médicalement, et si l'on a recours à une opération, il faut que celle-ci soit radicale; malheureusement cela n'est pas toujours possible à cause des adhérences qui unissent souvent les productions inflammatoires aux intestins.

Dans les cas de grossesse extra-utérine la laparotomie seule est indiquée si la grossesse est avancée; dans les premiers mois, au contraire, on peut pratiquer la colpotomie; il ne faudra pas oublier, toutefois, que si la grossesse est compliquée d'une hématocèle, l'abaissement de la pression intra-abdominale résultant de l'opération pourra provoquer une nouvelle hémorrhagie.

L'énucléation des myomes par le vagin avec conservation de l'utérus ne peut être effectuée que dans les cas où la tumeur ne dépasse pas le volume du poing. Dans 7 cas de cette catégorie M. Schauta n'a eu que des guérisons, tandis que, sur 29 malades laparotomisées, 5 ont succombé. L'opération vaginale fournit donc de meilleurs résultats que la laparotomie, mais pour qu'elle soit réalisable, il faut, outre le petit volume de la tumeur, que celle-ci ne soit ni adhérente ni développée dans les ligaments larges.

M. Schauta a encore employé la méthode vaginale dans 259 cas de cancer de l'utérus; 26 malades opérées depuis six ans n'offrent pas jusqu'à présent de récidives.

Les sarcomes, les adénomes et les prolapsus de la matrice peuvent le plus souvent être traités par la voie vaginale. Quant à l'opération césarienne vaginale, suivant la méthode de Porro, elle est indiquée surtout dans les cas de rupture ou d'atonie de l'utérus.

La castration ne doit être pratiquée que par la voie vaginale. Sur 70 opérations de ce genre, M. Schauta a eu seulement 2 décès.

Traitement du symblépharon.

M. Klein a présenté un homme, qui était atteint d'un symblépharon antérieur. L'adhérence de la paupière au globe oculaire intéressant une partie de la cornée, l'orateur, après l'avoir disséquée, renversa la paupière en arrière et la fixa dans cette position, de façon que la surface tournée vers la cornée fût recouverte d'épithélium. L'opération a été suivie d'une amélioration considérable du symblépharon et d'une augmentation de la mobilité du globe de l'œil.

De l'atrésie duodénale congénitale.

M. Tandler dit avoir constaté que chez les fœtus d'une longueur de 10 à 20 millimètres le duodénum présente une atrésie physiologique due à la prolifération de l'épithélium intestinal. Plus l'embryon est long, plus le duodénum s'élargit. Les atrésies duodénales congénitales ne sont dues qu'à une persistance de cet état physiologique embryonnaire.

Traitement du pannus trachomateux par le jéquirity.

M. Klein a montré un homme qui était atteint depuis huit ans d'un pannus trachomateux. La vue était réduite à une perception quantitative de la lumière. Après avoir essayé sans succès la péritomie de la cornée, l'orateur institua le traitement au jéquirity; l'ophtalmie qui suivit amena une disparition complète du pannus. Actuellement cet homme peut lire les caractères les plus fins.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Des altérations des ganglions du cœur sous l'influence de l'anesthésie chloroformique, par M. S. Schmidt.

Ce travail est basé sur des recherches instituées dans le laboratoire de M. Kronecker, à Berne, et qui ont consisté à soumettre des lapins, des chiens et des singes tantôt à une seule chloroformisation, tantôt à des inhalations répétées de cet anesthésique et à pratiquer ensuite l'examen histologique des ganglions cardiaques de ces animaux.

Des expériences analogues ont été effectuées avec des inhalations d'éther.

Nous indiquerons ici les principaux résultats de ces recherches, qui nous paraissent présenter une certaine importance au point de vue du choix de l'anesthésique en chirurgie.

L'auteur a constaté tout d'abord que l'anesthésie chloroformique amène une altération des ganglions du cœur. Cette altération est plus prononcée chez les chiens que chez les lapins et les singes. M. Schmidt a pu remarquer, en outre, que des narcoses répétées exercent une influence beaucoup plus considérable sur les ganglions qu'une anesthésie unique.

Quant à la nature histologique des lésions, l'auteur a trouvé qu'elles ressemblent aux altérations cadavériques spontanées. Il estime, en conséquence, qu'on n'a pas affaire ici à une action directe du chloroforme sur les cellules mais plutôt à des troubles nutritifs généraux.

Ces lésions des ganglions du cœur s'accompagnent de désordres fonctionnels, particulièrement marqués chez le chien.

La survie des animaux n'a pas été assez longue pour permettre de déterminer si l'altération ganglionnaire est susceptible ou non de guérir.

En dehors de l'action exercée par le chloroforme sur le cœur, M. Schmidt invoque, pour expliquer les cas de mort après une seule anesthésie prolongée, la paralysie du centre de la respiration.

Les expériences comparatives faites avec des inhalations d'éther n'ont pas donné lieu à des lésions ganglionnaires, mais on a noté dans ces cas de l'irritation de la muqueuse respiratoire. Ce dernier phénomène se trouvait beaucoup moins accusé toutes les fois que le masque à éther était remplacé par l'appareil à respiration artificielle de M. Kronecker permettant de provoquer et de maintenir la narcose au moyen d'un mélange d'air humide et d'éther évaporé. Chez le singe notamment, l'auteur a pu continuer très longtemps ce genre d'anesthésie sans enregistrer aucun accident. (*Zeitsch. f. Biol.*, XXXVII, 2.) — F. de Q.

De l'action des corps étrangers sur l'organisme, par M. R. Binaghi.

Quand on introduit chez un animal (chien, cobaye, lapin) un corps étranger stérile, on observe, au bout d'un laps de temps qui varie entre douze heures et cinq jours, des phénomènes inflammatoires analogues à ceux que

déterminent des irritations mécaniques ou chimiques en l'absence d'agents microbiens. Ces phénomènes traduisent la réaction des tissus et des organes à l'égard des excitations anormales. C'est le système vasculaire qui entre le premier en jeu. Affluant de toutes parts, les leucocytes entourent le corps étranger, l'isolent et le rendent incapable de nuire. Après les éléments vasculaires, c'est au tissu lésé qu'il appartient de contribuer à la réparation des altérations morbides créées par la présence du corps étranger. C'est ainsi que celui-ci est isolé des tissus voisins quand en raison de sa constitution les leucocytes ne peuvent y pénétrer. Mais lorsque les globules blancs pénètrent à l'intérieur du corps étranger, ce dernier ne tarde pas à s'organiser.

Si, au contraire, les corps étrangers ont été au préalable mis en contact avec des agents pathogènes doués d'une certaine virulence, ils déterminent, même chez des animaux qui ne sont généralement pas très sensibles à l'égard de certaines sources d'infection (les chiens, par exemple), des phénomènes infectieux, généraux ou locaux, d'une gravité extrême : chez un chien auquel il avait enfoncé dans la région thoracique droite une aiguille trempée dans une culture de staphylocoques pyogènes dorés, M. Binaghi a vu survenir une septicémie mortelle, et chez un autre l'inoculation intrapéritonéale de graminées chargées du même microbe a provoqué une péritonite suppurée circonscrite.

La nature des corps étrangers influe également sur leur sort ultérieur. Les substances inorganiques s'enkystent plus souvent que les matières organisées et restent plus longtemps à l'état inerte sans déterminer de réaction dans les tissus ambiants. Il faut, cependant, faire exception pour la limaille de fer qui s'oxyde au contact des humeurs organiques, s'y dissout et disparaît. Les substances végétales se décomposent et se désagrègent, et, en fin de compte, s'enkystent ou s'éliminent. Quant aux corps étrangers formés par des tissus animaux, ils subissent tôt ou tard la phagolyse et finissent par disparaître de l'endroit où on les avait déposés.

La forme des corps étrangers n'est pas non plus indifférente. Plus elle est régulière, et plus les objets introduits dans l'intimité des tissus ont tendance à se fixer au niveau de leur siège primitif. Leur action chimiotactique s'exerçant d'une façon à peu près égale dans toutes les directions, il est naturel que le kyste qui se constitue à leur périphérie soit plus rapidement et plus régulièrement formé. Les corps allongés et surtout les objets pointus, comme les aiguilles par exemple, ont une tendance manifeste à se déplacer sous l'influence des mouvements des organes dans lesquels on les a introduits, mais de la nature particulière desquels dépendent la direction de la migration, sa rapidité, etc. A cet égard, il est intéressant de signaler ce fait observé par M. Binaghi, à savoir qu'une aiguille enfoncée dans la poitrine finit toujours par pénétrer dans le cœur. Pour les cas où l'on enfonce l'aiguille à travers un des espaces intercostaux qui se trouvent en rapport plus ou moins immédiat avec l'organe central de la circulation, on comprend aisément que la pointe soit susceptible d'embrocher la paroi du cœur, et que, en raison des contractions rythmiques du myocarde, l'aiguille puisse en fin de compte se trouver incluse entièrement dans la cavité cardiaque. Mais ce qui est moins évident, c'est le mécanisme en vertu duquel l'aiguille, quel que soit d'ailleurs l'endroit où elle a été introduite dans le thorax, aboutit toujours et pour ainsi dire fatalement au cœur. Arrivée là, l'aiguille passe, du reste, fréquemment d'une cavité dans l'autre en traversant les cloisons qui les séparent. Toutefois, cette migration intracardiaque ne suit nullement la direction du courant sanguin. Quoi qu'il en soit, les traces laissées par le passage de l'aiguille non septique dans le poumon et dans le cœur sont d'ordinaire insignifiantes.

En général, les corps étrangers introduits dans la cavité péritonéale ne s'enkystent que quand ils se trouvent au niveau du grand épiploon ou du mésentère ou lorsqu'ils y ont été amenés grâce aux contractions péristaltiques de l'intestin. Mais les aiguilles ont tendance à s'éliminer; le plus souvent elles perforent la paroi de l'intestin et sont ensuite expulsées avec les fèces.

Dans le foie, l'enkystement sur place est la règle, la migration l'exception. Aussi les lésions produites dans cet organe par les corps étrangers sont-elles habituellement peu importantes.

Par contre, dans le cerveau, les dégâts, tant anatomiques que fonctionnels, sont généralement graves et profonds. On constate des foyers de dégénérescence des cellules et des fibres nerveuses, avec destruction des éléments spécifiques et leur remplacement par la névroglie qui prolifère. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVI, 2.) — F. M.

La rupture de la symphyse, par M. Jellinghaus.

La rupture de la symphyse, autrefois assez fréquente, est devenue très rare de nos jours. M. Jellinghaus attribue ce fait à l'extension prise par certaines interventions obstétricales, telles que l'opération césarienne, la symphyséotomie et l'accouchement prématuré.

Quoi qu'il en soit, l'auteur a pu observer un accident de ce genre à la suite d'une extraction laborieuse par le siège d'un enfant de 4,700 grammes, extraction pratiquée par un de ses collègues. Il ne croit pas, cependant, que cette intervention ait été la cause unique de la rupture, qui peut se produire même spontanément. D'après M. Jellinghaus, la rupture de la symphyse est favorisée par un état de relâchement de cette articulation, tel qu'il se manifeste en particulier dans le rhumatisme. Le bassin généralement rétréci, le bassin ostéomalacique et le bassin en entonnoir (anomalie que présentait la malade qui fait l'objet de l'observation relatée par l'auteur) constituent des causes prédisposantes.

Le diagnostic de la rupture de la symphyse est facile, mais il n'en est pas de même pour la rupture concomitante de l'une des articulations sacro-iliaques. Le pronostic est favorable.

Au point de vue du traitement, M. Jellinghaus rejette la suture des surfaces osseuses comme pouvant provoquer une suppuration de l'articulation. Il recommande de fixer le bassin par un appareil plâtré. S'il y a des lésions de l'urèthre ou du vagin, il est préférable de se servir d'une ceinture formée de bandes parallèles de sparadrap, pansement qui offre l'avantage de pouvoir être facilement renouvelé. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 octobre 1899.) — E. C.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les injections intramusculaires de quinine contre l'impaludisme.

Les avantages et les indications de l'administration hypodermique de la quinine dans la malaria sont bien connus, mais dans les recueils et les articles qui traitent de ce procédé thérapeutique il n'est généralement question (à part les injections intraveineuses, d'après le procédé de Baccelli, qui sont peu usitées) que d'injections sous-cutanées et non pas d'injections intramusculaires. Cependant, M. le docteur A. Ivanov, médecin du chemin de fer de Vladikavkase, qui exerce dans une région où sévit la malaria, a pu se convaincre que — comme l'avait déjà indiqué un médecin de la marine allemande, M. le docteur Hans Ziemann — les injections intramusculaires présentent ici sur les injections hypodermiques le grand avantage d'être presque complètement indolores, à la condition toutefois qu'elles soient pratiquées en un point dépourvu de ramifications nerveuses et vasculaires.

Tel est précisément le point qui sert de lieu d'élection pour les injections profondes de préparations mercurielles contre la syphilis. Il est situé à la fesse sur l'entre-croisement de deux lignes dont l'une, horizontale, passe à deux travers de doigt au-dessus du grand trochanter, tandis que l'autre, verticale, marque la limite entre le tiers interne et le reste de la fesse. C'est à ce niveau que M. Ivanov a coutume d'enfoncer dans la masse musculaire, perpendiculairement à la surface du corps et après désinfection de la peau, la canule bien aseptisée d'une seringue de la capacité de 2 grammes, remplie d'une solution de 1 partie de bichlorhydrate de quinine dans 4 parties d'eau distillée. On injecte tout le contenu de la seringue, introduisant de la sorte 0 gr. 50 centigr. de sel quinique à la fois. Lorsque l'injection est poussée lentement, elle ne provoque aucune douleur, à moins qu'on ne se serve d'une solution plus concentrée que celle dont il vient d'être question, et on n'a pas besoin de la faire suivre d'un massage de la région injectée. Si l'on opère aseptiquement, on ne voit jamais se produire d'abcès au niveau de la piqûre.

Les indications des injections intramusculaires de quinine sont les mêmes que pour l'usage hypodermique de ce médicament. Quant à la fréquence des injections, elle varie nécessairement suivant le cas.

L'arséniate de fer dans la pellagre.

Le traitement de la pellagre a toujours été purement diététique et symptomatique — abstraction faite de la saignée qui a donné récemment à M. le docteur Peracchia des résultats favorables (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 336) —, car on ne connaissait pas de médicament susceptible d'exercer sur cette maladie une action curative. Or, M. le docteur G. Galli (de Vernate) a trouvé que l'arséniate de fer remplit parfaitement cette condition : grâce à ce remède, notre confrère a obtenu la guérison chez 3 hommes et chez une femme, atteints de pellagre grave et invétérée avec troubles psychiques.

M. Galli a donné d'abord l'arséniate de fer par la bouche. Ayant ensuite constaté que l'action de ce médicament est plus rapide lorsqu'on l'administre par la voie hypodermique, il a pratiqué des injections avec une solution contenant dans 1 gramme de liquide 0 gr. 024 milligr. de fer et 0 gr. 0005 décimilligr. d'arsenic. Il injectait chaque fois 1 c.c. de cette solution, au début tous les jours, puis tous les deux jours seulement. La guérison a été obtenue après 15 à 20 injections, et cela sans le moindre changement dans le régime alimentaire des patients qui continuaient à se nourrir essentiellement de maïs. Le résultat thérapeutique paraît durable : la guérison persiste chez les quatre sujets et pour un d'entre eux elle date de deux ans.

Guérison de l'hydrocèle à la suite d'une ponction exploratrice.

Personne ne songe actuellement à traiter l'hydrocèle d'une autre façon que par l'incision aseptique ou par l'injection de substances irritantes dans la vaginale, la simple évacuation de cette cavité étant toujours suivie de la reproduction de l'épanchement. Mais si cela est vrai pour l'extraction complète du contenu de la poche, il paraît en être tout autrement lorsqu'on se borne à aspirer un peu de sérosité, comme M. le docteur U. Betti (de Lucignano) a pu s'en convaincre chez deux patients qui guérirent rapidement de leur hydrocèle après qu'on eut extrait 1 c.c. de liquide à l'aide de la seringue de Pravaz, dans le but d'assurer le diagnostic de l'affection.

En conséquence, notre confrère estime que, avant de procéder à l'opération de l'hydrocèle, il y a toujours lieu d'essayer l'aspiration d'une petite quantité d'exsudat au moyen d'une ponction exploratrice.

Effets favorables de la compression de la région du cœur chez les cardiaques.

Ayant remarqué que les sujets atteints d'affections organiques du cœur éprouvent souvent un soulagement pendant qu'ils compriment avec la main la région précordiale, M. le docteur E. Abée (de Nauheim) a eu l'idée de recourir à la compression de cette région, exercée d'une façon méthodique, à l'aide d'une pelote, pour combattre chez les cardiaques certains symptômes pénibles, rebelles à tous les autres moyens de traitement. Ce procédé a été essayé par notre confrère chez 29 malades, dont l'âge variait entre trente et quatre-vingts ans et qui étaient atteints d'affections cardiovasculaires, telles que lésions valvulaires, anévrysme de l'aorte, artériosclérose avec myocardite et maladie de Basedow avec hypertrophie du cœur. Dans tous ces cas et surtout lorsqu'il existait de la cardioptose, le port de la pelote compressive a amendé singulièrement les phénomènes dyspnéiques et douloureux, ce qui a eu pour effet de rendre la marche plus facile et de favoriser le sommeil.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Trousseau. — M. Broca.

Empyème de nécessité chez l'enfant.

La plupart du temps, lorsqu'une pleurésie purulente est abandonnée à elle-même, elle détermine la mort par septicémie avec plus ou moins d'asphyxie, sans que le pus se soit frayé une issue au dehors. Mais quelquefois il n'en est pas ainsi : une ulcération de la plèvre rend possible soit l'évacuation par une bronche perforée, d'où une vomique, soit la collection d'un abcès thoracique.

C'est cet abcès que dans la terminologie classique on appelle *empyème de nécessité*, et ce mot vaut à lui seul un long poème. Ne nous rappelle-t-il pas cette période de chirurgie septique où Moutard-Martin passait pour révolutionnaire, parce qu'il soutenait, après Hippocrate, que dans la pleurésie purulente la ponction devait céder le pas à l'incision ; que la pleurotomie était encore le moins mauvais traitement de cette grave lésion. On ne disait pas alors : le moins mauvais, mais le meilleur traitement; les résultats obtenus nous paraissent aujourd'hui trop médiocres pour mériter l'épithète. Empyème de nécessité ! Cela veut dire qu'à cette époque, pas très éloignée puisque c'était celle du début de mes études, le plus souvent on se refusait à opérer largement : et de ponction en ponction on menait le patient à la tombe. Mais de temps à autre, un beau jour, au niveau d'une piqûre ou ailleurs, on voyait poindre une collection fluctuante ; et alors, la mort dans l'âme, pour éviter les décollements étendus de l'insuffisante ouverture spontanée, on fendait la peau sur l'abcès thoracique : empyème de nécessité !

Vous croiriez donc volontiers que, à l'heure actuelle, cet abcès pleural de la paroi thoracique ne doit plus s'observer jamais : même les plus timides des médecins n'ont pas une semblable peur du bistouri. Je puis, cependant, vous citer un exemple moderne de cette psychologie antique — j'ignore au reste l'âge du responsable —. Il s'agit d'une malheureuse fillette de sept ans chez laquelle, après une affection thoracique aiguë en décembre 1895, et après de nouveaux accidents graves en février 1896, le médecin avait fini par diagnostiquer une pleurésie purulente : première ponction en juin, deuxième quinze jours plus tard, troisième dix jours ensuite. Une semaine après, on voyait apparaître du gonflement et de la rougeur vers le mamelon droit. Vous croyez peut-être qu'alors on opère ? Pas du tout : l'abcès s'ouvre de lui-même au début d'août et, enfin, le 20 août l'enfant, mourante, est amenée à l'hôpital des Enfants-Malades. Là, un chirurgien la déclare perdue, refuse de l'admettre et donne à la mère l'adresse de l'hôpital Trousseau, où je reçus, j'opérai, je guéris.

Cette exception, à vrai dire, confirme la règle : cette triste odyssée est la seule, heureusement, que je puisse vous raconter. Ainsi, presque jamais plus on ne voit la lésion en question au cours d'une pleurésie purulente bien diagnostiquée : on opère toujours avant cette complication. Mais il reste une cause, les erreurs de diagnostic. Et ce n'est pas une cause aussi exceptionnelle que vous pourriez le penser, puisque j'ai pu en sept ans soigner 7 cas de ce genre à l'hôpital Trousseau ; avec le précédent, cela fait 8. De ces observations, 7 ont été publiées l'an dernier par mes élèves MM. Audion et Bourgeois dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance;* elles avaient servi à documenter la thèse de Cornil. La huitième se rapporte à une malade que vous avez eue récemment sous les yeux, du 30 septembre au 11 décembre 1899, dans notre salle Valleix.

Voici cette histoire, que nous pourrons ensuite comparer aux autres.

Une fillette de sept ans, depuis trois années sujette, en hiver surtout, à des bronchites fréquentes, fut prise le 15 juin 1899 d'une maladie aiguë : elle fut soignée, nous dit la mère, pour une fièvre muqueuse suivie de pneumonie. La fièvre muqueuse est hypothétique, mais on doit considérer la pneumonie comme certaine. Pendant cette maladie, la température monta entre 39° et 40°; il y eut une forte toux. Enfin, au bout de sept semaines, l'enfant allait mieux, en sorte qu'on l'envoya à la campagne. Là, au bout de quelques jours elle se mit à tousser, par quintes, à la fin desquelles elle crachait du pus en assez grande quantité. Si bien qu'on la fit revenir à Paris et qu'on l'amena à l'hôpital Trousseau, parce qu'elle portait dans le dixième espace intercostal droit, à 10 centimètres environ de la ligne épineuse, une tumeur grosse comme une noix.

Cette tumeur était fluctuante; c'était par conséquent un abcès. Cet abcès ne venait sûrement pas du rachis, parfaitement droit et souple. Au premier abord, on aurait donc pu croire à un abcès froid costal: mais une série de motifs commandait l'examen complet de la cavité thoracique.

D'abord, l'histoire de la maladie était bien celle d'une pneumonie suivie de pleurésie, avec défervescence relative au bout de quelques semaines, ce qui n'est pas rare pour les pleurésies métapneumoniques. Défervescence relative, ai-je dit, car le thermomètre, au moment de l'admission de la fillette marquait encore 38°4 dans le rectum, et il est probable que cette légère fièvre avait dû exister pendant la prétendue convalescence. De plus, l'enfant était pâle, amaigrie, en sorte que, dans l'hypothèse d'un abcès froid, il fallait déterminer s'il existait de la tuberculose pulmonaire, et cela d'autant plus qu'on nous signalait une expectoration assez bizarre pour une enfant de cet âge. Enfin, comme les abcès froids des parois thoraciques, quelle que soit leur origine souvent discutée, s'accompagnent fréquemment d'une poche sous-costale, la percussion et l'auscultation sont indispensables pour un diagnostic précis.

Ces explorations furent ici tout de suite révélatrices d'une pleurésie : en arrière, une matité absolue, avec résistance au doigt, remontait jusqu'à l'angle de l'omoplate ; en avant, on la constatait jusque sous la clavicule. A l'auscultation, tous les signes se trouvaient réunis : souffle, égophonie, pectoriloquie aphone.

Le cas n'était donc pas de ceux où, comme je vais le dire dans un instant, l'erreur est excusable. Le diagnostic paraissait évident, et l'intervention s'imposait : je confiai l'opération à mon interne M. Grisel, qui la pratiqua le soir même. La pleurotomie fut faite, comme je la fais toujours, en bas et en arrière, de façon à arriver à peu près dans le cul-de-sac diaphragmatique, en réséquant 4 centimètres de la dixième côte en dehors de son angle.

Environ un demi-litre de pus fut évacué, après quoi la poche thoracique n'était pas vidée. En conséquence, elle fut incisée; sa communication avec la plèvre ne put être mise en évidence, ce qui n'avait d'ailleurs aucune importance.

Immédiatement, la température tomba à 37° et s'y maintint. Le 1er novembre, tout allait très bien : l'abcès était cicatrisé, de la plèvre s'écoulait fort peu de pus. Puis, vers le 20 novembre, il y eut des accidents septiques, dus certainement à quelque pansement défectueux : il existait un léger degré de fièvre, et le pus était assez abondant, jaunâtre et fétide. Alors je prescrivis des lavages au permanganate de potasse à 1/2.000 (jusque-là, selon ma coutume, il n'avait été fait aucune irrigation, pas même le premier jour), et très vite tout rentra dans l'ordre; si bien que le 4 décembre il ne restait plus qu'un petit trajet, où l'on mettait une simple mèche et que huit jours plus tard l'enfant quittait l'hôpital avec un très petit point granuleux. Le 17 décembre elle revenait pour se faire panser, et on trouvait tout cicatrisé.

Avant d'insister sur les quelques points intéressants de cette histoire, je l'ai conduite à son terme. Voyons maintenant les enseignements que nous pouvons en tirer.

Cette observation n'est pas de celles où l'on trouve une excuse au médecin responsable de la pleurésie purulente méconnue. Les signes physiques et fonctionnels, le début par une pneumonie diagnostiquée, tout était au complet, jusques et y compris la vomique probable : car c'est ainsi que presque certainement on doit interpréter les quintes de toux avec expectoration abondante. La vomique est plus rare, au cas de la pleurésie à pneumocoques, chez l'enfant que chez l'adulte, mais elle n'est pas exceptionnelle. Et l'absence de pneumothorax, à cet âge surtout, n'est en rien contraire à cette opinion, attendu qu'elle est la règle après les vomiques chez l'enfant. Je passe, car je ne veux pas m'occuper aujourd'hui des considérations chirurgicales auxquelles peut donner lieu la pleurésie purulente qui se termine par une vomique.

A la vomique près, vous trouverez dans le mémoire de MM. Audion et Bourgeois d'autres observations où les symptômes étaient aussi évidents : voici, par exemple, une fillette de huit ans qui portait au niveau du mamelon gauche une tumeur rouge, rénitente, grosse comme une orange; le thorax était immobilisé de ce côté, la matité obscurcissait jusqu'à l'espace de Traube, les vibrations étaient abolies, la pointe du cœur battait sur la ligne médiane.

Cependant, je dois ajouter qu'il n'en est pas toujours ainsi et que l'erreur est quelquefois pardonnable. Dans mes observations, j'en trouve une d'où je ne puis rien conclure car, après avoir constaté une fistule datant de trois mois et un abcès thoracique récent chez un garçon de sept ans, je n'explorai pas autrement la poitrine et ce n'est qu'en opérant que je trouvai un épanchement pleural, abondant malgré la fistule. Mais chez un autre enfant, un garçon de trois ans et demi, la percussion et l'auscultation furent pratiquées non seulement à l'hôpital par moi, mais aussi par M. Derecq à l'Œuvre des Enfants tuberculeux. Cet enfant, qui en décembre 1897 avait eu une coqueluche suivie de bronchopneumonie, m'était envoyé le 6 mai 1898 pour un abcès froid situé au niveau et en dedans du mamelon gauche, abcès gros comme une mandarine, recouvert de peau souple, mobile, normalement colorée, parsemée de quelques veines dilatées; et l'on me priait de le guérir de cette lésion chirurgicale pour qu'on pût le recevoir à l'hôpital d'Ormesson. A l'examen stéthoscopique, la respiration était entendue des deux côtés, et il y avait seulement au niveau de la bifurcation des bronches, à gauche surtout, une matité que j'attribuai à de l'hypertrophie ganglionnaire. Et pourtant, après incision, je fus conduit dans la plèvre, et l'épanchement n'était pas enkysté en avant, sous la poche superficielle, puisque je dus terminer, pour assurer un drainage complet, par une contre-ouverture postéro-inférieure, avec résection costale.

Cela ne surprendra personne parmi ceux qui ont l'expérience de la pleurésie métapneumonique chez l'enfant. Lisez les quelques pages que M. Netter a récemment consacrées à ce sujet dans le *Traité des maladies de l'enfance*, et vous verrez que tous les signes classiques peuvent faire défaut, même avec des épanchements d'une notable abondance; que le plus important d'entre eux est la matité absolue, mais quelquefois très limitée; que les erreurs sont fréquentes, en particulier, avec la tuberculose pulmonaire; et que, même peu de temps après une maladie aiguë de la poitrine, la ponction exploratrice peut être indispensable pour assurer le diagnostic. Et quand une première ponction restera blanche, qu'on n'en tire pas trop vite argument, car dans les pleurésies à pneumocoques — et c'est d'elles surtout qu'il est ici question — d'épaisses fausses membranes peuvent fort bien boucher l'aiguille de Pravaz, voire même celle de l'appareil de Potain. Je parle, bien entendu, des pleurésies qui, ayant contact avec la paroi, sont susceptibles d'aboutir à l'em-

pyème de nécessité, et non pas des cas, encore beaucoup plus embarrassants, où la collection, enkystée et profonde, interlobaire, médiastine ou diaphragmatique, ne peut être trouvée jusqu'au jour de la vomique.

Sans doute, le diagnostic devient d'autant plus obscur qu'on s'éloigne davantage des accidents aigus initiaux, et au bout de six mois, avec des symptômes pleurétiques aussi faibles, j'allais dire aussi nuls que dans le cas dont je viens de parler, on est pour ainsi dire obligé de croire à de la tuberculose pulmonaire (l'autopsie nous a fait voir d'ailleurs un tubercule crétacé au sommet gauche) avec adénopathie bronchique et à ne pas faire au lieu d'élection une ponction exploratrice. Cela est bien plus vrai encore pour les cas abandonnés à eux-mêmes jusqu'à formation d'une fistule spontanée; car s'il y en a où l'orifice est assez large pour qu'on constate un pneumothorax avec traumatopnée, comme je l'ai noté deux fois, un pertuis de petites dimensions, conduisant le stylet dans un décollement étendu, il est vrai, mais où l'on rencontre une côte dénudée, prête facilement à l'erreur. Et si, ainsi que la chose est arrivée pour un de mes malades, la mère vous raconte que, après avoir eu la rougeole en janvier 1893, quelques mois après l'enfant a été soigné pour une fièvre typhoïde avec un abcès chaud au niveau de la huitième côte droite, abcès avec fièvre intense et douleurs vives, puis incision faite le *6 août 1893 :* en présence d'une histoire semblable, le *26 juillet 1894*, vous ferez sans doute comme moi, vous diagnostiquerez une ostéomyélite costale à début aigu, pseudotyphoïdique, avec accidents prolongés et séquestre probable; puis vous serez tout surpris d'entrer dans la cavité pleurale pleine de pus et surtout de fongosités.

Cependant, si le diagnostic d'une pleurésie purulente peut, à une période plus ou moins tardive, devenir très épineux, qu'il y ait ou non empyème de nécessité, tout au début il y a des règles suffisamment précises pour que le médecin ne soit pas en droit de méconnaître une pleurésie purulente jusqu'à ce qu'il se forme un abcès thoracique. Cela n'aura pas lieu si pendant et après toute maladie thoracique aiguë — M. Netter dit même toute maladie aiguë — le praticien ausculte et surtout percute souvent et avec méthode la poitrine; s'il est bien pénétré de cet aphorisme que chez l'enfant la pleurésie purulente est souvent difficile à dépister; et, enfin, si dans les cas douteux il recourt avec sagacité à la ponction exploratrice.

J'insiste principalement sur la pleurésie métapneumonique, car soit d'après l'évolution consécutive à une affection thoracique aiguë, soit d'après l'aspect des fausses membranes et du pus, soit surtout d'après l'examen bactériologique ayant décelé des pneumocoques, c'est de pleurésies métapneumoniques qu'il s'est agi chez les enfants que j'ai observés. La preuve n'est pas toujours absolue, je le sais, mais elle est dans la plupart des cas très nette; et, de plus, cette notion cadre bien avec la bénignité des accidents. En effet, vous devez être stupéfaits de voir ainsi survivre, et en fin de compte guérir après opération, des enfants dont la pleurésie purulente a été négligée pendant des mois et dans un cas pendant plus d'un an. Or, il est certain que la pleurésie à pneumocoques est la moins mauvaise des pleurésies purulentes.

Au total, sur 8 malades, je n'en ai perdu qu'un : le petit qui venait de l'hôpital des Enfants tuberculeux. Le pneumocoque a été trouvé dans le pus, et l'enfant semblait aller bien, il n'avait pas de fièvre et avait engraissé, lorsque le 4 juillet il mourut subitement; à l'autopsie, le poumon était tout entier carnifié, mais la pleurésie purulente était guérie, puisque de la cavité pleurale, comblée par les adhérences, il ne restait que l'espace occupé par les drains. Par conséquent, le mécanisme exact de la mort m'échappe.

Chez cet enfant, la cavité pleurale s'est cicatrisée, après incision simple, quoique les accidents eussent six mois de date et que le poumon fût carnifié. Et l'empyème simple a suffi à la cure chez les trois autres malades qui m'ont été amenés à la période d'abcès, avant la fistule. Chez ces enfants, les accidents dataient de trois mois et demi, deux mois, cinq semaines, et dans ce dernier cas la collection thoracique n'offrait à vrai dire aucune importance : la pneumonie avait débuté le 11 octobre 1894, le médecin avait le 1er novembre assuré le diagnostic par la ponction et avait tout de suite envoyé l'enfant à l'hôpital Trousseau, où dès le 2 novembre je trouvai un abcès causé par la ponction, situé sur la ligne axillaire, dans le cinquième espace.

J'ai incisé sur cet abcès, en réséquant comme toujours un peu de côte, pour faciliter le passage et le fonctionnement de deux gros drains, et comme, après ouverture large, j'ai constaté qu'il n'y avait pas de cul-de-sac inférieur, profond et mal drainé, comme, d'autre part, le cas était assez récent pour que l'expansion pulmonaire pût être escomptée, je n'ai pas fait autre chose. Mais en règle générale la pleurotomie sur l'abcès thoracique, l'empyème de nécessité de nos pères, me paraît insuffisante. Presque toujours, en effet, l'abcès se forme en avant vers la région mamelonnaire ou même plus haut; ouvrir en ce lieu, c'est vraiment, malgré la tendance des feuillets pleuraux à l'accolement, trop se jouer des lois de la déclivité.

Certainement, je lis dans un article que, sur 14 cas d'ouverture thoracique spontanée, Oulmont a compté un jour 11 guérisons, mais mon expérience me permet de m'inscrire en faux contre cette assertion. Voici, par exemple, une fillette de neuf ans, qui en avril 1896 eut une pneumonie après la rougeole; le médecin l'autorisa à sortir au quarantième jour, malgré de la toux, un point de côté, de la gêne respiratoire; au mois de juillet, on vit poindre vers le sixième espace intercostal un abcès que le médecin incisa, puis pansa avec des cataplasmes, et quand l'enfant me fut apportée, le 29 septembre de la même année, elle se trouvait dans un état lamentable.

Dans le sixième espace intercostal, en ligne mamelonnaire, une ulcération profonde, à bords violacés, large comme une pièce de deux francs, donnait issue, à chaque quinte de toux, à une grande quantité de pus verdâtre et fétide. Le stylet pénétrait dans la plèvre en frottant contre plusieurs côtes dénudées. Les signes stéthoscopiques étaient ceux d'un pyopneumothorax. L'état général paraissait mauvais, le teint terreux, l'amaigrissement considérable.

Voilà ce que donne l'ancien « empyème de nécessité » c'est-à-dire, selon le conseil de nos devanciers, l'incision sur la tumeur. Elle ne me paraît pas valoir beaucoup mieux, cataplasmes à part, que l'ouverture spontanée, dont on se réjouissait naguère comme d'une issue favorable. J'en ai trois observations, toutes trois défavorables, car les enfants étaient, comme celle dont je viens de parler, sur le chemin de la mort et ils n'ont guéri qu'au prix de plusieurs opérations graves, avec une déformation thoracique persistante.

En réalité, il faut, après avoir ouvert l'abcès et la plèvre à son niveau, explorer la cavité et établir une contre-ouverture déclive, la plupart du temps dans le dixième espace intercostal, en arrière, près de l'angle costal, c'est-à-dire au lieu d'élection. J'ai coutume de compléter l'incision des parties molles par la résection d'un fragment costal, ce qui a pour but de permettre un meilleur drainage. Mais cela n'a rien à voir, ni de près ni de loin, avec l'opération d'Estlander que toujours j'ai dû pratiquer lorsqu'il existait une fistule spontanée.

Une fois, j'ai cru qu'après nettoyage de la fistule et de la côte antérieure, quoique la fistule datât de près de quatre mois, la contre-ouverture suffirait pour drainer la plèvre, pleine de pus malgré l'existence de la fistule. Cependant, la cavité ne se combla point et je fus obligé, à trois reprises, de réséquer des côtes. De même, j'ai pratiqué des résections successives chez les trois autres enfants auxquels je fis dès la première séance des résections multiples et étendues, en tout cas rendues nécessaires par des lésions de carie portant sur plusieurs côtes. C'était la seule manière de faire combler une cavité où le poumon n'avait aucune tendance à venir au contact de la paroi thoracique.

Ici je m'arrête, car j'aurais à exposer toute l'histoire des fistules pleuro-cutanées et de leur traitement, ce qui n'a rien à voir avec la question actuelle, et en vous disant quelques mots à ce sujet j'ai surtout voulu vous montrer combien on se trompait naguère quand on considérait l'empyème de nécessité comme un phénomène heureux. L'ouverture spontanée était peut-être préférable à la pleurotomie septique et tardive; mais, aujourd'hui, par un diagnostic et par une incision précoces vous devez l'éviter à tout prix.

BULLETIN

Le veto opposé par le directeur de l'Assistance publique à Paris aux études anatomo-pathologiques dans les hôpitaux.

Il est de pratique courante, aussi bien en France qu'à l'étranger, de présenter à l'appui des communications importantes faites devant une Société savante les pièces anatomo-pathologiques se rapportant au sujet traité. Ces pièces sont ensuite soumises à l'examen microscopique qui permet souvent d'élucider la véritable nature de la maladie que le clinicien a vu évoluer sous ses yeux. Les progrès de la pathologie vont de pair avec ceux de l'anatomie pathologique. Inutile de rappeler, à titre d'exemple, que si Charcot a apporté une grande lumière dans l'étude du système nerveux, c'est grâce à la méthode anatomo-clinique, qui lui a permis de découvrir le substratum anatomique de bon nombre d'affections mal connues jusque-là.

L'utilité des études anatomo-pathologiques est trop bien reconnue dans tous les pays pour que nous y insistions davantage. Aussi avons-nous été surpris d'apprendre que M. le docteur Napias, directeur de l'administration de l'Assistance publique à Paris, avait tout récemment adressé aux directeurs des hôpitaux de la capitale une circulaire dont les termes sont de nature à rendre à peu près impossible l'utilisation, au point de vue des études d'anatomie pathologique, du matériel considérable que fournissent les nombreux établissements hospitaliers de Paris. Qu'on en juge par la lecture de ce document :

« Un fait récent m'a fourni l'occasion de constater que les instructions réglementaires concernant le service des amphithéâtres et des salles des morts n'étaient pas exactement suivies dans tous les établissements.

» L'arrêté réglementaire du 3 décembre 1831, et celui du 23 avril 1892 qui revise les articles 4 et 5 de cet arrêté, interdisent formellement dans les hôpitaux les travaux de dissection.

» Ces deux arrêtés n'autorisent que les autopsies, c'est-à-dire les seules constatations de faits scientifiques, constatations qui ne doivent jamais aller au delà, ni dégénérer en mutilations par l'enlèvement d'organes ou de pièces anatomiques, quel que soit d'ailleurs l'intérêt que ces organes ou ces pièces puissent présenter.

» Les restrictions dont il s'agit sont prises, vous le savez, tant pour sauvegarder les droits des familles en ce qui concerne les corps réclamés, que dans l'intérêt des études anatomiques, en ce qui touche les corps non réclamés, ces corps étant destinés à l'enseignement anatomique dans les deux amphithéâtres de la Faculté et de l'Administration.

» Toutes les fois donc que MM. les chefs de service désirent, dans un but scientifique, enlever un organe ou une pièce anatomique quelconque sur un cadavre, la demande d'autorisation que vous avez à me faire parvenir doit être appuyée des motifs précis qui la justifient et indiquer l'usage que l'on veut en faire. Je ne donnerai mon autorisation que dans des cas

tout à fait exceptionnels et j'ajouterai très restreints.

» J'appelle tout particulièrement votre attention sur ce point, sur lequel je vous prie d'appeler également, en mon nom, l'attention de MM. les chefs de service qui comprendront, je n'en doute pas, la nécessité d'apporter la plus grande modération dans les recherches ou investigations qu'ils auraient à faire sur les corps des malades décédés dans leurs services et surtout dans leurs demandes d'enlèvement d'organes ou de pièces anatomiques.

» Lorsque vous aurez à me soumettre des demandes de cette nature, vous devrez, bien entendu, avoir soin de mentionner si le corps est réclamé ou non; et s'il s'agit de corps réclamés, vous devrez y ajouter s'il y a eu opposition ou non à l'autopsie, et, éventuellement, si la famille consent à l'enlèvement demandé de l'organe. Dans tous les cas les enlèvements d'organes que j'autoriserai devront être faits avec toutes les réserves compatibles de manière à ne pas froisser les sentiments des familles.

« Je vous prie de donner des instructions très précises dans ce sens au garçon d'amphithéâtre et de me signaler immédiatement tous les manquements que vous auriez constatés de la part de cet agent. De mon côté, je vous rendrais personnellement responsable de ces manquements, s'il m'était démontré que vous n'avez pas tenu la main à l'observation rigoureuse des présentes instructions. »

Il va sans dire que les chefs de service des hôpitaux de Paris ont immédiatement consigné leurs protestations contre la situation qui leur est ainsi faite. Mais la question que soulève la circulaire du directeur de l'Assistance publique nous semble avoir une portée qui dépasse celle d'un simple incident local, attendu qu'elle va à l'encontre des progrès de la science médicale. C'est pourquoi nous avons jugé bon de la publier ici pour qu'elle arrivât sous les yeux du Corps médical de tous les pays et fût appréciée comme elle le mérite. Il y a lieu de croire, pourtant, que dans quelque temps la situation redeviendra à Paris ce qu'elle était précédemment, car, dans notre pays, nombre d'instructions, de règlements et même de lois restent souvent lettre morte.

MÉDECINE PRATIQUE

Le panaris diphtérique.

La classification actuelle des panaris est basée sur le degré de profondeur et sur la forme anatomique des lésions dont l'agent pathogène n'entre généralement pas en ligne de compte. On sait bien que cette affection, comme les autres processus phlegmoneux, peut relever de différentes espèces de microbes (staphylocoques, streptocoques), mais on n'a pas encore jugé opportun d'établir des variétés cliniques du panaris d'après la nature de l'infection.

Cependant, plusieurs faits récents, dont le premier en date appartient à M. le docteur J. Seitz (de Zurich) (1), et les trois autres ont été observés par M. V. Hau (2), interne de M. le docteur Rabot, médecin des hôpitaux de Lyon — l'un sur sa propre personne, à la suite de l'autopsie d'un enfant mort du croup, et deux sur des religieuses ayant soigné des enfants atteints de diphtérie —, prouvent qu'il est nécessaire, pour les besoins de la clinique, de distinguer dans le groupe des panaris une forme spéciale à laquelle il convient d'appliquer l'épithète de *diphtérique*.

En effet, dans ces quatre cas, le pus du panaris renfermait, à côté des staphylocoques et des streptocoques, des bacilles de Löffler qui se montrèrent très virulents pour des cobayes, ces animaux ayant rapidement succombé après l'inoculation, avec tous les signes de l'infection diphtérique. L'étiologie du panaris est restée quelque peu obscure chez le malade de M. Seitz, qui n'a pas été en contact avec des diphtériques. Cependant, comme le patient hébergeait, au niveau des amygdales, des bacilles virulents de Löffler, malgré l'absence de tout signe d'angine, et qu'il avait l'habitude de se mordiller les doigts, on peut supposer qu'il s'est agi ici d'un panaris diphtérique par auto-inoculation.

Dans toutes ces observations on a eu affaire à des panaris sous-cutanés et même sous-épidermiques, sans dépôts fibrineux, qui ont amené la production d'un liquide muco-purulent, au lieu d'une suppuration franche, et qui étaient accompagnés d'une tuméfaction œdémateuse donnant aux tissus un aspect érysipélateux. Il n'y a eu ni albuminurie ni accidents consécutifs (paralysies post-diphtériques), bien que le sérum antitoxique n'ait pas été employé. Chez le malade de M. Seitz, chez M. Hau lui-même (dont le panaris a revêtu la forme d'une tourniole avec décollement partiel de l'ongle) et chez l'une des sœurs du service la lésion s'est montrée particulièrement résistante aux moyens usuels de traitement : malgré l'évacuation du pus, l'application de substances antiseptiques et l'excision des lambeaux épidermiques décollés, le processus morbide continuait à s'étendre insidieusement sous l'épiderme. M. Hau ne guérit de son panaris qu'après qu'il eut, sur le conseil de M. Rabot, exposé le doigt malade à la lumière et à l'air, sans pansement. Chez la seconde religieuse qui, ayant négligé de traiter son panaris, l'avait laissé évoluer spontanément, de sorte qu'il se trouvait exposé à l'air et à la lumière, la guérison a été rapide.

Si le panaris diphtérique présente, au point de vue de l'aspect des lésions et des moyens thérapeutiques propres à le combattre, des particularités qu'il est bon de connaître, c'est surtout pour la prophylaxie publique qu'il offre une grande importance. Il est facile de comprendre, en effet, que les sujets porteurs de ce genre de lésions peuvent devenir pour leur entourage une source d'infections diphtériques graves; il est donc nécessaire de les isoler jusqu'à guérison complète du panaris, notamment lorsqu'ils sont appelés à vivre dans un milieu hospitalier.

Les terreurs diurnes chez les enfants.

L'existence, chez les enfants, de troubles analogues aux terreurs nocturnes et qui ne se distinguent de ces dernières qu'en ce qu'ils apparaissent à l'état de veille, constituant de la sorte des terreurs diurnes, n'a pas échappé à certains cliniciens, bien que les traités classiques n'en fassent pas mention. Moins fréquent que le *pavor nocturnus*, le *pavor diurnus* est loin d'être un phénomène exceptionnel, puisque M. le docteur G. F. Still, assistant du service de pédiatrie à l'hôpital de King's College de Londres, a eu l'occasion de l'observer dernièrement chez deux garçons, âgés l'un de six ans et l'autre de trois, et chez une fillette de quatre ans. C'étaient des enfants de tempérament nerveux mais qui ne présentaient, à part les accès de frayeur, aucun stigmate névropathique. Chez les ascendants de deux d'entre eux on relevait seulement l'existence de la diathèse rhumatismale et ce n'est que dans la famille d'un de ces petits malades qu'on notait plusieurs faits d'affections mentales et nerveuses, en même temps que la fréquence d'accidents rhumatismaux.

Dans ces trois cas les terreurs paroxystiques ont offert les mêmes caractères. Lorsqu'il était occupé à jouer, ou se tenait tranquille mais étant complètement éveillé, l'enfant commençait tout à coup à pousser des cris de frayeur croyant voir ou entendre quelque chose de terrifiant et rien ne pouvait le calmer jusqu'à ce que la crise se terminât spontanément, ce qui se produisait au bout de quelques minutes. Au cours de l'accès le petit malade reconnaissait toujours les personnes de l'entourage. La fréquence des paroxysmes diurnes a varié de deux par mois jusqu'à vingt par jour.

On voit que ces accès ne se distinguent du *pavor nocturnus* que par le fait qu'ils apparaissent à l'état de veille, tandis que les terreurs dites nocturnes se produisent, comme on sait, pendant le sommeil. Il s'ensuit qu'une crise de frayeur survenant la nuit chez un enfant qui, pour une raison ou pour une autre, est éveillé, doit être classée dans la catégorie des terreurs dites diurnes, tandis qu'il s'agira de terreurs dites nocturnes si l'accès se montre dans le courant de la journée, et quand l'enfant se trouve endormi.

Cependant, ces deux variétés de terreurs ne sont que des manifestations équivalentes d'un seul et même état morbide. C'est ainsi que les petits malades de notre confrère anglais ont présenté tout d'abord des terreurs à type nocturne, c'est-à-dire survenant pendant le sommeil, mais qui dans la suite ne se montrèrent plus que le jour et à l'état de veille.

L'identité qui existe entre les terreurs nocturnes et les terreurs diurnes laisse entrevoir que ces accidents nerveux sont justiciables du même traitement. De fait, les bromures et les préparations belladonées, auxquels on a généralement recours contre le *pavor nocturnus*, exercent aussi une influence favorable sur le *pavor diurnus*. Toutefois, M. Still a pu se convaincre que dans les deux cas l'action de ces médicaments est plutôt symptomatique que curative et qu'on obtient des effets thérapeutiques meilleurs et plus durables en traitant les troubles de la digestion, cause habituelle des accès de frayeur, qui, d'après notre confrère, seraient le plus souvent un phénomène réflexe à point de départ gastro-intestinal. C'est ainsi que deux des petits malades en question, qui présentaient des terreurs diurnes, étaient atteints en même temps de troubles digestifs dus à l'abus des féculents et des sucreries. Après les avoir mis à un régime alimentaire convenable, et leur avoir fait prendre des alcalins, on ne tarda pas à constater la disparition complète des accès. Ce même résultat fut obtenu chez le troisième enfant après l'expulsion, sous l'influence d'un vermifuge, de nombreux ascarides.

LES ILLUSTRATIONS MÉDICALES

DU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE

Au déclin de notre siècle il nous paraît bon de jeter de temps à autre un regard en arrière en mettant sous les yeux de nos lecteurs, à l'occasion d'une œuvre d'art ou d'une cérémonie commémorative, quelques courtes notes sur la vie d'un homme célèbre de notre profession. Ces articles, toujours accompagnés d'une reproduction artistique, auront l'avantage de faire connaître la physionomie des maîtres des générations médicales qui nous ont précédés. Leur ensemble montrera à la longue que dans tous les pays les sciences médicales ont eu, au cours du dix-neuvième siècle, des représentants illustres, sans que pour cela il soit nécessaire de reconnaître à chacun d'eux le mérite d'un novateur.

MAISONNEUVE

C'est d'« un des plus grands chirurgiens du siècle qui finit » que M. Paul Reclus a prononcé l'éloge mercredi dernier à la séance annuelle de la Société de chirurgie de Paris. Maisonneuve fut, en effet, un maître et si, à cause de son caractère un peu trop bourru, il n'eut pas la chance d'appartenir au corps enseignant de la Faculté de médecine de Paris, ni aux Compagnies savantes d'ordre officiel, on ne peut pas dire que l'ostracisme dont il a été victime fût justifié, car « l'œuvre scientifique du candidat l'emportait sur celle de bien des concurrents ».

Maisonneuve était venu à Paris à l'âge de vingt ans, après avoir étudié à l'Ecole de médecine de Nantes dont il était le meilleur élève de son temps. En 1831, il fut nommé interne des hôpitaux en même temps que Barth, Grisolle, Nélaton, et chirurgien des hôpitaux en 1842.

« Quand il fut à la tête d'un service, dit M. Reclus, fort de son intelligence, de son savoir, des idées nouvelles qu'il sentait sourdre en lui, il prit le droit de parler haut; comme les voies déjà tracées ne le tentaient pas, comme il croyait seulement à ce qu'il avait vu et à ce

(1) J. Seitz. Diphtheriebacillen in einem Panaritium. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er novembre 1899.)

(2) V. Hau. Panaris diphtérique. (*Lyon méd.*, 28 janvier 1900.)

qu'il avait fait, comme il ne s'arrêtait guère à l'opinion des autres, fussent-ils les princes de la science ou les rois de l'école, il livra dès les premiers jours de terribles batailles où il ne daigna jamais compter les coups donnés et reçus.

neau, sur un nouveau procédé de taille rectale, sur la gangrène foudroyante; sa statistique sur près de 12,000 cas de hernies. »

Mais la découverte la plus importante est assurément celle de l'uréthrotome. Voici comment son historien s'exprime à ce sujet devant



Jacques-Gilles-Thomas MAISONNEUVE
1809-1897

» Il commença la série de ses recherches originales par un mémoire sur les fractures du péroné dont il établit, par des expériences sur le cadavre, les divers mécanismes et les diverses variétés; il traça l'histoire, encore inconnue, des luxations du sternum et, dès 1845, il imagina cette admirable opération, l'anastomose intestinale, qu'il exécuta sur des animaux vivants. L'idée était neuve d'ouvrir l'anse située au-dessus de l'obstacle dans l'anse au-dessous pour rétablir le cours des matières et supprimer l'humiliante infirmité qu'entraîne l'orifice anormal de Littre et de Callisen; mais l'opération fut stérile, car, comme l'hystérectomie de Récamier, et plus encore que l'hystérectomie, elle était née avant son heure. Cette anastomose, qui rend aujourd'hui de tels services, fut traitée de rêve vain par les praticiens d'alors, puisque le seul fait d'ouvrir le péritoine tuait infailliblement le malade. Aussi Maisonneuve ne tenta jamais l'opération sur l'homme; plus tard, sous le couvert de l'antisepsie, l'honneur devait en revenir à Wölfler.

» D'autres découvertes eurent un intérêt plus immédiat : Maisonneuve pratique la première blépharorrhaphie et cette idée de coudre les paupières pour assurer le succès de certaines autoplasties a fait depuis un rapide chemin. Récamier avait proposé pour combattre la fissure anale « le massage cadencé », opération bizarre et de pratique étrange, mais de succès incontestable. Maisonneuve reconnut vite qu'ici la cadence n'avait rien à faire, ni le massage du sphincter, et que les bons résultats étaient dus à l'élargissement provoqué par le passage successif des doigts : de là son procédé de la dilatation forcée, adopté par tous les chirurgiens. Il montre les bénéfices qu'on retire de la ligature de la carotide externe; il lie, le premier, l'artère vertébrale; s'il ne sectionne qu'après Rhea Barton le col du fémur dans l'ankylose angulaire, il substitue l'ostéoclasie à l'ostéotomie, manœuvre admirable puisqu'elle remplace par une fracture fermée, à peu près innocente, la fracture ouverte si meurtrière en ces temps de septicémie. Une seule de ces découvertes eût consacré la célébrité d'un chirurgien, et nous mentionnons à peine ses thèses sur le périoste, sur la coxalgie, les kystes de l'ovaire, les tumeurs de la langue; ses mémoires sur le dragon-

la Société de chirurgie : Un demi-siècle a passé depuis cette invention : enthousiasme et malveillance ont également disparu; c'est donc froidement, sans parti pris comme sans exagération, que nous prononcerons ici le mot de génie. Les littérateurs et les peintres le prodiguent à Ambroise Paré pour avoir étreint d'un fil, sur une plaie opératoire, des artères que, depuis quinze siècles, on liait dans les plaies accidentelles; le problème posé devant Maisonneuve était bien autrement ardu : porter le fer à l'aveugle au fond d'un canal mobile, long, irrégulier, étroit; couper les tissus malades, à foyer unique ou multiple, ne couper qu'eux seuls; ne pas blesser la trame saine, tels en étaient les termes redoutables. Tous les Œdipes de la chirurgie avaient essayé de répondre à l'énigme, et la solution la moins mauvaise était peut-être l'uréthrotome à lame cachée de Reybard, dont cependant on ne comptait plus les méfaits. L'uréthrotome de Maisonneuve, lui, est simple, élégant, rapide, innocent, même dans des mains inhabiles; c'est la perfection, c'est l'idéal, et, pour le construire, il fallait accumuler les inventions, imaginer la bougie filiforme que l'on repousse dans la vessie, le conducteur, le pas de vis qui les unit, la trame triangulaire émoussée à son sommet et coupant à l'aller comme au retour, la sonde à demeure ouverte à ses deux bouts : tout autant d'idées lumineuses. Pour Buffon, le génie n'est qu'une longue patience; l'uréthrotome exigea dix ans de recherches et, pendant cette décade, Maisonneuve « y pensa toujours ». (Reclus.)

Malgré tous les mérites de cette invention, lorsque l'Académie de médecine décerna, en 1863, le prix d'Argenteuil, de la valeur de 20,000 francs, *à celui qui aura trouvé le meilleur traitement du rétrécissement de l'urèthre*, c'est en dernière ligne que fut classé le nom de Maisonneuve parmi les concurrents ayant droit à une récompense. Et pourtant l'uréthrotome était parfait à cette époque, tel qu'il est aujourd'hui!

Disons, en terminant, que sa lutte contre l'infection purulente et son intuition du rôle du pansement pour neutraliser sur la plaie le poison provenant de l'extérieur contribuent à assurer à Maisonneuve une grande place parmi les chirurgiens de ce siècle.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 février 1900.

De la présence de l'arsenic chez les animaux, à l'état normal, dans un certain nombre d'organes.

M. Gautier. — Ce n'est pas seulement dans la glande thyroïde, comme je l'ai établi au cours d'une précédente séance (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 413) qu'on trouve de l'arsenic à l'état normal. Cette substance existe également en quantité appréciable dans la peau et ses annexes, les poils, les cheveux, les cornes, etc.; on en trouve aussi des traces dans la glande mammaire, le lait, le thymus et les os.

On ne constate, au contraire, jamais d'arsenic dans le foie, la rate, l'estomac, l'intestin, le pancréas, etc. Je n'ai pas réussi non plus à en déceler la moindre trace dans le tissu cellulaire, les glandes salivaires, la moelle osseuse, le sang, etc.

Les urines et les fèces des individus bien portants qui ne sont pas soumis à un traitement arsenical ne contiennent pas non plus d'arsenic. C'est donc seulement par la peau et ses annexes que s'élimine ce produit.

Cette élimination a pour conséquence, lorsqu'elle est exagérée (à la suite d'un traitement arsenical, par exemple), un accroissement parfois considérable des cheveux et des poils. C'est par l'intermédiaire de certains aliments, notamment des choux, des pommes de terre, des navets, etc., que l'arsenic est introduit dans l'organisme.

Bien que très appréciable dans quelques organes, la quantité totale d'arsenic qui existe à l'état normal n'en reste pas moins très faible; elle correspond à 1/200 millionième du poids du corps.

M. Lancereaux. — A l'appui de ce que vient de dire M. Gautier sur l'accroissement des poils sous l'influence des préparations d'arsenic, j'ajouterai que chez une jeune femme soumise pendant plus d'une année à un traitement arsenical ayant déterminé une paralysie symétrique des deux jambes, j'ai vu ces membres se couvrir de longs poils noirs qui persistèrent pendant quinze à dix-huit mois après la cessation de l'arsenic.

La question se pose de savoir si dans ce cas l'allongement des poils tenait à l'élimination de l'arsenic ou à un trouble trophique résultant de l'action de cette substance sur le système nerveux. Ce qui tendrait à faire admettre cette dernière hypothèse, c'est la coexistence avec l'allongement des poils d'une pigmentation exagérée de la peau et d'altérations des ongles.

M. Lagrange (de Bordeaux) lit une note sur un cas de kyste de l'iris survenu spontanément chez un jeune homme, sans aucun traumatisme préalable.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 22 et 29 janvier 1900.

Sur la résorption intestinale des sucres.

M. Hédon. — J'ai montré antérieurement qu'il y a un rapport entre l'activité diurétique des différents sucres et leur poids moléculaire (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 389). Depuis, j'ai cherché à me rendre compte s'il existe des relations du même ordre pour la résorption intestinale de ces substances.

En étudiant comparativement la résorption des divers sucres en solution à 25 %, solution fortement hypertonique et qui attire, par conséquent, l'eau du sang dans l'intestin, j'ai constaté que le pouvoir d'attraction pour l'eau ou, en d'autres termes, l'énergie de l'action purgative augmente en raison inverse du poids moléculaire de ces sucres, de même que leur pouvoir diurétique.

Pour ce qui est de l'intensité de la résorption, elle croît également en raison inverse du poids moléculaire.

Ces phénomènes étaient évidemment en rapport avec la tension osmotique, celle-ci présentant pour les divers sucres à la même concentration des valeurs d'autant plus élevées que le

poids moléculaire est plus faible. Pour faire abstraction de ce dernier facteur, j'ai introduit dans l'anse intestinale différents sucres en solutions isotoniques entre elles; de plus, afin de supprimer tout courant endosmotique, j'ai employé des solutions telles que leur concentration moléculaire fût à peu près égale à celle du sérum sanguin. Dans ces conditions, la résorption se montra la plus intense pour les deux hexoses étudiées, glycose et galactose, moindre pour l'arabinose, et relativement beaucoup plus faible pour la raffinose.

Les organes périphériques du sens de l'espace.

M. de Cyon. — Il résulte de recherches expérimentales que j'ai instituées sur les canaux semi-circulaires que l'orientation dans les trois plans de l'espace, c'est-à-dire le choix d'une des trois directions de l'espace, dans lesquelles s'exécutent les mouvements des vertébrés, est la fonction exclusive des canaux semi-circulaires. La détermination des forces d'innervation nécessaires aux centres nerveux, pour le maintien de l'équilibre et pour l'orientation dans l'espace, s'accomplit en grande partie à l'aide du labyrinthe. Elle peut pourtant être suppléée jusqu'à un certain point par les organes de la vue, du toucher, etc. Cette détermination se fait grâce à une action inhibitrice exercée par les terminaisons nerveuses des ampoules et des otocystes sur les centres nerveux qui président à l'innervation des muscles volontaires.

Les sensations provoquées par l'excitation des canaux semi-circulaires sont des sensations de direction et d'espace. Elles ne parviennent à notre perception consciente que si nous concentrons notre attention sur elles. Les qualités de ces sensations ainsi que les plans dans lesquels s'opère l'orientation dépendent de la position anatomique des canaux semi-circulaires en état de fonctionner normalement.

MM. Toulouse et **Vaschide** adressent une note sur une *nouvelle méthode pour mesurer la sensibilité thermique.*

M. Guilloz envoie une note relative à l'*action du courant continu sur la respiration du muscle.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 février 1900.

De l'état des fonctions rénales dans les néphrites chroniques.

M. Widal. — S'il est vrai, comme l'a montré M. Bernard dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 39), que les accidents urémiques s'observent plus fréquemment au cours de la néphrite interstitielle qu'au cours de la néphrite parenchymateuse, il est cependant non moins certain que ces accidents peuvent survenir également au début de la néphrite épithéliale pure, et cela alors même que les reins présentent une perméabilité normale au bleu de méthylène, injecté suivant le procédé de MM. Achard et Castaigne. Chez un de mes malades, atteint depuis deux mois et demi de néphrite épithéliale, le bleu s'élimina comme à l'état normal une première fois, alors qu'on observait chez lui de la dyspnée avec céphalée, nausées, myosis double, et une seconde fois, au lendemain d'un coma urémique, alors qu'il était encore en proie à de la torpeur, avec de la dyspnée et de la céphalée.

Dans les néphrites interstitielles, qui sont de beaucoup les plus fréquentes, le bleu passe avec retard ou prolongement de son élimination. Dans les néphrites purement parenchymateuses, au contraire, M. Bard a montré, le premier, que la perméabilité au bleu restait normale et pouvait être exagérée.

La différence de l'élimination dans les deux cas est, croyons-nous, d'une interprétation facile. Dans la néphrite parenchymateuse, le bleu comme les autres matériaux de l'urine arrive directement au contact des épithéliums; dans les néphrites interstitielles, au contraire, le bleu doit commencer par franchir les manchons scléreux qui entourent les artérioles et les capillaires. Il s'agit donc surtout, dans ce cas, d'une imperméabilité vasculaire du rein.

Pour expliquer comment le bleu peut passer normalement au cours d'une néphrite épithéliale, compliquée d'accidents urémiques, on peut se demander, avec M. Lépine, si la perméabilité des épithéliums rénaux n'est pas variable suivant les différentes substances qui les abordent. On sait, par exemple, que le bleu de méthylène est moins diffusible que son chromogène. Nous sommes, d'autre part, encore mal fixés sur les fonctions complexes de l'épithélium rénal, et nous ne pouvons pas, pour le moment, reconnaître les poisons de l'urémie dans l'intimité de l'organisme des brightiques. L'injection aux animaux du sérum des urémiques a donné jusqu'ici des résultats contradictoires; d'autre part, l'injection de ce même sérum dans le cerveau est toujours restée négative, et pourtant, parmi les poisons de l'urémie, il en est qui doivent exercer leur action sur les centres nerveux.

Lorsque la néphrite parenchymateuse se complique de néphrite interstitielle, une diminution dans l'élimination du bleu peut, parfois, être décelée, en même temps qu'un bruit de galop et de l'hypertension artérielle. C'est le cas d'une de nos malades chez laquelle l'élimination de l'iodure de potassium était pourtant normale. MM. Bard et Bonnet ont publié un fait de néphrite diffuse dans lequel les troubles d'élimination étaient inverses : la perméabilité au bleu était normale, tandis que la perméabilité à l'iodure se trouvait troublée.

Les troubles de l'élimination du bleu dans les néphrites ne sont, en général, proportionnels ni au degré de la lésion rénale, ni à l'intensité des symptômes urémiques. Tel sujet atteint de néphrite interstitielle, en proie à des accidents de grande urémie, mortels à brève échéance, peut n'offrir qu'un retard et un prolongement modéré de l'élimination du bleu, tel autre ne souffrant que de petits accidents urémiques, tout prêts à subir une rétrocession rapide, présentera des troubles de l'élimination du bleu portés au maximum. C'est encore le cas d'une de mes malades, actuellement très améliorée, qui, à son entrée à l'hôpital, n'éliminait à aucun moment le bleu qu'on lui avait injecté sous la peau; le chromogène n'apparaissait que pendant un très court espace de temps, durant la sixième et la septième heure qui suivaient l'injection. Si les autres substances avaient été aussi mal éliminées que le bleu, un tel état aurait abouti à une anurie presque complète. Notons que la pression artérielle, tombée à 13, était celle d'un état asystolique.

Quoi qu'il en soit, si l'épreuve du bleu de méthylène fournit des résultats quelque peu dissemblables de ceux qu'on pouvait attendre, elle se montre différente dans les diverses espèces de néphrites, suivant la loi formulée par M. Bard, et permet d'aborder au lit du malade quelques points du problème encore obscur du fonctionnement des reins dans les états urémiques.

M. Achard. — Pour apprécier l'état de la perméabilité rénale par l'épreuve du bleu de méthylène, il y a lieu de tenir compte à la fois du temps de l'élimination et de la quantité de matière colorante éliminée.

La durée prolongée de l'élimination s'observe souvent, comme je l'ai montré avec M. Castaigne, lorsque la perméabilité est diminuée. On conçoit aisément, d'ailleurs, que, le champ de la dépuration urinaire étant amoindri, ce qui reste de parenchyme sain mette un temps plus long à éliminer le bleu. Une interprétation en apparence toute différente a été, il est vrai, proposée : d'après M. Albarran et M. Bernard, ce n'est pas l'imperméabilité mais bien l'hypertrophie compensatrice du parenchyme sain qui produirait, dans certains cas, l'élimination prolongée. Toutefois, comme l'hypertrophie compensatrice est elle-même une conséquence de l'imperméabilité, il nous semble que cette imperméabilité offre, tout au moins, un rapport indirect avec l'élimination prolongée. De plus, nous ne croyons pas que le mot compensation puisse convenir à un état du rein qui aurait pour effet, non pas de ramener l'élimination vers son type normal, mais de l'en éloigner. Car le type normal répond à la fois à une certaine durée et à un certain taux d'élimination : plus la durée s'écarte de la normale, moins on peut dire qu'il y a compensation, et tant que la durée reste normalement prolongée, c'est que la compensation est insuffisante, autrement dit que l'imperméabilité prédomine sur elle.

Le taux de l'élimination est un élément très important mais difficile à évaluer, attendu qu'il est nécessaire de recueillir toute l'urine et que le dosage exige quelques précautions. Nous faisons ce dosage, M. Clerc et moi, sur l'urine de vingt-quatre heures, après injection de 0 gr. 05 centigr. de bleu. Pour cela, nous prélevons une petite quantité de l'urine émise (25 à 50 c.c.) que nous faisons bouillir avec un peu d'acide acétique de manière à transformer en bleu tout le chromogène, et nous diluons cette urine dans 2 à 3 litres d'eau, de façon à obtenir une teinte assez claire. Nous prenons ensuite une même quantité de l'urine émise avant l'épreuve et nous en faisons une dilution analogue. Les deux dilutions sont placées dans deux bocaux aussi semblables que possible, et dans la dilution non colorée nous ajoutons goutte à goutte une solution titrée de bleu, jusqu'à ce que les teintes soient les mêmes dans les deux bocaux. Il est facile alors de calculer le bleu contenu dans l'urine prélevée et dans l'urine de vingt-quatre heures. A l'état normal, le taux d'élimination du premier jour est de 0 gr. 025 à 0 gr. 030 milligr.

Nous avons constaté que la perméabilité peut rester normale dans des cas d'albuminurie passagère ou liée à de vraies néphrites. Dans un fait il s'agissait même d'une néphrite diffuse vérifiée par l'autopsie. Mais, dans ce cas, la glycosurie phloridzique avait fait défaut, ce qui montre que si la perméabilité était conservée, le rein cependant se trouvait troublé dans son fonctionnement.

Nous croyons donc que les troubles de la perméabilité n'expliquent pas tous les symptômes des néphrites. Dans la néphrite interstitielle la perméabilité peut, d'ailleurs, être fort diminuée et la santé se maintenir assez bonne. Divers accidents de cette maladie relèvent des troubles des autres organes, car il s'agit d'une affection plus générale qu'une simple lésion rénale. A l'état normal l'organisme dispose d'une quantité de parenchyme rénal bien supérieure aux besoins courants d'élimination, et une réduction notable de cette quantité est compatible encore avec la santé. Mais l'équilibre se rompt si les besoins d'élimination s'accroissent outre mesure, en particulier lorsque le fonctionnement d'un autre organe est troublé. Aussi l'imperméabilité rénale constitue-t-elle un élément d'aggravation dans les maladies, autant qu'un facteur des troubles morbides.

M. Merklen. — L'étude de la perméabilité rénale au moyen du bleu de méthylène fournit sans doute des renseignements intéressants; toutefois, ce procédé de recherches est beaucoup trop délicat pour pouvoir entrer dans la pratique courante. A l'heure actuelle, je crois que le dosage de l'urée est encore le moyen qui nous permet le mieux de nous rendre compte de l'état du rein en clinique. Quand la densité urinaire d'un brightique baisse, on peut affirmer, sans crainte de se tromper, qu'il est menacé d'accidents urémiques à brève échéance. Ces accidents peuvent être, à la vérité, conjurés par une sorte d'hyperfonctionnement des parties restées saines du filtre rénal. Cet hyperfonctionnement s'établit grâce à l'hypertrophie compensatrice du ventricule gauche, grâce aussi à l'institution du régime lacté.

Ceci dit, je m'associe complètement aux réserves que vient de faire M. Widal sur les difficultés que soulève actuellement l'interprétation de la plupart des accidents qu'on décrit sous le nom d'urémie.

M. Achard. — J'admets très bien, avec M. Merklen, que la diminution du taux de l'urée dans l'urine soit un signe pronostique important, mais cette diminution ne constitue pas une preuve de l'imperméabilité du rein. On ne serait autorisé à porter cette conclusion que s'il était établi que la diminution de l'excrétion d'urée coïncide avec une augmentation de cette substance dans le sang.

M. Ménétrier. — Cette augmentation a été constatée autrefois par M. Jaccoud chez un certain nombre d'urémiques; c'est là, je crois, aujourd'hui un fait bien établi et qui est, à mon avis, plus démonstratif au point de vue de l'état de la perméabilité rénale que les résultats quelque peu divergents fournis par l'épreuve du bleu de méthylène.

Traitement du tétanos par des injections de sérum antitétanique et par le chloral.

M. Petit relate deux cas de tétanos traumatique subaigu qui ont été guéris par des injec-

tions de toxine antitétanique et par l'emploi du chloral à hautes doses.

Le premier se rapporte à un homme de vingt-six ans, tueur aux abattoirs, qui s'était blessé au niveau du pouce droit. Huit jours après cet accident, il fut pris de douleurs et de contractures à l'extrémité du membre supérieur droit, puis de trismus, d'opisthotonos et de contractures des membres et des muscles thoraciques.

Ce malade reçut chaque jour une injection sous-cutanée de sérum antitétanique et absorba journellement de 12 à 18 grammes de chloral. Au bout de trois semaines il était complètement guéri.

Dans le second cas il s'agissait d'un homme de trente-quatre ans qui se fit une blessure au niveau du cuir chevelu en déchargeant des planches; c'est seulement trois semaines après qu'il présenta des accidents tétaniques qui évoluèrent comme ceux du malade précédent et se terminèrent également par la guérison, à la suite du même traitement.

Le premier malade reçut en tout 590 c. c. de sérum en vingt et un jours, le second 560 c. c. en dix-sept jours.

M. Merklen. — Il y a trois ans, j'ai soigné au moyen du chloral et des injections sous-cutanées de sérum antitétanique, un homme chez lequel les accidents tétaniques avaient eu pour point de départ un trajet fistuleux dû à un ancien foyer d'ostéite du tibia.

Cet homme a guéri, bien qu'il ait été atteint d'une pneumonie lobaire au cours du tétanos et bien que le foyer d'ostéite ait été énergiquement cautérisé au thermocautère. Or, on sait que la cautérisation d'un foyer tétanigène passe pour être favorable à la pullulation du bacille de Nicolaïer et à ce titre elle est habituellement déconseillée; il est donc assez intéressant de noter que, dans ce cas, la cautérisation n'a exercé aucune influence défavorable sur le résultat du traitement sérothérapique.

M. Vaquez. — J'ai donné autrefois des soins à un jeune homme qui s'était fait une légère blessure au visage en tombant de bicyclette; les accidents tétaniques consistaient, chez lui, seulement en un léger trismus avec raideur de la nuque; je crus donc avoir affaire à un tétanos bénin, et sur les conseils de M. Roux, je n'injectai à ce malade que de petites doses de sérum antitétanique. Cinq jours après le début des accidents survint une crise très violente de contracture généralisée qui détermina la mort en moins de vingt-quatre heures. Cette terminaison eût peut-être été évitée si les doses de sérum avaient été plus élevées.

M. Rendu. — Dans un cas de tétanos médical survenu chez un homme qui resta exposé à la pluie alors qu'il était en transpiration, j'ai obtenu la guérison au bout de quinze à vingt jours en prescrivant, comme M. Petit, des injections de sérum antitétanique et de 10 à 12 grammes de chloral par jour.

A propos du suc gastrique animal.

M. Launois rappelle sommairement les conditions dans lesquelles M. Frémont recueille le suc gastrique animal (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 224) dont il a été question dans les deux dernières séances.

M. Lion fait remarquer que l'hypopepsie est extrêmement fréquente chez les chiens et, en outre, que, la section du cardia entraînant forcément celle des fibres du pneumogastrique, il ne lui paraît pas démontré que cette intervention soit absolument sans effet sur la sécrétion du suc gastrique.

M. Linossier. — Pavlov a réalisé une expérience analogue à celle de M. Frémont et obtenu des quantités quotidiennes de suc gastrique sensiblement égales. Ce fait ne doit pas surprendre, car la sécrétion de l'estomac isolé du corps est une sécrétion continue, les animaux sur lesquels on expérimente ne pouvant continuer à vivre qu'à la condition de recevoir une alimentation également continue. Si la sécrétion gastrique est intermittente chez l'homme et chez les animaux normaux, c'est parce que leur alimentation est elle-même intermittente. La suppression du réservoir stomacal a forcément pour conséquences la continuité de l'alimentation ainsi que celle de la sécrétion gastrique. Il n'est pas nécessaire, en effet, pour que cette sécrétion ait lieu que l'estomac soit excité directement : cette excitation peut être purement psychique ou porter sur un point quelconque de l'appareil digestif et notamment sur la muqueuse buccale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 février 1900.

Sur un anopheles provenant de Madagascar.

M. Laveran dit avoir reçu de M. Coustan (de Montpellier) des moustiques recueillis dans des localités palustres de Madagascar. En examinant ces moustiques, il a trouvé un *anopheles* qui à sa connaissance n'a pas encore été décrit. Sur des coupes de ces anopheles colorées à l'aide de différents procédés, il n'a trouvé d'éléments parasitaires ni dans la paroi du tube digestif, ni dans la cavité générale, ni dans les glandes venimo-salivaires.

Influence d'une alimentation azotée insuffisante sur l'excrétion de l'azote urinaire.

M. Maurel (de Toulouse) adresse une note dans laquelle il établit expérimentalement que si une alimentation très faiblement azotée fait baisser la quantité d'azote urinaire, celle-ci ne descend guère au-dessous de 0 gr. 08 centigr. par kilogramme de poids.

Cet azote urinaire minimum ne provenant pas des aliments, il faut en conclure qu'il se forme aux dépens des substances albuminoïdes désassimilées.

La tension artérielle dans la variole.

MM. Reynaud et Cotte (de Marseille) envoient une note de laquelle il résulte que la variole s'accompagne toujours d'une hypotension artérielle précoce dont le degré et la durée varient en raison directe de la gravité de la maladie. L'hypotension maxima coïncide avec la période de suppuration. Les tracés fournis par le pouls ne présentent pas de rapports constants avec ceux de la tension artérielle.

De l'odorat dans la paralysie générale.

MM. Toulouse et Vaschide. — Sur 20 femmes atteintes de paralysie générale à différents degrés, 8 ne reconnaissaient aucune odeur. L'anosmie peut être considérée comme un symptôme fréquent à la période d'état et à la fin de la paralysie générale; par contre, elle ne s'observe guère au début de la maladie. A cette période la sensation est à peu près égale à celle des sujets normaux, tandis que la perception se trouve déjà fortement diminuée. Ces deux phénomènes sont donc, jusqu'à un certain point, indépendants et peuvent se modifier différemment au cours des maladies.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 1er février 1900.

Porokératose.

M. Du Castel. — Voici un malade qui présente, à la verge et aux membres, des lésions que je crois devoir rapporter à cette affection rare qu'on appelle porokératose. Elles ont débuté il y a dix ans sur le gland, il y a un an seulement aux autres régions. Vous voyez à la partie inférieure des jambes deux taches violacées, à limites parfaitement circulaires, ayant la dimension d'une pièce de cinq francs. Des taches analogues mais plus petites (quelques-unes n'atteignent que le diamètre d'un grain de chènevis) se trouvent au niveau du gland, des avant-bras et de la face dorsale des mains. Le visage, la cavité buccale, ainsi que le reste du tégument n'offrent rien de semblable.

Si l'on examine chacune de ces taches, on constate qu'elles sont toujours constituées de la même façon et présentent à l'étude deux parties bien distinctes : la région centrale et le bourrelet périphérique.

Le centre de la lésion est nettement déprimé par rapport au bourrelet qui le circonscrit, et semble être le siège d'un processus atrophique. Toute sa surface est revêtue d'une couche cornée épaisse et squameuse. Cependant, sur certains points on retrouve les traces d'un processus actif : le tégument prend une teinte rosée et se hérisse de cônes cornés s'élevant à 1 ou 2 millimètres au-dessus de sa surface. La plupart de ces cônes sont adhérents par leur base, mais quelques-uns se détachent sans trop d'effort.

Le bourrelet périphérique est très nettement dessiné sur toute la limite de la lésion. Il présente une forme irrégulièrement triangulaire à sommet acuminé et porte sur toute l'étendue de la crête une ligne épidermique fine, comme tracée à la pointe de l'épingle.

M. Lenglet. — Une biopsie, pratiquée sur ce malade, m'a permis de faire l'étude histologique de ces lésions.

Au niveau des cônes de la zone centrale de la plaque, la couche cornée est régulièrement hypertrophiée. On n'y trouve pas de porokératose mais des granulations teintes en vert par le bleu polychrome, telles qu'elles ont été décrites par Respighi et Ducrey. La couche cornée s'invagine dans le follicule et y constitue une série de cornets emboîtés, avec un fragment de poil au centre.

La couche de Malpighi est peu développée au niveau du follicule; partout ailleurs elle est d'épaisseur à peu près normale et la couche granuleuse ne manque que çà et là à sa surface. Les cellules granuleuses et les cellules du stratum malpighien renferment des granulations analogues à celles que je viens de signaler dans la couche cornée.

La couche génératrice est presque partout respectée et ne présente pas de trace de prolifération.

Le tissu conjonctif est infiltré dans toute la portion qui correspond au derme papillaire et sous-papillaire ; mais les assises conjonctives du derme profond sont complètement respectées.

L'infiltrat est composé de quatre ordres de cellules : des cellules rondes analogues aux lymphocytes; des cellules à granulations colorées en pourpre par le bleu polychrome (*Mastzellen*); des cellules à noyau excentrique, à protoplasma coloré par le bleu, plus ou autant que le noyau (*Plasmazellen*); enfin, des cellules charriant avec elles, à travers les mailles du derme, des granulations vertes analogues à celles qui existent dans la couche cornée et le réseau de Malpighi. Ce sont ces mêmes granulations qui semblent constituer le pigment qu'on voit dans la couche superficielle du derme profond et que les auteurs italiens ont signalé, sans en chercher l'origine.

Quant au bourrelet, il est constitué par l'épaississement considérable et limité des diverses couches épidermiques, soulevées par le derme infiltré. L'hyperkératose est un peu plus accentuée au niveau du bourrelet, mais je n'y ai pas vu, dans l'unique biopsie que j'ai faite, l'invagination cornée signalée par Respighi et Mibelli. Les cellules malpighiennes, au niveau du bourrelet, sont déformées, agrandies, irrégulières, déplacées et pénétrées par les cellules de l'infiltrat conjonctif. Elles n'ont plus aucune stratification régulière et la couche génératrice n'est plus reconnaissable. Les espaces interpapillaires du voisinage de la lésion sont pénétrés d'éléments migrateurs et n'ont plus de limites nettes.

Dans toutes ces lésions on n'observe ni dégénérescence colloïde des cellules, ni lésion vasculaire appréciable, sauf peut-être un léger degré d'hypertrophie pariétale des capillaires. Les altérations conjonctives sont les mêmes qu'au centre de la plaque.

La coupe a rencontré près du bourrelet un orifice sudoripare; il est élargi et surmonté d'un cône corné, qui a une pointe dans l'embouchure de la glande. Je n'ai vu nulle part de glande sébacée, même au niveau du cône pilaire.

On ne constate de microbes que dans les lames du cône corné où l'on perçoit un grand nombre de bacilles et de cocci.

M. Hallopeau. — Je trouve une grande analogie entre ces lésions et celles qu'on observe dans certains cas de lichen plan circiné, dont la zone centrale est atrophiée et dont les éléments siègent à la fois, comme ici, à la surface cutanée et sur des muqueuses.

M. Barbe. — Je soigne en ce moment un homme qui présente, aux membres inférieurs, des taches analogues à celles qu'on voit chez le malade de M. Du Castel et qui est porteur aux avant-bras d'éléments typiques de lichen plan.

M. Du Castel. — Les points de contact de la

porokératose avec le lichen plan circiné ont frappé tous les dermatologistes. Je crois, cependant, que la première affection offre une individualité propre à cause des caractères suivants, qui permettent de la distinguer du lichen plan : cônes épidermiques hyperkératosiques autour d'un poil; prédominance de l'hyperkératose sur les altérations du derme; indolence des lésions; durée très longue et caractère familial de la maladie.

M. J. Darier. — Les modifications histologiques signalées dans la porokératose se retrouvent dans le lichen plan. Dans cette dernière affection on rencontre également des accumulations de pigment qui se colore en vert par le bleu polychrome. Il est vrai que la dégénérescence colloïde des éléments de l'infiltrat, surtout au niveau du bourrelet, est presque constante dans le lichen plan, tandis qu'elle paraît faire défaut dans le cas étudié par M. Lenglet.

Morphée avec poussées congestives.

M. Hallopeau montre un moulage se rapportant à un cas de morphée du pied, particulièrement intéressant en raison de l'existence d'alternatives quotidiennes d'hyperémie et d'ischémie. Pendant plusieurs mois la région malade a été hyperémiée au réveil, pour pâlir dans la matinée, et se refroidir et s'indurer ensuite. La plaque de sclérodermie est le siège d'une hypersécrétion sudorale très marquée, tandis qu'il est de règle que cette affection s'accompagne d'une anhidrose absolue. Les courants galvaniques paraissent avoir exercé une action des plus favorables sur cet état morbide.

M. E. Besnier. — La morphée est une maladie qui guérit souvent et cette guérison aboutit généralement à la *restitutio ad integrum*. On observe parfois pendant un certain laps de temps de la pigmentation et des varicosités centrales, puis tout disparaît. Dans les cas où il reste des cicatrices, c'est qu'il s'est produit auparavant une complication ulcéreuse sous la dépendance du siège de la lésion (plis cutanés), de traumatismes spéciaux ou même de médications intempestives.

Dégénérescences héréditaires provoquées par l'alcoolisme.

M. E. Fournier. — Voici deux frères âgés l'un de dix-sept ans, l'autre de seize, qui présentent des dystrophies multiples, qu'on serait tenté de rapporter, à première vue, à la syphilis héréditaire. Cependant, ni le père ni la mère n'offrent aucun antécédent, aucun stigmate de syphilis héréditaire ou acquise.

L'aîné de ces deux jeunes gens s'est mal développé dans son enfance et il a présenté dans les premiers mois une hernie inguinale; sa première dent a percé à quatorze mois et il n'a marché qu'à quinze mois. Il est grand pour son âge, car sa taille mesure 1 mètre 64. Il n'en est pas moins un infantile par la gracilité des formes, l'absence à peu près complète de système pilaire sur le corps et le visage, par la petitesse et les malformations des organes génitaux. Il y a, de plus, disproportion marquée entre la hauteur du buste et la longueur des membres inférieurs, qui paraissent démesurément longs.

L'examen du système dentaire révèle les malformations suivantes : voûte palatine trop profonde ; atrophie de l'os incisif et prognathisme du maxillaire inférieur (cette déformation existe également chez la mère); désorientation extrême des dents (elle ne se retrouve chez aucun des ascendants, qui ont une dentition très régulière); retard d'évolution dentaire.

Le frère cadet est également un infantile. Il est resté de petite taille. Ce n'est qu'à vingt-deux mois qu'il a commencé à marcher et il a parlé plus tard encore; son intelligence ne s'est jamais développée. Chez lui, la peau est complètement glabre et les organes génitaux sont à peine développés. Le système dentaire présente des dystrophies très accusées : voûte palatine ogivale; atrophie de l'os incisif; désorientation extrême des dents; persistance des dents de lait.

Si je n'ai rien trouvé pouvant expliquer ces dystrophies héréditaires du côté de la mère, je crois pouvoir les attribuer à l'abus de l'alcool qu'a fait pendant longtemps le père. C'est un homme très vigoureux, de haute taille, issu de parents bien portants. De vingt à trente ans, il a bu en moyenne de 6 à 10 litres de vin par jour, en même temps que du rhum et fréquemment de l'absinthe. A l'âge de trente ans il s'est marié et a cessé de boire ou, du moins, s'est contenté de 2 litres 1/2 de vin par jour. Il n'en est pas moins resté sous l'influence de cette longue intoxication pendant les premières années de son mariage. Aussi les deux premiers enfants qu'il a eus et que vous avez sous les yeux s'en sont-ils ressentis et sont restés des dégénérés. Une grossesse survenue entre la naissance du premier et celle du second enfant a abouti à une fausse couche. Mais, fait curieux, à mesure que l'imprégnation alcoolique diminuait chez le père, la mère mettait au monde trois autres enfants chez lesquels la tare héréditaire s'effaçait de plus en plus. En effet, le troisième enfant est une fille de quinze ans bien constituée, présentant encore une dystrophie sous forme de retard dans l'apparition des règles. Le quatrième enfant est une fille de huit ans, très vigoureuse et bien portante; enfin, le dernier est un garçon de deux ans qui, au dire des parents, est le plus robuste de tous.

Nous trouvons donc là une démonstration rigoureuse des dégénérescences héréditaires que l'alcoolisme d'un ascendant suffit à déterminer.

Prurigo gestationis.

M. Gastou présente une femme enceinte dont les avant-bras sont le siège d'un prurigo très marqué qui récidive à chaque grossesse et ne reparaît jamais dans les périodes intermédiaires. Les lésions sont uniquement papuleuses et rappellent le prurigo parasitaire ou le prurigo anesthésique des éthyliques.

Ainsi que l'ont montré MM. Besnier et Bar, le prurigo gestationis est sous la dépendance d'une auto-intoxication dont témoignent l'abaissement du taux de l'urée, des chlorures et des phosphates et la présence de pigments dans les urines. La médication à opposer à cette dermatose doit viser l'auto-intoxication gravidique; il faut ordonner le repos au lit et traiter l'affection utéro-ovarienne qui le plus souvent précède ou accompagne le prurigo gestationis.

Contagion syphilitique probable treize ans après l'apparition du chancre.

M. Herscher relate l'observation d'une femme qui présente des manifestations syphilitiques multiples (chancre induré vulvaire, roséole, etc.) et qui affirme n'avoir pu contracter la vérole que de son mari. Celui-ci a pris la syphilis il y a treize ans et n'a presque pas suivi de traitement. Il est certain qu'il offrait, il y a deux mois et demi, au moment où sa femme a été contaminée, des ulcérations de la verge qui actuellement sont en voie de cicatrisation mais restent encore visibles.

M. Mauriac. — La contagion de la syphilis aussi longtemps après l'apparition de l'accident primitif ne peut être admise que sous toute réserve. Pour ma part, je n'ai observé qu'un seul cas où la contamination semblait bien devoir être rapportée à une syphilis datant de neuf ans.

Action de la fièvre typhoïde sur la teigne.

M. Balzer revient sur la communication qu'il a faite dans une séance précédente à propos d'un cas de teigne qui semblait avoir guéri à la suite d'une fièvre typhoïde (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 430).

Il a pu constater, depuis, chez la petite malade en question une dizaine de petites taches nouvelles, dont une seule siégeait au niveau des placards antérieurement guéris. Mais il n'a pu déterminer s'il s'agissait d'une rechute ou d'une récidive, car la mère avait eu l'imprudence de continuer à se servir, pour les soins de la tête de l'enfant, des mêmes ustensiles de toilette et notamment de la même brosse.

M. Sabouraud. — J'ai remarqué que la teigne bénéficie généralement des maladies aiguës intercurrentes, mais je n'ai jamais vu survenir de guérison complète, de ce fait.

M. Balzer. — J'ai cependant constaté autrefois avec Vidal une guérison définitive de la teigne à la suite d'une fièvre typhoïde.

Quelques applications de l'air liquide en vénéréologie.

M. Barthélemy dit avoir pratiqué des attouchements d'air liquide, répétés durant deux minutes chaque fois, sur des syphilides hypertrophiques ou ulcéreuses, sur deux chancres simples, dont l'un phagédénique, sur une leucoplasie commissurale, enfin sur un épithélioma labial. Ces applications sont indolentes et sans danger, et quelques-unes des lésions traitées (syphilides, chancres simples) ont paru en bénéficier, mais aucune n'a avorté. Ces essais sont donc loin d'avoir donné les excellents résultats dont ont parlé quelques auteurs.

M. Hallopeau présente un homme atteint de *dermatose papulo-squameuse*, qui avait été examiné dans une des séances précédentes (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 430). On hésitait alors entre un lichen plan et un érythème blennorrhagique, le prurit violent et la desquamation en larges lambeaux semblant permettre d'éliminer la syphilis. Or, il est survenu, depuis, chez le patient des syphilomes des lèvres et du voile du palais ; ce fait porte à croire que la dermatose est également de même nature.

ETRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 31 janvier 1900.

Du régime des diabétiques.

M. Hirschfeld. — Les observations que j'ai faites sur un grand nombre de diabétiques me conduisent à penser qu'on ne doit pas supprimer complètement du régime de ces sujets les aliments hydrocarbonés, sous peine de les exposer à des accidents urémiques. J'ai l'habitude de leur permettre, suivant le degré de la maladie, de 50 à 200 grammes de ces aliments par jour. Parmi les signes pronostiques fâcheux du diabète, il importe de retenir la présence de l'acétone dans l'urine et aussi l'apparition de crises diarrhéiques.

M. Klemperer. — On croit en général que le diabète chez les sujets jeunes est une affection très grave; c'est là une règle qui comporte beaucoup d'exceptions; je connais une jeune femme diabétique qui s'est mariée contre l'avis de son médecin et qui depuis a mis au monde trois enfants : grâce au régime qu'elle suit (suppression des féculents, etc.), son état est assez satisfaisant.

La présence de l'acétone dans l'urine n'est pas toujours un signe pronostique fâcheux; on peut facilement faire disparaître cette substance en prescrivant des doses élevées de bicarbonate de soude.

M. Feilchenfeld. — J'ai connu des diabétiques qui ont guéri d'une façon complète sans avoir jamais suivi un régime particulier.

De l'opération de Bottini.

M. Freudenberg montre deux pièces anatomiques qui attestent l'efficacité de l'opération de Bottini, c'est-à-dire de l'incision galvanocaustique de la prostate hypertrophiée. L'opération a été pratiquée chez l'un des deux malades il y a neuf mois et demi et chez le second il y a treize mois; tous deux ont succombé à des maladies intercurrentes.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 29 janvier 1900.

Traitement chirurgical de la tuberculose rénale.

M. König. — Les affections tuberculeuses des reins peuvent se diviser en deux groupes, suivant qu'elles intéressent le parenchyme glandulaire ou bien le bassinet.

La simple résection du rein est impuissante à combattre ces affections avec efficacité; il faut absolument avoir recours à l'extirpation de cet organe. Toutefois, avant de tenter semblable opération, on doit être bien sûr que l'autre rein n'est le siège d'aucune lésion; or, malgré la cystoscopie et le cathétérisme des uretères, il n'est pas toujours possible de répondre avec

certitude à ce desideratum. Mais la coexistence, avec une affection tuberculeuse de l'un des reins, d'une tuberculose de la prostate, de la vessie, des testicules, etc., ne constitue pas une contre-indication à l'extirpation du rein.

J'ai pratiqué cette opération chez 12 femmes et chez 6 hommes. 3 de mes opérés sont morts à la suite de l'intervention; 3 autres ont succombé quelques semaines après à la généralisation de la tuberculose; 12 ont guéri, et chez quelques-uns d'entre eux la guérison se maintient depuis plusieurs années.

M. Litten. — Je connais une jeune femme chez laquelle on a enlevé avec succès un rein tuberculeux, bien que l'autre fût atteint de pyélonéphrite.

M. Landau. — Il y a quelques jours, j'ai extirpé un rein tuberculeux chez une femme atteinte en même temps de tuberculose pulmonaire. J'ai observé également une autre femme qui a subi, il y a plusieurs années, par suite d'une erreur de diagnostic l'extirpation d'un rein polykystique; ce fait est assez intéressant, parce qu'on considère en général ces dégénérescences polykystiques des reins comme inopérables, en raison de la bilatéralité de l'affection. Contrairement à l'opinion de M. König, je crois qu'il existe des cas de tuberculose rénale qui sont justiciables d'une simple résection.

M. Max Wolff. — La résection suffit lorsqu'on se trouve en présence de foyers tuberculeux circonscrits. J'ai pu relever 9 exemples de cette opération dans la littérature; 6 d'entre eux ont été suivis d'une guérison complète, et cela depuis plusieurs années.

M. Casper. — J'estime que chez nombre de sujets atteints de tuberculose rénale il faut s'abstenir de toute opération. Cette affection est, en effet, compatible avec une survie de plusieurs années qu'on n'est pas sûr d'obtenir en intervenant chirurgicalement.

Spasme du pylore traité par l'huile d'olive à hautes doses.

M. P. Cohnheim montre un malade chez lequel des accidents graves semblant résulter d'un spasme du pylore ont complètement disparu à la suite de l'administration, le matin à jeun, de 150 grammes d'huile d'olive par jour.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(*De notre correspondant spécial.*)

Vienne, le 3 février 1900.

De la perforation de l'utérus dans les opérations gynécologiques.

Dans la séance du 29 janvier du COLLÈGE MÉDICAL DE VIENNE, **M. Braun von Fernwald** a appelé l'attention sur les perforations de l'utérus qui surviennent au cours des opérations gynécologiques. C'est à l'occasion du curettage et des manœuvres visant l'extraction du placenta qu'on observe le plus souvent la perforation de l'utérus. Lorsque l'asepsie des voies génitales est rigoureuse, cet accident peut n'avoir aucune suite fâcheuse.

Les perforations avec la curette ont surtout lieu lorsque le canal cervical n'a pas été suffisamment dilaté; la curette cunéiforme expose moins aux perforations que la cuillère tranchante; mais l'instrument le plus dangereux est encore la pince longue dont on fait souvent usage pour l'extraction des débris de placenta.

L'état des parois utérines joue naturellement un grand rôle dans la production des perforations. On comprend sans peine qu'une perforation soit facile à réaliser dans un utérus puerpéral, surtout lorsqu'il est infecté, ainsi que dans certains cas de myomes ou de môles vésiculaires. On observe, en outre, quelquefois des matrices dont les parois sont très amincies en l'absence de tout processus morbide; en pareil cas il n'est pas rare de produire une perforation par le simple cathétérisme.

Le traitement des perforations consiste dans le repos absolu et dans l'extirpation par la voie vaginale de l'utérus perforé lorsqu'il est infecté. Il faut avoir soin d'éviter les irrigations, et de faire le tamponnement s'il existe une hémorrhagie.

Acromégalie et diabète.

Dans la séance du 31 janvier du CLUB MÉDICAL DE VIENNE, **M. W. Schlesinger** a présenté une femme de trente-quatre ans chez laquelle il est survenu presque simultanément un goitre, de l'acromégalie et de la glycosurie alimentaire, et une seconde malade qui est atteinte de diabète, de paresthésies aux mains et de protubérances au niveau du front.

L'orateur a encore constaté des altérations acromégaliques importantes dans un autre cas de diabète.

Pseudo-cirrhose péricarditique du foie.

M. Eisenmenger a fait remarquer que le syndrome connu sous le nom de pseudo-cirrhose péricarditique du foie n'est pas dû à des troubles de la circulation de cet organe ni à la prolifération consécutive de tissu conjonctif. D'après lui, ce syndrome peut être provoqué par des causes très diverses, notamment par des tractions, des compressions et des coudures de la veine cave inférieure, ainsi que par des épanchements de la plèvre, du péricarde, du péritoine.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Recherches sur la pathologie générale des troubles de la circulation dans les maladies infectieuses aiguës, par MM. E. ROMBERG et H. PÄSSLER.

Les auteurs de ce mémoire ont cherché à déterminer expérimentalement la part respective revenant à l'insuffisance du muscle cardiaque d'un côté, et à l'appareil vasomoteur de l'autre, dans la production des troubles de la circulation qu'on observe si fréquemment au cours des maladies infectieuses. A cet effet, ils ont étudié, sur des animaux infectés artificiellement par l'injection de cultures bactériennes, les variations de la pression sanguine qui accompagnent certaines manipulations ayant pour but d'exciter le muscle cardiaque ou les centres vasomoteurs. Par le massage abdominal on refoule une quantité considérable de sang du côté du cœur. La conséquence de cette augmentation de l'afflux sanguin sera une augmentation de la pression artérielle, si le muscle cardiaque a conservé l'énergie suffisante pour se vider à chaque contraction ventriculaire. La compression de l'aorte thoracique produit le même effet en entravant la propagation normale de l'onde sanguine. D'autre part, on observe, par suite d'une irritation mécanique des téguments ou des muqueuses, une augmentation momentanée de la tension artérielle, provoquée par l'excitation réflexe des centres vasomoteurs du bulbe rachidien; de même, l'augmentation de pression qui se produit au cours de l'asphyxie est due à une excitation des centres vasomoteurs.

MM. Romberg et Pässler ont étudié l'effet de ces différents facteurs sur la pression sanguine chez des lapins infectés par des injections sous-cutanées ou intraveineuses de cultures de pneumocoques, de bacilles de la diphtérie et de bacilles pyocyaniques. Ils ont constaté qu'au début de la maladie le cœur et l'appareil vasomoteur réagissent d'une façon normale, quelle que soit la nature de l'infection. A une période plus avancée, au moment où la température fébrile tend à baisser et où l'on remarque les premiers symptômes de l'algidité, le massage de l'abdomen provoque encore une augmentation de la pression sanguine égale à celle qu'on observe au début de l'infection; l'effet de l'asphyxie et de l'irritation des muqueuses sur l'appareil vasomoteur est, par contre, sensiblement plus faible qu'au commencement. Si l'on répète ces expériences sur des animaux arrivés à la dernière période de la maladie, à un moment où, par suite de la diminution de la pression artérielle, la circulation est devenue notoirement insuffisante, on constate que le massage abdominal amène encore une augmentation sensible de la pression, tandis que la réaction de l'appareil vasomoteur a disparu définitivement.

La conclusion que les auteurs du présent travail tirent de ces expériences est que les troubles de la circulation observés au cours des maladies infectieuses aiguës sont dus essentiellement à la paralysie des vaisseaux et non pas à une insuffisance du muscle cardiaque. Cette paralysie des vaisseaux disparaît après l'injection intraveineuse de petites quantités de chlorure de baryum; il s'agit donc dans ce cas d'une paralysie centrale, les éléments périphériques ayant conservé leur excitabilité.

On note un certain degré d'insuffisance cardiaque immédiatement avant la mort. A ce moment le massage abdominal ne produit plus la réaction accoutumée. MM. Romberg et Pässler attribuent cette insuffisance au défaut de circulation dans les vaisseaux cardiaques et à la nutrition insuffisante qui en résulte pour les fibres musculaires.

Dans les maladies infectieuses aiguës le cœur conserve donc ses facultés normales tant que l'affection n'est pas compliquée par une lésion grave du muscle cardiaque, comme il arrive souvent au cours de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, de la diphtérie; mais ces lésions constituent plutôt un attribut de la convalescence que de la période aiguë. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIV.) — J.

Tumeur de la glande pinéale dans un cas de gigantisme, par MM. R. ŒSTREICH et SLAWYK.

Les cas de tumeur de la glande pinéale étant rares, il nous a paru intéressant de résumer ici l'observation publiée par MM. Œstreich et Slawyk.

Il s'agissait d'un petit garçon, indemne de tout antécédent héréditaire, nerveux ou autre, et qui s'était développé normalement jusqu'à l'âge de trois ans. A partir de cette époque, on s'aperçut de certaines modifications dans le caractère de l'enfant, qui devint maussade et taciturne. En même temps, on remarqua que les seins et la verge augmentaient considérablement de volume. Ces phénomènes ne firent que s'accentuer jusqu'à l'âge de quatre ans. A ce moment on constata une stase papillaire, de la bradycardie s'accompagnant d'arythmie du pouls, et une démarche légèrement spasmodique avec exagération des réflexes. En présence de ce tableau clinique, on posa le diagnostic de tumeur de l'encéphale. Comme il n'y avait pas de signe permettant de préciser le siège du néoplasme et que, d'autre part, il existait des manifestations évidentes de gigantisme partiel, on supposa avoir affaire à une tumeur du corps pituitaire.

Il ne pouvait évidemment être question d'acromégalie typique, car dans la maladie de Marie ce sont toujours les organes en saillie, notamment les extrémités, qui sont atteints d'hypertrophie morbide. Mais, ainsi que l'a montré Uhthoff, des cas de gigantisme se traduisant pendant l'enfance par des caractères quelconques peuvent, à l'âge de la puberté, évoluer avec l'allure de l'acromégalie typique. Chez l'enfant dont il s'agit, on était d'autant plus autorisé à croire à l'existence d'une tumeur hypophysaire que sur la radiographie, obtenue dans les conditions convenables, on avait noté une ombre occupant toute la région qui s'étend de la selle turcique au sommet du crâne.

L'état du petit malade ne tarda pas à empirer. Des convulsions généralisées se produisirent, l'hyperexcitabilité devint extrême, puis se manifestèrent des troubles vasomoteurs. Les extrémités inférieures furent frappées de paraplégie spasmodique, et la mort survint rapidement dans le coma, un an après le début de l'affection.

A l'autopsie on constata l'intégrité absolue du corps pituitaire. Par contre, la glande pinéale était le siège d'une tumeur grosse comme une petite pomme et offrant les caractères d'un psammo-cystosarcome. On comprend que dans ces conditions on n'ait observé que des phénomènes ressortissants à une compression cérébrale et insuffisants pour la localisation exacte de la tumeur. Ajoutons que, en ce qui concerne l'interprétation erronée de la radiographie, l'ombre projetée était en rapport avec la calcification des os de la voûte, calcification plus avancée dans la région spheno-pariétale que dans la portion occipitale du crâne. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 3.) — F. M.

TRAVAUX ORIGINAUX

Méthode de Nissl et cellule nerveuse en pathologie humaine.

En 1891, Nissl, à la suite de recherches patiemment poursuivies pendant plusieurs années, publiait une nouvelle méthode histologique pour l'examen des cellules nerveuses de l'axe cérébro-spinal, du cerveau et de la moelle. Avant tout, cet auteur préconisait *la fixation rapide* et *la coloration élective* des éléments. C'était là, sans nul doute, une formule très heureuse. En fixant vite les cellules par l'alcool à 96°, la nouvelle méthode prévenait, mieux que tout autre procédé, les altérations artificielles, si fréquentes dans le protoplasma nerveux; en colorant avec élection, par une couleur basique d'aniline, certaines parties de l'élément, elle faisait apparaître des images microscopiques très nettes et faciles à interpréter.

Ces qualités, fondamentales en technique cellulaire, devaient forcément retenir l'attention des histologistes et des neuropathologistes. A elles seules, elles expliquent la faveur exceptionnelle qui accueillit la méthode à ses débuts; très rapidement, la nouvelle coloration fut appliquée à la solution des problèmes multiples qui se posent toujours à propos de l'histologie, normale ou pathologique, des cellules nerveuses.

En histologie normale, Nissl s'en servit pour approfondir l'étude de la structure intime de la cellule : il découvrit dans le protoplasma nerveux, *post mortem*, une substance spéciale, avide des couleurs d'aniline, qu'il appela *substance chromatique*; et, après en avoir étudié avec soin la morphologie dans les principales cellules de la moelle épinière et de l'écorce cérébrale, surtout chez les animaux, ce savant établit sa classification, très originale, des éléments cellulaires.

En histologie pathologique expérimentale, Nissl sectionna certains nerfs crâniens, par exemple le facial; il intoxiqua des lapins, des cobayes ou des chiens avec différents poisons minéraux, organiques et microbiens. Grâce à ces expériences, il put étudier les *lésions fines* des cellules, en particulier la dissolution de leur substance chromatique, altération appelée plus tard par Marinesco du nom très heureux de *chromatolyse*.

Ces études, inaugurées par Nissl, furent reprises et complétées dans un grand nombre de travaux, publiés à la fois par les histologistes et par les expérimentateurs. Le cadre de notre travail ne nous permet pas d'entrer ici dans le détail de toutes ces recherches d'*histologie pure* ou d'*histologie expérimentale*. Nous les avons rappelées en quelques mots simplement pour montrer les premières applications de la méthode de Nissl; d'ailleurs, leur exposé analytique a fait l'objet de rapports présentés par M. van Gehuchten et M. Marinesco au Congrès international de médecine tenu à Moscou en 1897.

Nous avons hâte d'arriver à des recherches qui intéressent plus spécialement le médecin et le neuropathologiste. Dès ses débuts, la méthode de Nissl fut appliquée à l'étude des *lésions cellulaires chez l'homme*, dans les maladies, aiguës ou chroniques, des centres nerveux, même dans les affections encore dépourvues de substratum anatomique (névroses et psychoses). Sur ce terrain furent publiés de nombreux travaux, dont la simple énumération serait bien longue; et cependant, l'on peut résumer en quelques lignes leurs résultats, tant ceux-ci sont identiques malgré la diversité des maladies mises à l'étude. Tous les auteurs décrivent des altérations cellulaires fines, plus ou moins variées, dans la substance grise de l'écorce cérébrale ou de la moelle épinière; tous concluent, très facilement, à la *spécificité* desdites altérations.

Actuellement, sur ce chapitre très particulier des applications de la méthode de Nissl à la pathologie humaine, une réaction tend à se produire. Les résultats fournis par les travaux précédents ne sont plus accueillis sans méfiance, justement à cause de leur répétition dans la plupart des cas. On se demande quelle est la valeur exacte de toutes ces modifications cellulaires rappelées plus haut.

Ces modifications sont-elles bien des lésions? Ont-elles vraiment quelque spécificité?

Depuis près de deux ans, dans le laboratoire de M. le professeur Raymond à la Salpêtrière, nous avons entrepris des recherches de contrôle pour déterminer les applications et la portée de la méthode de Nissl dans l'étude des lésions de la cellule nerveuse chez l'homme. Comment avons-nous compris les données du problème? Quel plan devions-nous suivre dans ces recherches de pathologie cellulaire comparée?

Tout d'abord, nous avions à choisir le type cellulaire le plus apte à se laisser examiner par la nouvelle méthode. Nous ne pouvions vraiment avoir la prétention d'examiner dans toutes les maladies nerveuses toutes les cellules, si diverses, de l'axe cérébro-spinal. Nous avons choisi, avant tout, la cellule, dite radiculaire, de la corne antérieure de la moelle; accessoirement, son homologue, la grande cellule pyramidale de l'écorce cérébrale. Volumineuse, facile à examiner au microscope, pourvue d'une substance chromatique abondante, la cellule radiculaire constitue certainement le meilleur réactif de la méthode de Nissl; elle est donc bien capable d'en montrer toute la valeur dans les cas pathologiques. D'ailleurs, cette cellule et ses altérations ont surtout été décrites dans les mémoires et travaux qui traitent de la question.

Ce choix fait, nous avions à déterminer *les types pathologiques* de la cellule radiculaire; puis, à faire leur classement et leur étude comparée. Mais où commencent ces types pathologiques? En d'autres termes, où finit l'état normal? La chose n'a pas une médiocre importance, cela va de soi, et Nissl en comprit tout l'intérêt dès le début de ses recherches sur le système nerveux des animaux : aussi, avant de commencer la moindre étude d'histologie pathologique expérimentale, détermina-t-il ce qu'il appelait les équivalents des cellules nerveuses, ce que nous pouvons nommer les types constants des cellules radiculaires. Chose singulière, en pathologie humaine, aucun observateur n'a pris la peine de faire ce travail préliminaire, indispensable pour toute nouvelle technique; en pathologie humaine, personne, à notre connaissance, n'a encore suivi l'exemple donné par Nissl, avec tant de logique, en pathologie expérimentale. Et cependant, chez l'homme, *ces types cellulaires constants* doivent être plus nombreux que chez l'animal, par suite des conditions très spéciales dans lesquelles le médecin pratique toujours ses examens histologiques. Que se passe-t-il chez l'homme? L'âge plus ou moins avancé, les maladies antérieures, l'affection terminale, ordinairement infectieuse, l'agonie et ses troubles circulatoires, la cadavérisation et ses phénomènes toxi-microbiens : voilà autant de facteurs qui modifient sûrement les cellules nerveuses, comme les autres éléments cellulaires du foie, du rein. Mais pareilles modifications existent constamment dans tous les cas, chez les nerveux comme chez les autres : *elles n'ont donc aucune spécificité anatomo-pathologique*, et elles doivent être soigneusement connues de l'observateur, pour éviter toute interprétation erronée. En conséquence, à l'exemple de Nissl, nous avons jugé que la solution de ce problème avait une importance capitale; avant toute étude anatomo-pathologique, nous avons voulu préciser nettement les types, *normaux* ou *habituels*, qu'on rencontre dans les grandes cellules radiculaires de la moelle. A ces recherches fondamentales, nous avons consacré toute la première partie de notre mémoire.

Dans la deuxième partie, nous avons pu aborder l'étude des *types pathologiques* de la cellule radiculaire de la moelle et de la cellule pyramidale de l'écorce, dans la plupart des maladies nerveuses, aiguës ou chroniques (névroses; polynévrites; myélites; atrophies musculaires myélopathiques; sclérose en plaques). Connaissant de par nos premières recherches, les aspects multiples, souvent singuliers, présentés constamment par les cellules, nous pouvions dès lors établir leurs types pathologiques réels. Chemin faisant, nous avons eu à comparer entre elles les différentes lésions, pour voir si chaque maladie a sa formule cellulaire spécifique, comme l'ont soutenu quelques anatomo-pathologistes travaillant avec la méthode de Nissl.

Les cas, normaux ou pathologiques, que nous avons examinés, sont au nombre de 38; chacun d'eux a exigé plusieurs séries de coupes, principalement au niveau des renflements, cervical, lombaire ou sacré. Ainsi compris, notre travail apportera, nous l'espérons, quelques éclaircissements dans cette question, si controversée encore, de la valeur de la méthode de Nissl pour l'histologie pathologique fine des cellules nerveuses chez l'homme.

I

Avant d'entreprendre l'étude de la cellule radiculaire normale, nous avons voulu posséder une technique aisément applicable à *la moelle humaine*. Cette technique, une fois établie, a été suivie dans tous nos examens; elle nous a donc permis d'obtenir des figures histologiques rigoureusement comparables. Elle peut se résumer dans les trois manipulations suivantes: 1° inclusion celloïdinée; 2° coloration par le bleu polychrôme d'Unna; 3° différenciation ou décoloration par un liquide spécial.

L'inclusion celloïdinée a l'avantage de rendre plus ferme la moelle humaine, toujours légèrement friable après les heures d'agonie et d'imbibition cadavérique; par suite, elle permet des coupes minces, totales, facilement sériées, qui ne bouleversent jamais l'ordonnance des éléments cellulaires.

Le bleu polychrôme d'Unna, employé sur les coupes minces de 10 à 20 μ, pendant vingt-quatre heures, a le mérite de colorer en bleu violet les chromatophiles de la substance protoplasmique, le nucléole et la membrane nucléaire; il donne, nous a-t-il semblé, des figures cellulaires plus nettes que celles obtenues par le bleu-méthylène de Nissl.

La différenciation ou décoloration se fait avec un liquide particulier dont la formule a été établie par l'un de nous à la suite de quelques expériences relatées précédemment (1). La différenciation a une très grande importance dans la méthode de Nissl : quand elle est poussée trop loin, tout se décolore et la technique manque son but; quand elle est arrêtée trop tôt, elle laisse une cellule totalement bleue, sorte de bloc uniformément coloré, dans lequel l'observateur est incapable de distinguer le moindre détail structural. Le liquide dont voici la formule nous a paru très propre à assurer une bonne différenciation : créosote de hêtre et xylol, ââ 50 c.c.; huile de cajeput, 40 c.c.; alcool absolu, 160 c.c. Obtenu par le simple mélange des substances indiquées, il se conserve aisément avec une réaction neutre.

Dans la pratique, les coupes sortant du bleu polychrôme d'Unna sont lavées pendant quelques minutes dans l'alcool neutre à 80°, puis déposées dans 2 à 3 bains successifs de liquide différenciateur; elles se décolorent au bout de quinze à vingt minutes, suivant leur épaisseur et leur nombre. Mais elles doivent être surveillées et à l'œil nu et au microscope à un faible grossissement. Pour une moelle normale, à l'œil nu, la coupe, bien différenciée, apparaît

(1) E. DE GOTHARD. Quelques modifications au procédé de Nissl pour la coloration élective des cellules nerveuses. (*Compt. rendus de la Soc. de biol.*, 14 mai 1898 et *Semaine Médicale*, 1898, p. 230.)

d'abord, dans son ensemble, incolore ou à peine bleutée; examinée de plus près, elle laisse reconnaître dans chaque corne antérieure, les cellules radiculaires comme autant de petits points, fortement colorés en bleu, aisés à compter, bien disposés en colonnes, externes ou médianes; enfin, à un faible grossissement, chaque cellule laisse voir ses éléments chromatiques isolés, ses prolongements bien nets, son nucléole et sa membrane nucléaire très colorés; par contre, la masse protoplasmique fondamentale ne se distingue d'aucune façon. Pour une moelle pathologique, *le point de différenciation* est plus difficile à déterminer : il sera basé sur la coloration élective du nucléole, de la membrane nucléaire et des quelques chromatophiles encore existants. D'ailleurs, les cellules sont rarement toutes atteintes au même degré, et celles qui persistent à peu près saines servent à diriger, le microscope aidant, la décoloration ou différenciation.

Voilà pour la technique. Quel a été notre matériel d'étude? Pour établir les types, habituels ou constants de la cellule radiculaire, nous avons examiné 12 moelles appartenant à des sujets d'âge différent, morts le plus souvent des suites d'une maladie infectieuse aiguë quelconque, et autopsiés après vingt-quatre ou trente heures. Nous avons pu également étudier la moelle d'un supplicié et celle d'un sujet mort subitement d'une rupture du myocarde, sans infection antérieure. Ainsi croyons-nous avoir eu toutes facilités pour déterminer les types constants des cellules radiculaires, examinées dans les conditions habituelles de l'observation histologique chez l'homme.

A un grossissement moyen (ocul. 2, obj. 4), les cellules radiculaires, grâce à leur coloration élective, se détachent très nettement sur le fond, à peine bleuté, de la préparation; *leur morphologie générale*, leur disposition en colonnes plus ou moins distinctes, leur nombre exact s'apprécient vite et aisément. Nous ne connaissons aucune autre méthode capable de donner des figures cellulaires aussi nettes. L'observateur peut, avec la plus grande facilité, compter les éléments pourvus de noyaux, les simples tronçons cellulaires, et même les prolongements protoplasmiques. Déjà, à ce grossissement, il constate que les cellules radiculaires diffèrent beaucoup les unes des autres par leur volume, par leur configuration générale, par la teinte et l'abondance des granules qui infiltrent la masse protoplasmique.

A un fort grossissement (ocul. 4; objectifs 7 et 8, objectif à immersion 1/12), *les détails de structure*, révélés par la méthode de Nissl, concernent avant tout la substance chromatique du protoplasma, accessoirement la membrane nucléaire et le nucléole. Seuls, ces éléments restent colorés par le bleu polychrôme d'Unna, après différenciation; seuls, ils peuvent se prêter à l'investigation microscopique. Chez l'homme, adulte ou sénile, dans les conditions habituelles, nous tenons à le répéter, la méthode de Nissl ne révèle aucun autre détail structural; elle est donc incapable de nous montrer la structure fine du cylindre-axe, de la substance fondamentale ou achromatique du protoplasma, de la masse nucléaire proprement dite; c'est là une grosse lacune, si l'on veut bien réfléchir que ces portions, ainsi *laissées en blanc*, sont certainement les parties les plus importantes de la cellule radiculaire et même de la cellule nerveuse en général. Sans doute, quelques histologistes et expérimentateurs ont décrit, *chez l'animal*, avec la même méthode, une structure, plus ou moins complexe, du cylindre-axe et de la substance fondamentale protoplasmique. Mais pour notre part, *chez l'homme*, malgré l'emploi de l'objectif à immersion, malgré des coupes très minces et parfaitement différenciées, nous n'avons jamais pu discerner ces détails de fine structure. Ainsi, dès le début de notre étude, nous insistons sur les portions restreintes de la cellule, révélées par la méthode de Nissl, car, d'après certains travaux récents, on pourrait croire que cette méthode est vraiment capable de pénétrer toute la structure de la cellule, normale ou pathologique.

Dans notre description de la substance chromatique, nous allons être obligés d'insister sur certains détails techniques, dont l'importance en histo-pathologie cellulaire sera vite démontrée par la suite de notre travail. D'ailleurs, les nombreux dessins en couleurs, faits à la chambre claire et reproduits sur les planches ci-jointes, aideront à suivre cette étude de l'histologie fine des cellules radiculaires à l'état normal.

La substance chromatique n'a pas une seule et même formule : volume total, forme et dimensions de ses grains, tout varie d'une cellule à l'autre, souvent à un degré considérable. Chaque cellule a sa formule spéciale; et une description exacte devrait passer en revue tous les éléments cellulaires, un à un.

Après avoir comparé de nombreuses préparations, nous croyons pouvoir résumer ainsi les aspects multiples de la substance chromatique dans la moelle de l'adulte, et dans celle du vieillard.

Chez l'adulte, au niveau du renflement lombo-sacré, les deux tiers des cellules radiculaires sont volumineuses, de 40 à 60 μ; polygonales, pourvues de prolongements protoplasmiques, nombreux et ramifiés, elles présentent un gros noyau plus ou moins central.

Décrivons quelques-uns des types les plus fréquents au point de vue spécial de leur charge chromatique. Dans la cellule représentée par la figure 1, les éléments chromatophiles sont répandus partout, d'une façon diffuse, sans prédominance bien nette pour la région périnucléaire, par exemple. De formes très variées (stries, bâtonnets, granulations, fine poussière), ils se continuent dans les prolongements protoplasmiques et respectent le cylindre-axe. La substance, achromatique ou fondamentale, paraît légèrement colorée; mais c'est là une apparence, due aux chromatophiles poussiéreux qui infiltrent partout la masse protoplasmique; la chose est très facile à démontrer, si l'on fait varier légèrement la vis micrométrique. Une autre cellule (*fig. 2*), de volume un peu moindre, a une charge chromatique périnucléaire, constituée par des granulations très fines, poussiéreuses et fondues les unes dans les autres, comme s'il existait un certain degré de chromatolyse; même, le noyau est déplacé; ce type se rencontre fréquemment. Une troisième cellule (*fig. 3*) a des chromatophiles clairsemés, représentés principalement par des stries, et ses prolongements s'arrêtent nets, comme coupés. *Ces grandes cellules* (*fig. 1, 2, 3*) forment la majorité des éléments dits radiculaires de la corne antérieure; or, d'après nos préparations, elles n'ont certainement pas une substance chromatique toujours disposée de la même façon.

Mais dans cette corne antérieure se voient d'autres éléments plus petits, assez rares, à peine au nombre de 2 ou 3 : ce sont *les petites cellules*, qui ont le grand avantage de laisser définir très nettement toutes leurs parties constituantes. Ainsi (*fig. 4*) la substance chromatique peut être examinée avec la plus grande facilité par suite de sa formule très simple : constituée presque en entier par des stries volumineuses, disposées principalement autour du noyau, elle forme des couches concentriques et régulièrement disposées. La substance achromatique reste complètement incolore. Les prolongements protoplasmiques et le cylindre-axe se distinguent aisément. Le noyau apparaît bien central avec un nucléole arrondi et une membrane nettement dessinée. Ce type est donc d'une lecture plus facile que ceux des grandes cellules; par cela même, ses déviations pathologiques seraient aisées à classer. Malheureusement, nous le répétons, ce type est exceptionnel chez l'homme dans les conditions habituelles de l'observation histologique.

Une troisième catégorie est représentée par les cellules que nous appellerons *anomales*. Elles méritent vraiment ce nom, parce que tout, dans ces cellules, s'écarte de la formule normale. Elles doivent être soigneusement connues, car elles pourraient aisément causer des erreurs d'interprétation, tant elles ressemblent à des éléments pathologiques. Nous les avons toujours rencontrées au nombre de 3 à 6 dans une corne antérieure; elles sont donc loin de représenter une quantité négligeable. Les figures 5 et 6 en représentent deux exemples bien caractérisés; tous les intermédiaires sont possibles. Dans la cellule anomale (*fig. 5*) la substance chromatique est bien modifiée : à la périphérie se distinguent encore quelques stries colorées, le restant de la masse protoplasmique est faiblement teinté de façon uniforme, et il laisse apercevoir partout des granulations très fines. A côté est représenté un autre type (*fig. 6*) : la cellule tend à prendre la forme arrondie, les prolongements se distinguent très mal, le noyau se déplace, le protoplasma est coloré d'une manière diffuse, présentant çà et là quelques rares chromatophiles, plus ou moins volumineux. Ainsi, ces deux types de cellules anomales offrent des modifications profondes de toute la structure fine révélée par la méthode de Nissl.

Mais ce polymorphisme n'est point spécial à la moelle lombo-sacrée. Le renflement cervical présente, lui aussi, des cellules de toutes dimensions, dans lesquelles les éléments chromatiques affectent les dispositions les plus variées, comme il est aisé de s'en rendre compte sur n'importe quelle préparation. De plus, la cellule de la moelle cervicale est, en général, moins volumineuse que son homologue de la moelle lombo-sacrée; de forme allongée, elle présente une charge chromatique un peu moins forte.

Concluons : la partie chromatique de la cellule radiculaire varie beaucoup, en pratique courante, chez l'homme adulte. Déjà, surtout chez l'animal, Nissl avait insisté sur cette variabilité de *la substance colorable*, en décrivant la pyknomorphie, la parapyknomorphie et l'apyknomorphie suivant l'abondance plus ou moins grande des éléments chromatophiles. Même, il avait remarqué que le volume de la cellule est ordinairement en raison inverse de la richesse de la substance chromatique : moins une cellule est volumineuse, plus elle est colorée après l'action du bleu de méthylène, et, par conséquent, plus elle contient de chromatophiles. Chez l'homme, cette loi nous paraît sujette à bien des exceptions, au moins pour les cellules radiculaires. Nous nous rappellerons simplement que la plus grande variabilité existe, et pour le volume des cellules, et pour la disposition ou l'abondance de leur substance chromatique.

Passons aux cellules radiculaires chez le vieillard. Comme chez l'adulte, nous constatons un grand polymorphisme dans le volume de la cellule, dans la grosseur, le nombre et l'ordonnance de ses éléments chromatophiles. Là aussi, nous retrouvons les grandes et les petites cellules; puis, les cellules anomales (disparition plus ou moins totale de la substance chromatique; changements profonds dans la structure protoplasmique ou nucléaire). De plus, les cellules séniles présentent certaines modifications assez constantes, assez spécifiques pour permettre de déterminer l'âge de telle moelle. Ces modifications sont : la pigmentation excessive du protoplasma, l'état poussiéreux des éléments chromatophiles, enfin la petitesse relative de la cellule. La surcharge pigmentaire existe dans la cellule lombo-sacrée, comme dans la cellule cervicale. Nos dessins (*fig. 7* et *8*) représentent un degré de pigmentation très marqué : le protoplasma, presque tout entier, est occupé par la masse jaune-ambrée, qui apparaît, à un fort grossissement, formée de granulations très fines, serrées les unes contre les autres. S'agit-il d'une simple infiltration? Y a-t-il, au contraire, transformation véritable de la matière protoplasmique en pigment? La technique actuelle ne permet pas, à notre sens, de résoudre la question. La figure 8 montre une cellule anomale sénile.

Ainsi, avant d'aborder les problèmes pathologiques, nous avons dû examiner les cellules radiculaires des cornes antérieures de la moelle chez l'homme, telles qu'elles se présentent toujours en pratique courante. *Notre étude démontre, incontestablement, l'existence de nombreux types cellulaires qui diffèrent les uns des autres, et par la charge chromatique, et par la forme ou par les dimensions totales des éléments.*

Pouvons-nous rechercher les causes intimes de ces figures cellulaires variées? Plusieurs facteurs nous paraissent intervenir. Nous avons là des modifications *fonctionnelles*, des modifications *nutritives*, même des modifications *pathologiques*, mais banales. Cette proposition sera aisée à établir.

La cellule nerveuse passe, cela va de soi, par divers états, fonctionnels ou nutritifs. Comme l'ont montré de nombreuses expériences faites sur des animaux d'espèces différentes, ces états déterminent dans la cellule des changements de forme et de structure. Certes, nous sommes loin d'en posséder les formules précises et définitives. Toutefois, en l'espèce, il nous suffit de savoir que le fonctionnement et la nutrition de la cellule provoquent des variations considérables dans la forme de l'élément et dans la disposition de ses chromatophiles : variations assez analogues en bloc à celles que nous avons signalées plus haut.

Mais à ces modifications, d'ordre purement fonctionnel ou nutritif, s'associent, croyons-nous, dans une certaine mesure, d'autres modifications vraiment pathologiques. Rappelons que la plupart de nos sujets ont succombé à une infection avec fièvre plus ou moins élevée. En outre, ils ont présenté une agonie accompagnée de troubles circulatoires généraux et de phénomènes congestifs du côté de la moelle. Toutes ces causes morbides sont bien capables d'altérer çà et là quelques cellules nerveuses.

II

En nous basant sur nos études précédentes, nous allons consacrer la deuxième partie de notre travail à la recherche *des types pathologiques* des cellules radiculaires de la moelle, dans les principales maladies nerveuses, aiguës, subaiguës ou chroniques. Nous n'avons pas l'intention d'entrer dans l'exposé minutieux des lésions cellulaires que nous avons rencontrées. D'ailleurs, la plupart d'entre elles ont déjà été signalées, notamment au cours des polynévrites. Avant tout, nous voulons faire œuvre de comparaison, pour préciser *les caractères spécifiques* des altérations des cellules radiculaires dans telle ou telle maladie, pour déterminer la valeur exacte et la signification de ces altérations.

Dans cette étude d'anatomie pathologique comparée, nous avons dû adopter quelques règles d'examen, bien justifiées, croyons-nous, par les résultats exposés précédemment sur le polymorphisme des cellules radiculaires à l'état habituel. Ainsi, nous n'avons accordé aucune importance aux modifications cellulaires qui atteignent quelques éléments isolés; pour admettre *une lésion en pathologie humaine avec la méthode de Nissl*, l'observateur doit noter la prise de la plupart des cellules. De plus, à notre avis, toute lésion vraiment sérieuse change assez profondément les conditions structurales de l'élément lésé. Pour tous ces motifs, nous ne pouvions attacher aucune signification importante à la dissolution de quelques éléments chromatophiles, à leur simple raréfaction, *a fortiori* à leur remplacement partiel par le pigment jaune; de même, la rupture des prolongements protoplasmiques, leur torsion ou leur gracilité n'ont aucune importance lésionnelle, si ces modifications existent isolément, en dehors de toute autre altération structurale, plus intime ou plus profonde.

En nous appuyant sur ces règles générales, nous avions d'abord examiné 5 cas de névroses à tremblement (goitre exophtalmique, maladie de Parkinson, tremblement sénile). Sur ce terrain très spécial, la méthode de Nissl ne nous a révélé aucune lésion spécifique, soit au niveau des cellules radiculaires, soit dans les grandes cellules pyramidales de l'écorce cérébrale. Sans doute, quelques cellules étaient modifiées à un degré variable; elles présentaient une certaine surcharge pigmentaire, çà et là des éléments chromatophiles, poussiéreux ou même dissous; parfois elles avaient une configuration singulière (forme arrondie, noyau déplacé); mais *elles n'étaient pas assez nombreuses* et, malgré leurs aspects singuliers, elles rappelaient tout simplement certains des types cellulaires que nous venons de décrire à l'état habituel.

Nous avons vite dû nous borner à étudier les maladies de la moelle et des nerfs, maladies à lésions plus grossières, pour ainsi dire : telles que polynévrites, myélites, atrophies musculaires myélopathiques, sclérose en plaques.

Tout d'abord, nous examinerons les types pathologiques cellulaires, révélés par la méthode de Nissl dans les maladies à évolution aiguë et subaiguë : polynévrites et myélites. Conformément à notre plan général, nous devrons comparer entre eux les principaux types rencontrés, et déterminer, s'il y a lieu, leurs caractères spécifiques.

Les quatre cas de polynévrite que nous avons étudiés étaient de nature différente. Deux reconnaissaient une origine éthylique; un autre avait évolué chez un tuberculeux; le quatrième était produit par l'intoxication saturnine. De plus, quoique en pleine évolution, ils n'avaient pas tous atteint le même degré d'intensité au point de vue des altérations des nerfs périphériques; ainsi, dans l'un d'entre eux, les altérations, généralisées aux nerfs des quatre membres, avaient abouti à la destruction presque totale des gaines myéliniques, avec sclérose interstitielle hypertrophique très marquée; par contre, dans les autres, elles étaient sensiblement moins avancées; même, dans un cas, elles étaient, on peut le dire, à leur début. De la sorte, nous avons pu étudier toute la gamme des lésions cellulaires aux différentes périodes de la polynévrite.

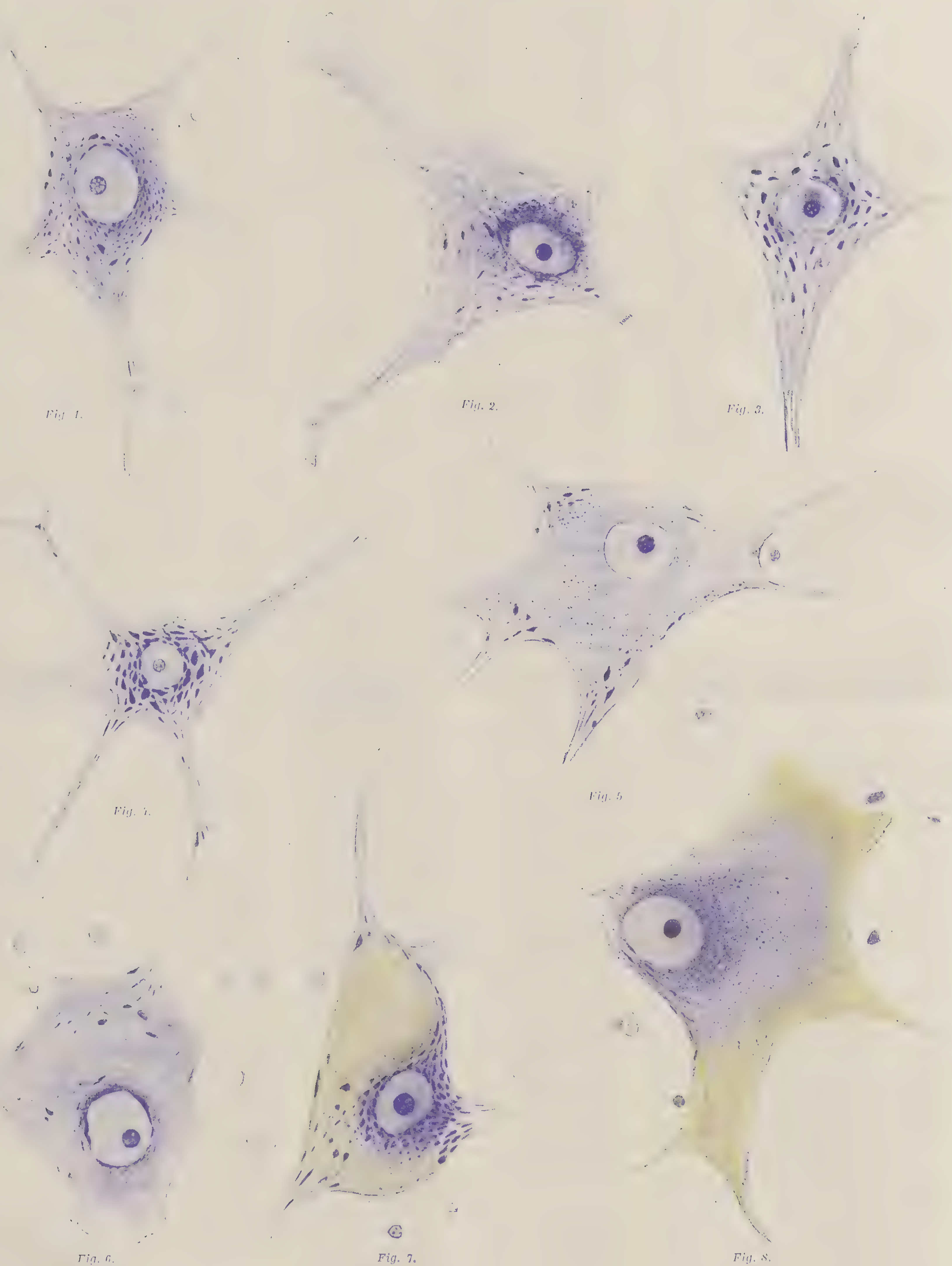
La méthode de Nissl révèle, à n'en pas douter, des lésions très appréciables dans les grandes cellules des cornes antérieures de la moelle, *lorsque la polynévrite est en pleine évolution*. Ces lésions, portant à la fois sur la morphologie de la cellule et sur sa structure fine, envahissent la *presque totalité* des éléments. Elles passent par plusieurs stades. *Au début*, la cellule se gonfle et augmente de volume, de façon variable, parfois à un degré considérable, si bien qu'elle peut atteindre 85 à 100 μ; cette sorte d'hypertrophie se fait aux dépens de toutes les portions de l'élément qui tend à prendre la forme arrondie, au lieu de rester polygonal. Parallèlement à ces modifications morphologiques, évoluent d'autres lésions structurales qui atteignent les chromatophiles, les prolongements et le noyau. Le protoplasma prend une teinte bleutée générale, même au niveau de la substance achromatique, sous l'influence du bleu polychrôme d'Unna; les chromatophiles, moins abondants, sont représentés par des grains poussiéreux répandus partout; parfois, à l'extrême périphérie et dans les prolongements, ils existent encore sous la forme de stries assez volumineuses; la membrane nucléaire se distingue mal; le noyau peut être partiellement déplacé (*fig. 9* et *10*).

Plus tard, au fur et à mesure que l'affection progresse, la cellule pâlit et prend la forme ronde; alors, les chromatophiles disparaissent totalement dans certaines parties, dans la région périnucléaire ou ailleurs : à ce sujet, les variations sont nombreuses et il nous paraît bien difficile d'établir une règle générale; toutefois, la région immédiatement périnucléaire, l'extrême périphérie de la cellule, les prolongements protoplasmiques constituent les trois zones qui conservent le plus longtemps des chromatophiles, poussiéreux ou granuleux. De même, le noyau devient de plus en plus périphérique, sa masse diminue, sa membrane nucléaire, plissée, se colore mal; quelquefois, il apparaît comme hernié. La figure 11 représente un type extrême; entre ce type et les types des altérations initiales, tous les intermédiaires peuvent être rencontrés.

Est-il possible de faire une analyse plus minutieuse des lésions cellulaires dans la polynévrite? Ainsi, la chromatolyse a-t-elle toujours une localisation identique, commençant en un même point de la cellule, autour du noyau, pour se généraliser ensuite? Nous devons avouer que nos examens histologiques ne nous ont pas révélé une systématisation aussi étroite pour la chromatolyse au début d'une polynévrite; et cependant, nous avions à examiner un cas bien peu avancé, avec lésions cellulaires vraiment initiales; même dans ce cas, la région périnucléaire était prise ni plus ni moins que les autres zones de la cellule.

Pareille discussion sur le mode de chromatolyse dans la polynévrite a quelque intérêt doctrinal, puisqu'elle peut servir à déterminer si lesdites altérations cellulaires sont *primitives* ou *secondaires*. A ce sujet, rappelons les expériences fondamentales de Nissl qui ont démontré l'existence, constante, d'une réaction de la cellule radiculaire après section du nerf périphérique; cette réaction est constituée par des modifications, morphologiques et structurales, précises, dont la principale est une chromatolyse spéciale; cette chromatolyse spéciale commence par la région du cylindre-axe, envahit la zone périnucléaire, puis la totalité de l'élément. Or, MM. Marinesco, Ballet et Dutil affirment l'existence de *la même réaction cellulaire dans la polynévrite*, en pathologie humaine : ainsi, dans cette maladie, la chromatolyse commencerait par la région du cylindre-axe, pour gagner la zone périnucléaire; en conséquence, ces auteurs admettent le caractère, *secondaire*, des altérations des grandes cellules des cornes antérieures de la moelle dans la polynévrite. A notre avis, les examens histologiques que nous avons pratiqués sur quatre cas de polynévrite à diverses périodes, ne permettent pas de trancher aussi aisément la grande question de la nature de ces altérations cellulaires : le type de chromatolyse n'est pas uniforme, il varie d'une cellule à l'autre; et, de plus, les autres modifications, morphologiques ou structurales, sont loin d'avoir toujours la même formule. Le seul fait démontré par la méthode de Nissl, d'ailleurs fort intéressant, est l'existence *constante* des lésions des grandes cellules des cornes antérieures au cours des polynévrites. Ces lésions modifient, de façon très appréciable, la morphologie de la cellule et sa structure, qu'il s'agisse des chromatophiles, de la substance achromatique ou du noyau; elles doivent donc entrer en ligne de compte dans l'interprétation générale ou dans la physiologie pathologique des polynévrites. Mais aller plus loin, nous paraît prématuré. Il faut attendre une technique plus perfectionnée et des examens plus nombreux, pour résoudre ce problème de la nature exacte des altérations des grandes cellules radiculaires au cours de la polynévrite.

Passons à l'étude des types cellulaires rencontrés dans les myélites. Nous avons pu, très heureusement, examiner trois cas de nature différente. Le premier, d'origine tuberculeuse, était un bel exemple de myélite bacillaire primitive au cours d'un mal de Pott vertébral; à lui seul, il démontre, comme l'a soutenu dès 1886 M. le professeur Raymond, l'existence des lésions tuberculeuses *primitives*, évoluant dans la moelle pour leur propre compte, en dehors de toute pachyméningite; les foyers, disséminés çà et là dans la substance blanche et dans la substance grise, consistaient surtout en altérations parenchymateuses, au niveau des tubes nerveux ou des cellules, sans néoplasies



Figures 1 à 8. — Les types cellulaires constants

Fig. 1 à 3. Grandes cellules qui représentent la majorité des cellules radiculaires de la moelle lombo-sacrée. A remarquer la variabilité, considérable, de leurs chromatophiles disposés sous forme de blocs, de stries, de granulations; ces chromatophiles sont semés partout; parfois, ils prédominent dans la région périnucléaire.
Fig. 4. Petite cellule avec chromatophiles très régulièrement agencés, surtout autour du noyau: type exceptionnel.
Fig. 5 et 6. Cellules anomales, avec chromatolyse, déplacement du noyau, colorabilité de la substance achromatique.
Fig. 7 et 8. Cellules séniles, avec pigmentation diffuse, très marquée, et avec chromatolyse accompagnée de diverses modifications structurales.

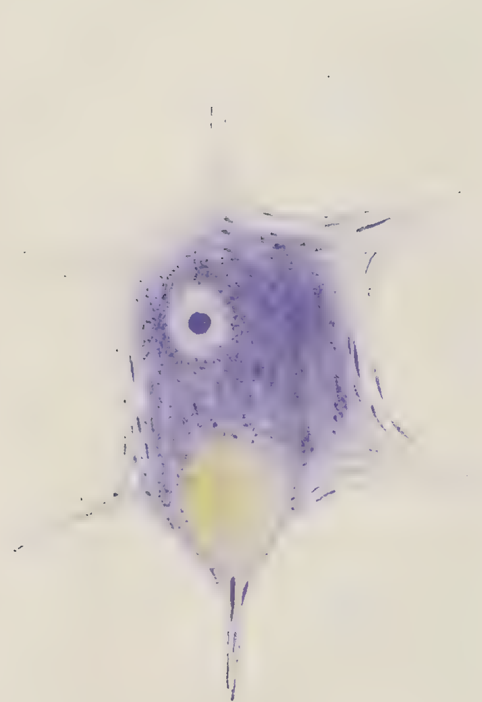


Fig. 9.

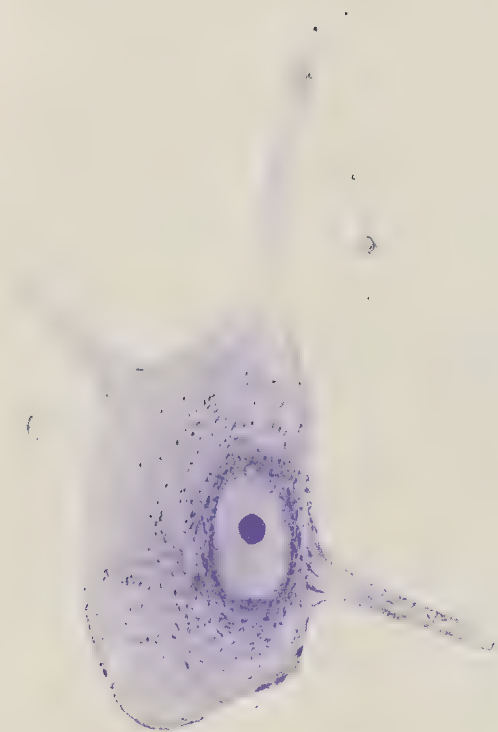


Fig. 10.

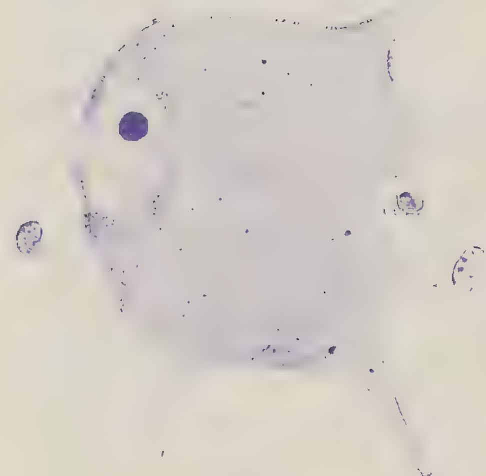


Fig. 11.

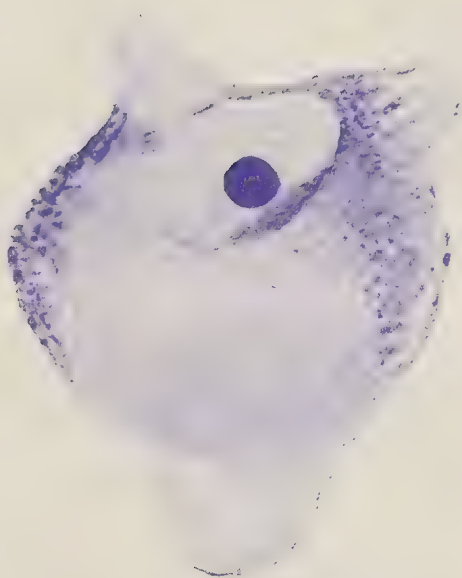


Fig. 12.

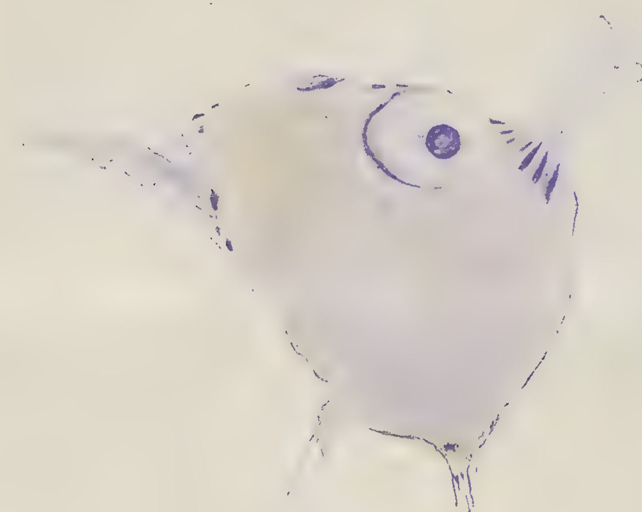


Fig. 13.



Fig. 14.



Fig. 15.



Fig. 16.

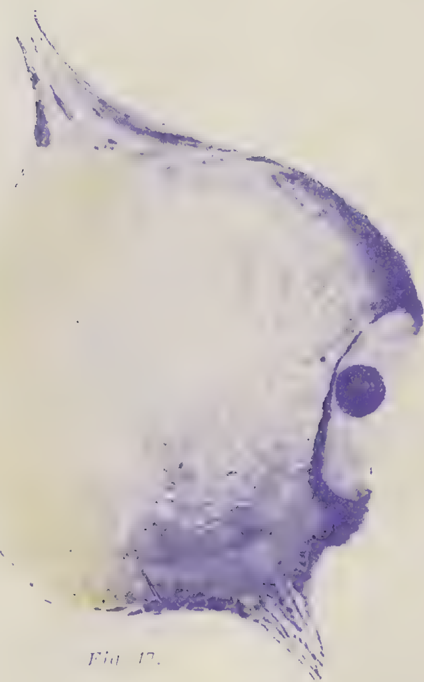


Fig. 17.

Figures 9 à 17. — LES PRINCIPAUX TYPES CELLULAIRES PATHOLOGIQUES.

Fig. 9 à 11. Types au cours de la polynévrite, aiguë ou subaiguë, quelle que soit sa nature. A remarquer la pluralité de ces types, le polymorphisme de leur chromatolyse, la variété des autres altérations fines.
Fig. 12 à 14. Types dans la myélite, aiguë ou subaiguë, quelle que soit sa nature : type de tuméfaction avec chromatolyse, périphérique ou centrale, déplacement du noyau, colorabilité de la substance achromatique ; type d'atrophie, sans chromatolyse ni modification structurale appréciable par la méthode de Nissl.
Fig. 15 à 17. Types des atrophies musculaires myélopathiques (atrophie simple ; chromatolyse diffuse et déplacement du noyau ; parfois, gonflement de la cellule).

tuberculeuses véritables. Le deuxième cas était de nature syphilitique; le troisième avait succédé à une infection générale, mal déterminée, vraisemblablement d'origine grippale. Dans tous ces cas, les altérations nous ont paru développées *primitivement*, en pleine substance grise, par exemple dans les cornes antérieures, en dehors de toute lésion radiculaire; elles évoluaient pour leur propre compte, et leur caractère primitif était encore démontré par d'autres lésions nées sur place, à n'en pas douter (prolifération névroglique, agglomérats leucocytaires, artérites et phlébites, parfois accompagnées de petites hémorrhagies).

Quels types pathologiques la méthode de Nissl nous a-t-elle révélés, au niveau des cellules radiculaires, dans nos trois cas de myélite? Ces types ne sont guère nombreux, puisque deux seulement nous paraissent mériter une individualisation et une étude à part; le premier amène la *tuméfaction*, le second l'*atrophie* de la cellule. Tous deux se mélangent, de façon sensiblement égale, dans une même corne antérieure, et vraisemblablement ils sont indépendants l'un de l'autre. Nous aurions pu rechercher leur mécanisme exact; mais bien vite nous avons dû y renoncer à cause des conditions multiples qui règlent l'histogenèse des foyers de la myélite, aiguë et subaiguë, en pathologie humaine (action directe sur les cellules; troubles circulatoires; altérations des cylindres-axes, etc.); seule, l'expérimentation sera capable, un jour, de débrouiller ce problème pathogénique qui a bien son importance pour la classification de toutes les altérations cellulaires.

Conformément à notre plan général, nous voulons nous contenter de caractériser, en quelques mots, les types pathologiques de la myélite, et surtout nous les comparerons avec les autres altérations subaiguës rencontrées dans les polynévrites. Pour ne pas attribuer à ces types pathologiques, révélés par la méthode de Nissl, plus de valeur qu'il ne convient, nous croyons inutile de leur chercher des dénominations nouvelles. Nous nous servirons simplement de la nomenclature employée dans l'ancienne anatomie pathologique cellulaire, en décrivant le *type de tuméfaction* et le *type d'atrophie*.

Le *type de tuméfaction* (*fig. 12* et *13*) présente des cellules gonflées, plus ou moins arrondies, de volume variable, dont les chromatophiles offrent toutes les modifications possibles, depuis la simple désintégration moléculaire jusqu'à la fonte totale, dans n'importe quelle zone, à la périphérie de l'élément, autour du noyau ou ailleurs. Vraiment, nous ne pouvons songer à décrire une chromatolyse spéciale : les chromatophiles, pour disparaître, prennent toutes les transformations, d'une cellule à l'autre.

Le type d'atrophie (*fig. 14*) est d'une description plus facile, au moins pendant toute une période de son évolution : ainsi, la cellule se rapetisse purement et simplement, sans que *la méthode de Nissl soit capable de révéler la moindre lésion, le plus petit déficit structural;* et cependant les éléments sont frappés de très sérieuse façon, puisqu'ils sont en train de disparaître. Plus tard, à une période avancée de l'atrophie, les chromatophiles se dissolvent : sans suivre aucune systématisation, ils disparaissent comme toutes les autres portions de la cellule.

Et maintenant, qu'il nous soit permis de comparer ces résultats avec ceux que nous avons énumérés à la suite de nos examens dans les polynévrites. Le type de tuméfaction de la myélite aiguë ressemble singulièrement au type pathologique étudié précédemment à la phase avancée d'une polynévrite quelconque. Est-il vraiment possible de trouver quelque caractère différentiel important? Nous ne le croyons pas, si nous voulons retenir les seules modifications cellulaires aisées à voir et à contrôler. Dans la polynévrite et dans la myélite, la méthode de Nissl nous révèle *des réactions cellulaires semblables*, caractérisées, avant tout, par le gonflement de la cellule, la chromatolyse plus ou moins diffuse, et le déplacement du noyau. Ainsi, nous voulons le répéter, cette méthode est incapable de nous montrer des réactions cellulaires différentes dans deux maladies qui méritent cependant d'être opposées l'une à l'autre, au double point de vue de leur symptomatologie et de leur évolution générales. Dans ce chapitre de pathologie humaine, elle est incapable, comme pour les psychoses, de nous fournir de nouvelles notions; elle reste *insuffisante*.

Mais un autre fait intéressant se dégage des examens précédents. Nous avons assisté à l'atrophie graduelle de la cellule dans la myélite, et nous avons eu à constater que la méthode de Nissl ne nous révélait aucune modification appréciable dans cette cellule en train de disparaître. Or, nous ne pouvons admettre que *pareille atrophie évolue sans altération structurale*. Force nous est donc de conclure que, là encore, la méthode ne peut renseigner exactement l'anatomo-pathologiste sur les modifications qui se passent dans l'intimité de la cellule pour en amener l'atrophie.

Nous en avons fini avec les types pathologiques rencontrés dans les maladies aiguës et subaiguës. Voyons à analyser les figures cellulaires révélées dans les maladies *chroniques* de la cellule radiculaire. Sur ce terrain, notre tâche sera vite remplie, car nos descriptions n'auront guère qu'à énumérer quelques faits, connus depuis longtemps grâce aux anciennes méthodes d'histologie cellulaire (picro-carmin; hématoxyline, etc.). A dire vrai, la méthode de Nissl, dans les maladies chroniques de la cellule radiculaire, a été loin de nous donner ce que nous pouvions espérer d'elle, au début de nos recherches, à en juger par l'enthousiasme avec lequel furent accueillis ses premiers résultats.

Tout d'abord, nous nous sommes adressés aux poliomyélites (sclérose latérale amyotrophique; atrophie musculaire progressive, type Duchenne-Aran); ces maladies frappent, d'une façon élective et primitive, la grande cellule radiculaire de la corne antérieure, comme nous le savons depuis les travaux de Duchenne et de Charcot. Ainsi, leurs lésions cellulaires doivent constituer de bons réactifs pour la méthode dont nous recherchons la valeur en histopathologie humaine.

Nous avons pu étudier trois cas de sclérose latérale amyotrophique d'intensité variable, et deux cas d'atrophie musculaire, type Duchenne-Aran. Dans tous, les figures histologiques ont été rencontrées sensiblement identiques.

Au début, la première constatation qu'il soit possible de faire est relativement grossière : elle vise l'*atrophie de la cellule*. Mais, à part la petitesse de sa masse protoplasmique et de ses prolongements, cette cellule *paraît* de structure normale; ses chromatophiles, son noyau, sa membrane nucléaire ne se distinguent nullement de ceux d'un élément sain; cependant, la charge pigmentaire, périphérique surtout, est souvent plus accusée que de raison. Ainsi, dans l'étude des lésions initiales de la poliomyélite chronique, nous sommes obligés de faire la même constatation que pour les myélites subaiguës : la méthode de Nissl est vraiment incapable de nous révéler, au moins à ses débuts, le processus intime qui entraîne l'atrophie de la cellule.

Plus tard, à mesure que l'atrophie progresse, des modifications structurales apparaissent. Les chromatophiles deviennent poussiéreux, cela sans systématisation aucune; la masse achromatique présente une teinte bleutée uniforme; la surcharge pigmentaire est considérable; les prolongements, protoplasmiques ou cylindre-axiles, ne se distinguent plus. Finalement, il ne reste guère qu'une sorte de moignon cellulaire, vaguement bleuté, dans lequel le noyau n'est pas différenciable (*fig. 15* et *16*).

En résumé, dans l'atrophie cellulaire qui constitue la lésion essentielle des poliomyélites chroniques, la méthode de Nissl, au début, ne révèle aucun processus lésionnel nouveau. Elle ne montre que l'atrophie, comme le faisait l'ancienne technique avec le picro-carmin ammoniacal. Plus tard, la chromatolyse apparaît. Mais cette chromatolyse a-t-elle un type spécial? Nullement. Les chromatophiles se détruisent comme dans la polynévrite, comme dans la myélite. Le noyau se déplace de façon identique. Sur ce terrain, la méthode de Nissl ne fait voir aucune figure cellulaire spécifique de la poliomyélite chronique.

Il nous reste un parallèle à établir. A propos des lésions subaiguës, nous avons comparé les polynévrites et les myélites, c'est-à-dire les maladies avec résistance de la cellule radiculaire, et celles avec destruction de cette même cellule; nous avons dû conclure que le processus lésionnel, révélé par la méthode de Nissl, était sensiblement identique dans les deux cas, à part l'intensité. Pour les lésions chroniques, nous voulons établir semblable parallèle, et comparer les poliomyélites — qui détruisent la cellule — avec la sclérose en plaques qui la respecte, au moins dans une certaine mesure.

Sur trois cas de sclérose en plaques, nous avons retrouvé un processus semblable, dans ses grandes lignes, à celui que nous avons signalé au cours de la maladie de Charcot ou encore dans le type Duchenne-Aran : l'intensité, seule, est différente. Ainsi, là encore, comme pour les maladies aiguës, la méthode de Nissl ne nous montre aucune spécificité dans les lésions. Bien plus, dans un cas de sclérose en plaques, au niveau d'une colonne de la corne antérieure de la moelle lombo-sacrée, nous avons rencontré tout un groupe de cellules gonflées, arrondies et atteintes de chromatolyse diffuse (*fig. 17*). En réalité, ce genre d'altération ressemble singulièrement à celui que nous avons rencontré dans la polynévrite.

III

L'étude analytique, faite dans les pages qui précèdent, a suffisamment caractérisé, croyons-nous, les principales lésions, aiguës ou chroniques, que la méthode de Nissl est capable de révéler au niveau des grandes cellules radiculaires des cornes antérieures de la moelle. Maintenant, il nous faut répondre à la question que nous avons posée au début de ce travail : quelles sont les applications, quelle est la valeur de la méthode en pathologie humaine?

Dans les recherches anatomo-pathologiques, chez l'homme, la méthode de Nissl a, comme toute méthode d'histo-pathologie cellulaire, un double programme à remplir; en d'autres termes, elle doit rechercher deux sortes de lésions. Parmi ces lésions, les unes, purement *morphologiques*, se rapportent à la configuration générale de la cellule nerveuse (volume, forme, disposition et nombre des prolongements protoplasmiques et cylindre-axiles, situation et forme du noyau et de ses nucléoles). Les autres, *structurales*, de beaucoup les plus importantes, à l'heure actuelle, pour la pathologie des cellules nerveuses, concernent toutes les modifications intimes du protoplasma et de ses diverses substances, même celles du noyau et de ses nucléoles, éléments qui jouent dans la vitalité et le fonctionnement cellulaires un rôle très important, négligé jusqu'aujourd'hui par suite de l'insuffisance des techniques. Eh bien! nos résultats, groupés dans une étude synthétique, vont nous permettre de voir comment la méthode de Nissl a rempli ce double programme : en d'autres termes, jusqu'où va son champ d'action pour l'examen des lésions morphologiques et des lésions structurales de la cellule radiculaire dans les maladies nerveuses, en pathologie humaine.

Dans l'étude des lésions morphologiques de la cellule, la méthode de Nissl permet une finesse d'examen très grande, bien supérieure à celle des autres procédés (picro-carmin ammo-

niacal de Ranvier, hématoxyline alunée, etc.). De par sa coloration élective, elle fait voir, avec la plus grande facilité, sur des coupes suffisamment minces, tous les éléments cellulaires, même les plus petits, avec leur configuration exacte et leurs dimensions; mieux que toute autre méthode, elle laisse compter les cellules radiculaires : par exemple, elle laisse voir sur les coupes sériées, l'atrophie, plus ou moins considérable, de telle colonne cellulaire. Vraiment, elle constitue à l'heure actuelle, la méthode de choix pour apprécier les modifications de nombre et de volume des cellules nerveuses.

Sans doute, pour les atrophies ou pour les malformations cellulaires au niveau des cornes antérieures de la moelle, nous possédions déjà le picro-carmin qui nous permettait d'étudier, de façon suffisante, les grosses lésions, ainsi qu'en témoignent les travaux, désormais classiques, sur l'anatomie pathologique des poliomyélites (paralysie infantile, sclérose latérale amyotrophique, atrophie musculaire Aran-Duchenne). Cependant, même dans ces maladies, la méthode de Nissl offre des images plus saisissantes pour les lésions atrophiques des grandes cellules et leurs principales phases. Mais cette qualité de la méthode trouvera des applications, plus heureuses encore, dans l'anatomie pathologique de l'écorce cérébrale, dans les polio-encéphalites chroniques, dont l'histoire histologique est à peine ébauchée. Dans les circonvolutions, existent des couches très denses, constituées par nombre de cellules petites, polymorphes, mal différenciées après l'action de nos colorants habituels; toutes ces couches cellulaires sont justiciables du bleu polychrôme d'Unna qui facilite singulièrement leur étude morphologique. En histologie normale, le procédé de Nissl a déjà permis d'ébaucher une classification meilleure des principales assises cellulaires de l'écorce. En histologie pathologique, il permettra, aussi, de chercher dans la destruction de telle ou telle couche la raison anatomique de certaines polioencéphalites chroniques. Hammarberg a commencé ce travail pour l'idiotie essentielle, non symptomatique d'une lésion en foyer; ses intéressantes recherches démontrent combien sont rares et petites les cellules nerveuses corticales chez les enfants dont les fonctions intellectuelles sont incomplètement développées. Sans doute, là n'est pas encore la formule anatomo-pathologique, complète, de l'idiotie essentielle; mais la voie est tracée, grâce à cette technique nouvelle qui permet de compter aisément les couches et les cellules des circonvolutions cérébrales.

Reste l'autre question. Quelle est la valeur du procédé de Nissl pour l'étude des lésions structurales des cellules nerveuses? Ce fut le but principal de la méthode dès sa création; il explique bien la faveur unanime et l'enthousiasme avec lesquels les neuropathologistes l'accueillirent. Avant cette méthode, les recherches d'histologie pathologique cellulaire, en système nerveux, étaient limitées aux altérations grossières et destructives; obligées de s'occuper avant tout du nombre des cellules, elles laissaient de côté, par raison majeure, l'architecture fine de la cellule nerveuse et sa structure intime, à peu près totalement ignorées.

La méthode de Nissl, à ses débuts, parut devoir combler cette grosse lacune, en faisant espérer la découverte des lésions fonctionnelles, lésions capables de *vicier* le mécanisme de la cellule, sans le *détruire*. Ces espérances se sont-elles réalisées? De par nos examens, leur réalisation reste bien incomplète pour la plupart des maladies nerveuses, que nous avons pu étudier chez l'homme. En nous appuyant sur les figures histologiques décrites plus haut, nous aurons toutes facilités pour développer et justifier pareille conclusion.

Tout d'abord, rappelons notre précédente remarque, car elle servira de base à toute cette argumentation : *la méthode colore une portion trop restreinte de la cellule*, portion représentée par ces éléments spéciaux, avides de matière colorante, et appelés chromatophiles, boules ou corpuscules de Nissl, granulations, etc. Sans doute, nous ignorons leur véritable rôle, peut-être considérable, et nous n'entreprendrons pas ici la tâche d'énumérer toutes les hypothèses formulées à ce sujet; mais nous pouvons bien admettre qu'ils sont loin de représenter *toute* la cellule. N'oublions pas qu'à côté d'eux existe la substance achromatique *dans laquelle se perd le cylindre-axe;* pareille continuité suffit pour justifier la valeur de ladite substance à l'état physiologique, et, conséquemment, la valeur de ses altérations en pathologie cellulaire. N'oublions pas aussi le noyau et sa substance fondamentale. Nous ne saurions trop le répéter : ce sont là autant de parties cellulaires très importantes, pour lesquelles la méthode de Nissl est incapable de nous révéler la plus petite modification lésionnelle.

Ainsi, au point de vue des altérations fines ou structurales de la cellule nerveuse, cette méthode ne peut étudier, d'une façon efficace, que *les chromatophiles* et *leur chromatolyse*. Voyons donc la valeur de la chromatolyse en pathologie cellulaire chez l'homme.

Une première question se pose : la chromatolyse est-elle toujours un phénomène pathologique? Nous ne le croyons pas. Nos recherches précédentes démontrent d'abord le polymorphisme considérable de la substance chromatique (volume, nombre et dispositif des chromatophiles); elles démontrent aussi l'existence d'une chromatolyse normale ou habituelle, et, pourrions-nous dire, d'une chromatolyse physiologique : constamment, chez l'adulte comme chez le vieillard, certaines cellules présentent la dissolution partielle ou généralisée de leurs chromatophiles, avec ou sans variations morphologiques. Cette dernière chromatolyse est-elle toute due à des modifications, nutritives ou fonctionnelles? Ne serait-elle point produite aussi par les troubles agoniques de la circulation, par la fièvre terminale, même par les infections cadavériques, qu'on sait fréquentes et précoces? Peu importe en l'espèce. Le seul fait intéressant pour nous est l'existence de ladite chromatolyse *chez tous les sujets*. Pareille constatation suffit, ce nous semble, pour limiter la valeur anatomo-pathologique des chromatolyses. De même, dans cet ordre d'idées, n'oublions pas les changements de forme et de volume, avec pigmentation, qui existent toujours chez le vieillard, dans les cellules radiculaires de la corne antérieure. En pratique, attachons une valeur sérieuse seulement à la chromatolyse qui intéresse la presque totalité des éléments cellulaires, en s'accompagnant d'altérations morphologiques très appréciables (forme arrondie de l'élément; diminution ou disparition des prolongements; situation périphérique du noyau). Sachons bien qu'il est impossible, au moins chez l'homme, d'attribuer une signification lésionnelle quelconque à la chromatolyse partielle et limitée, à la pigmentation plus ou moins considérable, aux déformations légères, enfin aux cassures des prolongements protoplasmiques.

Mais allons plus avant dans l'étude des chromatolyses vraiment pathologiques. Chaque affection a-t-elle son type cellulaire spécial, dans lequel telle chromatolyse serait le principal élément lésionnel? Dans ses recherches expérimentales sur les empoisonnements, Nissl a établi des altérations spécifiques, différentes suivant les intoxications auxquelles il soumettait ses animaux : expérimentant les poisons minéraux, organiques et microbiens, il vit que chacun d'eux altérait un groupe particulier de cellules nerveuses, et même déterminait une lésion cellulaire spéciale. Marinesco est allé plus loin : essayant d'appliquer ces notions à la pathologie humaine, il a décrit *la chromatolyse périnucléaire* dans les lésions dites secondaires de la cellule, et *la chromatolyse surtout périphérique* dans les lésions dites primitives. Nous ne croyons pas, après nos examens histologiques, que ces formules si étroites, empruntées surtout à la pathologie expérimentale, soient applicables à la pathologie humaine. Nos cas ne nous permettent vraiment pas d'adopter la théorie des chromatolyses spécifiques, propres à chaque affection. Dans les maladies subaiguës (polynévrites ou myélites), dans les maladies chroniques (poliomyélites et scléroses), la chromatolyse nous a paru suivre sensiblement le même mode évolutif; de même, quelle que soit *la nature* de l'affection, les chromatophiles se détruisent de façon identique.

Reste une dernière question à propos de la valeur de la chromatolyse en pathologie nerveuse chez l'homme. Que signifie la chromatolyse au point de vue de la *vitalité* de la cellule? Son intensité peut-elle vraiment permettre de conclure à une altération grave de l'élément, et *vice versa?* Nous ne le pensons pas, car nous avons rencontré la chromatolyse très marquée dans les polynévrites, et là, cependant, les cellules résistent presque indéfiniment; par contre, nous ne l'avons pas trouvée dans certaines cellules en voie de dégénérescence atrophique, au cours des myélites ou dans les poliomyélites chroniques.

En résumé, *chez l'homme, la méthode de Nissl est excellente pour étudier les lésions morphologiques des cellules nerveuses; aucun autre procédé ne peut lui être comparé. Pour les lésions fines ou structurales, quoique supérieure aux autres méthodes, elle ne donne pas la formule complète de l'état pathologique de la cellule : ne colorant que les chromatophiles, elle ne peut guère révéler que la chromatolyse, comme processus lésionnel nouveau. Cette chromatolyse, quand elle présente certains caractères, a une signification pathologique réelle, quoique restreinte.*

Mais, hâtons-nous de le dire en terminant, la méthode de Nissl a indiqué la voie à suivre pour pénétrer l'histo-pathologie de la cellule nerveuse. D'autres méthodes viendront pour permettre de continuer le travail inauguré par elle. Déjà, Apathy et Bethe nous révèlent, grâce à des techniques plus fines, une structure plus délicate de la cellule et de ses prolongements; ils ébauchent la description de la substance fondamentale ou achromatique, en décrivant les fibrilles primitives (*die Primitiv-fibrillen*), inter-cellulaires, intra-protoplasmiques et cylinder-axiles; leur conception, quelque peu révolutionnaire, ne tend rien moins qu'à supprimer la théorie du neurone, sur laquelle s'échafaudèrent, ces dernières années, tant de formules nosographiques, en pathologie nerveuse. Ainsi, un jour viendra où ces nouvelles méthodes, et d'autres encore, plus perfectionnées, plus aisément applicables, permettront enfin l'étude des fines lésions cellulaires, de *ces lésions fonctionnelles ou structurales* qui tiennent sous leur dépendance toute la symptomatologie des psychoses et des névroses; problème bien vaste, bien délicat, dont la méthode de Nissl a permis de commencer l'étude.

Dr Cl. Philippe,
Chef du laboratoire d'anatomie pathologique de la Clinique de la Salpêtrière.

Dr E. de Gothard,
(de Budapest).

LES ILLUSTRATIONS MÉDICALES

DU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE

VELPEAU

Quand on se remémore la biographie des hommes célèbres de la première moitié de ce siècle, on trouve que quelques-uns d'entre eux n'ont appris que très tard les éléments de la lecture et de l'écriture. Velpeau, né en 1795, appartient à cette catégorie d'hommes arrivés aux plus hautes positions et qui, au début de leur carrière, ne possédaient qu'une instruction fort élémentaire : c'est à peine s'il savait lire et écrire lorsqu'il a commencé la médecine, ce qui

Charnay, peintre. Wyld, chimiste. Rongat, peintre. Modèle du peintre. Dr Liouville. Loysel. Velpeau. Dr Desfossés. Vilmin, prof. de chimie. Lundi, miniaturiste. Armand Sylvestre, littérateur. Charnay, peintre. Feyen-Perrin, peintre. Gatineau, député.



Chalcographie du Louvre

Feyen-Perrin, pinxit.

LEÇON D'ANATOMIE

ne l'empêcha pas de se faire recevoir docteur en 1823, agrégé de médecine peu après, chirurgien des hôpitaux en 1828, et enfin, à l'âge de trente-neuf ans, d'enlever au concours la chaire de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, où il a enseigné presque jusqu'à sa mort (1867). Velpeau était depuis longtemps membre de l'Académie de médecine lorsque, en 1843, il remplaça Larrey père à l'Académie des sciences.

C'est comme professeur qu'il est représenté dans le tableau qu'un peintre distingué, Feyen Perrin (1826-1888), a exposé au Salon de 1864 sous le titre : *Leçon d'anatomie*. Cette œuvre, dont nous donnons ci-contre la reproduction, fut achetée par l'Etat, et, après avoir fait partie du mobilier national, elle a été donnée en 1896 par le gouvernement au musée de la ville de Tours où Velpeau avait commencé à étudier la médecine sous la direction de Bretonneau.

Au centre du tableau, on voit Velpeau ceint du tablier réglementaire et ayant devant lui un cadavre qui va servir à la leçon (1). L'assistance est représentée par douze personnages (2), dont deux seulement appartiennent au Corps médical: Henry Liouville, qui n'était pas encore interne des hôpitaux quand le peintre a composé le tableau et qui est devenu plus tard agrégé de la Faculté de médecine de Paris et député (1837-1887), et Desfossés, pour lequel il ne nous a pas été possible d'établir une identité complète.

Pour donner une idée de l'œuvre de Velpeau, il nous suffira de reproduire ici quelques passages de l'éloge de ce chirurgien par Trélat :

« Ayant étudié et pratiqué la médecine avant de se consacrer à la chirurgie, il resta toute sa vie médecin, l'homme du remède et de la guérison; et cette tendance dont il se glorifiait se manifesta clairement dans sa pratique et dans ses œuvres. C'est par là qu'il différait de beaucoup de chirurgiens du même temps, qui n'avaient pas le même point de départ.

» Beaucoup de ses travaux furent composés trop hâtivement. Une critique insuffisante, des vues historiques sans contrôle possible, un certain désaccord et même des contradictions entre quelques parties du livre, résultaient de cette précipitation et ne purent pas toujours être réparées par des éditions ultérieures. Néanmoins, même pour les ouvrages où ces critiques sont le mieux fondées, on pouvait constater des qualités de haute valeur. Un plan général tracé avec ampleur, une grande richesse de matériaux mis en œuvre avec une méthode rigoureuse, des déductions justes et des préceptes sages.

» Aucune ombre ne se projetait sur ces qualités quand Velpeau se plaçait sur le terrain de l'observation, de l'actualité ou de la pratique. Là, sa vaste instruction et son jugement droit étaient dans leur élément, surtout lorsqu'il eut acquis l'expérience dont il profita si merveilleusement. Aussi ses meilleures publications sont-elles celles où il se borne à exposer les résultats de sa propre observation.

» Quoique Velpeau ne soit pas inventeur, qu'il n'ait attaché son nom à aucune découverte considérable, il faut lui reconnaître un rôle de premier ordre dans le mouvement et les progrès de la chirurgie de notre siècle.

» Il est un de ceux qui firent connaître l'infection purulente. La description de l'angioleucite lui appartient. C'est lui qui patronna et introduisit dans la pratique les injections iodées. Plus qu'aucun autre, il contribua à débrouiller la confusion des idées sur la pathologie des tumeurs. Il contribua à rectifier des doctrines exagérées sur la nature et l'étiologie des maladies inflammatoires de l'œil, fixa l'attention sur la fièvre uréthrale, créa réellement le diagnostic des diverses espèces de panaris et de phlegmons de la main, vulgarisa l'emploi des appareils inamovibles déjà connus, mais qu'il rendit plus facilement applicables par l'usage de la dextrine. Enfin, l'étude des maladies du sein a été restaurée par lui et remaniée de fond en comble. »

(1) C'est le neveu du général Loysel qui consentit à représenter le cadavre.

(2) Le peintre ou Velpeau, et peut-être l'un et l'autre, devaient être superstitieux. Dans le tableau l'assistance n'est représentée réellement que par onze personnages différents, et, si l'on ajoute à ce nombre le professeur Velpeau et Loysel qui figurait le cadavre on arrive au total de 13. Cela étant, le peintre a représenté deux fois son élève Charnay.

CHIRURGIE PRATIQUE

La cure radicale du varicocèle par la résection veineuse dans le canal inguinal.

Depuis que l'application de l'antisepsie et de l'asepsie a permis d'aborder directement les vaisseaux veineux sans exposer le malade à des complications septiques, les anciens procédés de traitement du varicocèle sont tombés en désuétude. La ligature à ciel ouvert des plexus dilatés, avec ou sans résection, paraissait en effet devoir fournir des résultats beaucoup plus certains que ceux qu'on obtenait à l'aide de la cautérisation, de l'enroulement, de la galvano-puncture et de tant d'autres procédés qui, pour être souvent fort ingénieux, n'en étaient pas moins compliqués. Mais on ne tarda pas à constater que cette méthode, très rationnelle en théorie, n'était pas exempte d'inconvénients en pratique. Les éléments du cordon se laissant difficilement isoler, la ligature peut comprendre, outre les paquets veineux, l'artère spermatique; or, d'après certains auteurs — M. Duplay et M. Esmarch entre autres —, cet accident est susceptible d'amener l'atrophie ou la gangrène du testicule. D'autres chirurgiens, il est vrai, estiment avec M. Tillaux que les artères funiculaire et déférentielle suffisent pour assurer la nutrition de la glande séminale. Toutefois, la question n'étant pas encore résolue d'une façon définitive, on n'a pas volontiers recours au procédé en question, préférant se borner à une opération moins radicale mais plus inoffensive, à savoir la résection du scrotum.

Il importe, d'ailleurs, de faire remarquer que la résection veineuse, telle qu'on la pratique d'ordinaire, est loin de mettre à l'abri des récidives, attendu que souvent — les veines paraissant moins volumineuses, sous l'influence de l'anesthésie et de la position couchée du patient — l'intervention n'est pas effectuée d'une manière assez large.

Cet état de choses a engagé M. le docteur A. Narath, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine d'Utrecht, à chercher une autre voie pour la réalisation de la cure radicale du varicocèle.

Ayant remarqué que les ectasies très développées des veines spermatiques coexistent fréquemment avec un certain degré de dilatation du canal inguinal, notre confrère a eu l'idée de traiter le varicocèle par la résection du tronc principal ou des rameaux principaux de la veine spermatique *dans le canal inguinal* en fermant ensuite ce canal suivant le procédé, bien connu, que Bassini a préconisé pour la cure radicale des hernies inguinales.

M. Narath fait une incision d'environ 10 centimètres de long au-dessus du ligament de Poupart et dans la direction du canal inguinal. Cette incision, qui ne doit pas dépasser, en bas, l'épine du pubis, n'intéresse que la peau et le fascia superficialis. On sectionne ensuite l'aponévrose du muscle grand oblique. Le canal inguinal se trouvant ainsi ouvert sur toute son étendue, on attire au dehors le cordon spermatique avec le crémaster et la tunique fibreuse commune, et, après avoir fendu dans le sens longitudinal ces deux enveloppes, on aperçoit d'une façon très nette les différents éléments du cordon, notamment les veines dilatées, qu'on dissèque aussi haut que possible, pour les sectionner, entre deux ligatures, près de l'anneau inguinal interne. Les bouts centraux des vaisseaux se rétractent immédiatement et disparaissent dans la profondeur. On procède alors à la dissection des veines du côté périphérique, poursuivant leur isolement jusqu'à l'anneau inguinal externe, au niveau duquel on les coupe après une double ligature. On excise de la sorte un fragment de plusieurs centimètres de long soit du tronc principal seul ou avec ses premières ramifications, soit de celles-ci seulement, lorsque la branche principale se divise trop haut pour qu'on puisse l'atteindre.

La résection veineuse une fois réalisée, on termine l'opération, comme s'il s'agissait d'une cure radicale de hernie d'après le procédé de Bassini en ayant soin d'attirer en haut le cordon spermatique, sous lequel on fixe, par trois ou quatre points de suture, les fibres des muscles petit oblique et transverse au ligament de Poupart. Les lèvres de l'incision cutanée sont réunies à la soie sur toute la longueur de la plaie.

Au bout de huit jours on enlève les sutures et, deux jours plus tard, on autorise le patient à se lever, tout en lui recommandant de porter un suspensoir pendant un certain laps de temps.

M. Narath a eu souvent l'occasion d'appliquer le procédé que nous venons de décrire et, sur 19 sujets chez lesquels l'opération remonte à plus d'un an et qu'on a pu suivre après l'intervention, 7 ont été reconnus bons pour le service militaire, tandis qu'ils avaient été refusés auparavant pour varicocèle. L'état des 12 autres patients est également satisfaisant.

Si, parmi les nombreux avantages que notre confrère croit pouvoir attribuer au procédé en question, il en est quelques-uns — comme, par exemple, la réalisation plus facile de l'asepsie à la région inguinale qu'au niveau du scrotum — dont l'importance ne paraît pas assez considérable pour justifier, à elle seule, la création d'une nouvelle méthode opératoire, il n'en reste pas moins que les veines spermatiques se laissent beaucoup plus facilement isoler dans le canal inguinal qu'au niveau des bourses. C'est dire que la résection veineuse, telle que la préconise M. Narath, semble pouvoir être effectuée sans lésion de l'artère spermatique. Or, ce qui jusqu'ici faisait précisément la principale difficulté de la ligature ou de la résection des plexus variqueux du cordon, c'est que l'artère spermatique se trouvait presque forcément comprise dans la ligature. De plus, en opérant au niveau du canal inguinal, on ménage les voies collatérales dans toute l'étendue du scrotum, voies collatérales qu'on supprime, pour la plupart, qnand on a recours aux procédés usuels, et cela au grand préjudice de la facilité de la circulation en retour.

Est-ce à dire que la résection veineuse dans le canal inguinal soit appelée à faire élargir le cadre des indications du traitement opératoire du varicocèle? Il est permis de penser que l'application des moyens palliatifs conservera ses droits toutes les fois que les varices spermatiques ne seront ni trop douloureuses ni trop gênantes. Mais lorsque, pour une raison ou pour une autre, une intervention radicale devient nécessaire, le procédé préconisé par M. Narath semble tout indiqué.

D[r] L. CHEINISSE,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 février 1900.

Des para-appendicites.

M. Nimier. — Je crois que, parmi les lésions para-appendiculaires dont M. Quénu nous a parlé dans une séance précédente (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 38), on peut ranger certains cas d'épiploïte dont j'ai eu l'occasion d'observer deux exemples, et qui sont en rapport avec des lésions d'appendicite, lesquelles constituent le point de départ de l'infection épiploïque.

M. Bazy. — La communication que je fis devant vous il y a plus de quatre ans (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 450), pour défendre la part qu'on doit attribuer au cæcum dans les accidents classés au point de vue clinique sous

le nom d'appendicite, ne rencontra qu'une incrédulité à peu près générale. Depuis, les observations se sont multipliées, et, pour ma part, j'ai vu un fait qu'on peut rapprocher de ces cas d'adénite précæcale sur lesquels M. Gérard-Marchant a attiré l'attention. Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans, reçue dans mon service pour une volumineuse tumeur dans la fosse iliaque droite, avec des signes d'appendicite. L'intervention me conduisit sur une masse ganglionnaire rétrocolique, sans que l'appendice présentât la moindre lésion. Je me bornai à établir un drainage, et la patiente a parfaitement guéri.

J'ai opéré aussi une malade qui, à trois reprises, avait offert des abcès de la région iliaque droite, et chez laquelle on vit survenir, ultérieurement, un abcès de l'hypocondre droit; je pensai à une appendicite, et je trouvai en effet un appendice fortement atteint, qui avait été le point de départ de la formation de cet abcès à distance.

M. Albarran. — Dans un cas d'appendicite, j'ai noté, indépendamment de l'appendice gangrené, l'existence de deux plaques de gangrène développées sur la face antérieure du cæcum, et séparées de l'appendice par un intervalle assez considérable. Il s'agissait d'un fait appartenant à une série d'appendicites familiales, pour lesquelles je suis intervenu chez quatre frères ou sœurs.

Récemment, j'ai eu l'occasion de rencontrer sur la partie inférieure de l'iléon des lésions de péritonite péri-intestinale, avec des lésions minimes de l'appendice, chez une malade auprès de laquelle j'avais été appelé, comme chirurgien de garde, et qui présentait tous les signes d'une appendicite ordinaire.

Diagnostic différentiel entre la péritonite appendiculaire et l'occlusion intestinale.

M. Tuffier. — Vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur une observation de M. Jeanne (de Rouen) ayant trait à un cas d'appendicite à marche aiguë, chez une jeune fille, dont l'appendice, long seulement de 14 millimètres et perforé, fut réséqué par notre confrère; malgré l'intervention, l'affection se termina par la mort. A propos de ce fait, M. Jeanne insiste, pour le diagnostic différentiel entre l'occlusion intestinale et la péritonite, sur la valeur de la sensibilité qu'on constate au toucher, dans le cas de péritonite, au niveau du cul-de-sac recto-vésical ou recto-utérin.

Traitement des kystes hydatiques du foie.

M. Routier. — Depuis 1891, j'ai constamment traité les kystes hydatiques du foie par l'incision large, le lavage de la poche et la marsupialisation. J'ai toujours pu intervenir par la voie antérieure, même dans des cas pour lesquels on aurait volontiers proposé la voie postérieure. Chez un enfant de treize ans, qui offrait le kyste hydatique le plus volumineux que j'aie rencontré, et que j'ai opéré au mois de novembre dernier, il reste une fistule qui demandera encore un certain temps pour se tarir.

Dans la plupart des cas, la durée du traitement a été de cinquante à soixante jours en moyenne, mais une fois je l'ai vu atteindre dix-huit mois, et, par conséquent, je suis tout disposé, dès que l'occasion se présentera, à employer la méthode de M. Delbet.

Kystes dermoïdes de l'orbite.

M. Lagrange (de Bordeaux). — J'ai observé un cas de kyste dermoïde de l'orbite, développé chez une petite fille de huit ans, en arrière de la paupière inférieure; ce kyste comprimait fortement le globe de l'œil et déterminait des troubles oculaires, qui ont disparu après l'ablation.

Dans un autre fait, la tumeur avait fini par atteindre le volume d'un œuf de poule; l'ablation totale de la poche fut assez difficile en raison de son implantation profonde. L'examen de cette poche a montré que sa surface interne était le siège d'une ulcération totale, ayant détruit tout le revêtement épithélial, bien que le contenu du kyste, constitué par de la matière sébacée et des poils, ne m'ait laissé aucun doute sur sa nature dermoïde.

M. Berger lit un rapport sur une observation de M. Charier (d'Angers) relative à un cas d'autoplastie par la méthode italienne.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 février 1900.

Des méthodes propres à apprécier l'état des fonctions rénales.

M. Vaquez. — Je désire, à propos de la récente communication de M. Bernard (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 39), vous soumettre quelques considérations sur les méthodes qui sont susceptibles de nous renseigner sur l'état des fonctions rénales.

Ces méthodes, actuellement au nombre de quatre, sont basées respectivement : 1° sur l'analyse chimique des urines; 2° sur la recherche de la toxicité urinaire; 3° sur l'étude de la perméabilité rénale au moyen du bleu de méthylène; 4° sur la cryoscopie.

Comme l'a fait remarquer M. Merklen, l'analyse des urines reste un facteur important dans l'établissement, sinon du diagnostic, du moins du pronostic des néphrites. L'abaissement du chiffre de l'urée et des substances minérales ainsi que la faible densité du liquide urinaire constituent toujours un indice fâcheux. L'analyse chimique ne peut guère permettre d'aller plus loin dans l'étude des phénomènes de l'insuffisance rénale. Elle nous indique, cependant, par la non-élimination ou l'élimination imparfaite des phosphates, que la perméabilité n'est pas la même pour toutes les substances et que toute méthode qui ne permettra pas de dissocier les échanges osmotiques se faisant au niveau du rein sera forcément incomplète.

La méthode dite de la toxicité urinaire subit actuellement un remaniement complet. On sait maintenant que, à côté des manifestations d'ordre toxique qu'elle est chargée de déceler, elle se heurte dans son application à des actions physiques résultant de la différence des pressions osmotiques dont elle doit nécessairement faire la part. Récemment, MM. Claude et Balthazard ont montré qu'il se glissait, dans ses résultats, des erreurs inévitables dont l'évaluation rendait l'interprétation extrêmement délicate. Ces auteurs ont même essayé de déterminer le coefficient d'erreur, dont ils ont voulu faire un chiffre de correction établi par avance. Tout en admettant avec eux que ce coefficient d'erreur existe, je ne crois pas qu'ils en aient établi le quotient d'une façon incontestable. C'est donc une méthode à revoir avant d'en accepter à nouveau les résultats.

La perméabilité au bleu de méthylène ne peut en aucun cas permettre d'établir un pronostic de l'insuffisance rénale. On a vu, et j'en ai observé moi-même un cas, l'urémie apparaître et évoluer alors que la perméabilité au bleu restait parfaite. C'est que le bleu ne donne pas de renseignement qualitatif sur ce qui passe dans les urines et sur ce qui est retenu dans l'organisme. La diffusibilité est différente suivant chaque groupe de substances et si le retard du passage du bleu constitue un indice sérieux que la perméabilité rénale est diminuée, on n'en peut tirer aucun élément pronostique, pas plus que du passage rapide de la matière colorante.

La méthode de la cryoscopie permettrait seule de dissocier les phénomènes complexes qui caractérisent l'insuffisance rénale et d'établir des éléments de pronostic basés sur des chiffres connus et sur des substances déterminées. Mais cette méthode est encore à l'étude et toute interprétation de ses résultats serait prématurée.

Ainsi donc, les méthodes actuellement en usage ne nous semblent pas suffisamment sûres pour rendre possible la revision des notions que la clinique et l'anatomie pathologique ont fournies relativement à l'évolution des néphrites et à l'insuffisance rénale. L'analyse des urines et la perméabilité au bleu donnent des renseignements souvent contradictoires et qu'il faut contrôler par la clinique. La cryoscopie parait appelée, au contraire, à fournir dans l'avenir des indications nouvelles et plus précises sur l'état des fonctions rénales et sur le pronostic de leurs altérations.

M. Widal. — Les observations de M. Vaquez, en ce qui concerne l'insuffisance des renseignements que fournit actuellement l'étude de la perméabilité rénale au moyen du bleu de méthylène pour établir le pronostic de l'urémie, viennent à l'appui de ce que j'ai dit dans la dernière séance. J'ai montré que l'urémie pouvait coexister avec une élimination normale de cette substance par les urines. Je connais, d'autre part, des urémiques qui sont aujourd'hui très améliorés, bien que leur urine eût pendant un certain laps de temps presque complètement cessé d'éliminer le bleu. Il ne faut pas oublier du reste que le bleu de méthylène ne passe pas en totalité par les urines : une partie est, suivant les sujets, plus ou moins détruite dans l'organisme ou fixée par les tissus.

M. Achard. — Il a été question plusieurs fois, au cours de cette discussion, de la perméabilité inégale du rein aux diverses substances. Il existe évidemment des différences en rapport avec la diffusibilité plus ou moins grande de ces substances. En outre, il faut encore tenir compte que le rein, surtout à l'état pathologique, ne présente pas dans toutes ses parties la même structure, ni les mêmes propriétés physiques, ni par conséquent les mêmes aptitudes osmotiques. On y rencontre, réunis parfois sur le même organe, les trois principaux modes suivant lesquels s'accomplissent les échanges entre les liquides de l'organisme. Le passage de l'albumine, par exemple, est comparable à un phénomène de filtration, de passage d'une substance colloïde à travers une paroi perméable. La dialyse, c'est-à-dire le passage des cristalloïdes seuls, forme en quelque sorte le fond de la sécrétion rénale. Enfin, le tissu scléreux et les poches d'anciennes hydronéphroses et pyonéphroses réalisent à peu près les membranes dites semi-perméables, qui ne laissent guère passer que l'eau. La perméabilité du rein est donc quelque chose de plus complexe que celle des membranes dont les physiciens se servent pour leurs expériences. Cela étant, il est toujours utile de recourir à des procédés multiples pour explorer le fonctionnement rénal.

M. Bernard. — Il ressort de cette discussion qu'on peut observer des accidents urémiques alors que la perméabilité rénale se montre conservée. Ce fait est susceptible de deux interprétations : il tient soit à ce que les procédés en usage renseignent insuffisamment sur l'état de la fonction excrétoire du rein, soit à ce que la perméabilité rénale est réellement conservée dans certains cas d'urémie, d'où cette conclusion que l'imperméabilité rénale n'est pas le seul facteur des manifestations cliniques de cet état morbide. C'est à cette conclusion que m'ont conduit les recherches que j'ai communiquées dans une précédente séance; j'ai essayé, en outre, de dégager du cortège symptomatique de l'urémie ce qui relève de l'imperméabilité rénale et ce qui n'en dépend pas. A la vérité, certains symptômes peuvent s'observer aussi bien dans les cas d'imperméabilité que dans ceux où la perméabilité rénale est conservée, mais cela prouve simplement que des causes différentes sont susceptibles de déterminer un même symptôme.

Enfin, il est évident qu'on ne doit plus considérer comme synonymes les termes d'urémie, d'insuffisance rénale, et d'imperméabilité rénale. Basée sur l'étude de la toxicité urinaire, cette conception a subi le contre-coup des critiques qui lui ont été adressées dans ces derniers temps. M. Vaquez vient de rappeler la part qui revient aux phénomènes osmotiques dans les expériences de toxicité. D'après mes propres recherches, cette part n'est pas prépondérante, et l'isotonisation d'une urine ne modifie que les valeurs numériques des toxicités, et nullement les rapports de ces différentes toxicités.

Anurie complète sans urémie.

M. L. Rénon. — Je viens d'observer un cas d'anurie complète ayant duré sept jours qui s'est terminé par la mort sans accidents urémiques.

Il s'agissait d'un vieillard de soixante-neuf ans, atteint d'hémiplégie droite avec contracture secondaire et affaiblissement des facultés, dont les artères étaient athéromateuses, le cœur gros, l'orifice aortique dilaté, etc. Après avoir éprouvé quelques douleurs vagues dans la région lombaire droite, cet homme présenta du 18 au 25 janvier dernier une anurie complète sans symptômes urémiques, bien qu'à aucun moment je n'aie constaté de phénomènes de suppléance, tels que vomissements, diarrhée, sialorrhée, sueurs d'urée, etc. Le malade succomba avec des signes de paralysie pseudobulbaire le troisième jour d'une seconde crise d'anurie.

A l'autopsie on trouva de gros reins remplis

de calculs uratiques, un foie cirrhotique, une hypertrophie du cœur avec athérome des valvules mitrales et aortiques, et deux foyers de ramollissement, l'un dans l'hémisphère cérébral gauche et l'autre, plus petit, dans la protubérance.

Malgré l'existence de toutes ces lésions, le malade a résisté pendant sept jours à son anurie sans présenter le moindre trouble sérieux. Ce fait vient donc à l'appui des idées émises par M. Widal sur la complexité des facteurs de l'urémie, dont le déterminisme est loin d'être complètement élucidé.

M. Merklen. — Ce n'est qu'au bout de huit à neuf jours que l'anurie détermine des accidents urémiques ; il n'y a donc pas lieu d'être surpris que ces accidents ne se soient pas manifestés chez le malade de M. Rénon, la crise d'anurie ayant disparu après le septième jour.

A propos du suc gastrique animal.

M. Hayem. — Je désire faire remarquer, à propos des considérations qui ont été présentées dans les trois dernières séances sur les effets thérapeutiques du suc gastrique animal (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 31, 39 et 48), qu'en réalité ce suc gastrique ne possède pas la composition du suc gastrique normal, qu'il est hyperacide et que cette hyperacidité est due à de l'acide chlorhydrique libre. D'autre part, les expériences de Jürgens ont montré qu'on ne peut sectionner les fibres du pneumogastrique qui se distribuent à l'estomac sans faire disparaître la pepsine du suc gastrique; or, ces fibres étant intéressées dans l'opération que pratique M. Frémont pour isoler l'estomac, il y a tout lieu de supposer que le suc gastrique qu'il recueille ne contient plus de pepsine. On est donc amené en dernière analyse à considérer ce suc gastrique comme une solution plus ou moins concentrée d'acide chlorhydrique.

Je ne suis pas encore en mesure de me prononcer sur la valeur thérapeutique de ce produit; tout ce que je puis dire, c'est que je l'ai administré à 6 ou 7 dyspeptiques et que ceux-ci n'ont pas paru en être incommodés.

M. Danlos relate l'observation d'un jeune homme qui, au cours d'une blennorrhagie, fut atteint d'une rétention d'urine suivie de rupture de l'urèthre, d'infiltration urineuse avec production d'abcès multiples, d'une bronchopneumonie et enfin d'une méningite cérébrospinale qui entraîna la mort.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 février 1900.

Septicémie auriculaire à colibacille associé au bacillus perfringens.

MM. Baup et **Stanculeanu.** — Dans un cas de septicémie auriculaire par thrombophlébite du sinus latéral au cours de laquelle le malade présenta de l'hypothermie, de la diarrhée et de l'asthénie, nous avons constaté dans le pus recueilli au niveau des cellules mastoïdiennes au moment de l'opération ainsi que dans le sang fourni par les organes après la mort, deux espèces microbiennes: le *bacterium coli* et une espèce anaérobie, le *bacillus perfringens* de Veillon et Zuber. Injectés séparément aux animaux, ces microbes n'ont produit que des lésions peu accentuées; au contraire, inoculés ensemble ils ont déterminé une septicémie rapidement mortelle.

Des lésions cardiaques et musculaires dues à la toxine pneumonique.

M. Carnot. — J'ai obtenu, avec M. L. Fournier, une toxine pneumonique dont l'inoculation produit chez le lapin des lésions à la fois cardiaques et musculaires. C'est au niveau du psoas et de la masse sacro-lombaire que prédominent les lésions musculaires. Celles-ci peuvent être assez intenses pour donner lieu à des ruptures de fibres. On constate, en outre, un état poisseux des muscles qui paraît être le résultat d'une décomposition de la myosine. Ce ne sont pas seulement les fibres musculaires striées qui sont lésées par la toxine pneumonique; celle-ci porte également son action sur les fibres lisses de l'intestin et des tuniques artérielles, et ces dernières altérations ont souvent pour conséquence des processus hémorrhagipares.

Des mouvements de l'air intrabuccal pendant l'émission des sons.

M. Gellé. — J'ai pu constater au moyen d'un dispositif spécial que l'air contenu dans la cavité buccale est animé de mouvements dirigés en sens contraires, d'où des alternatives de condensation et de dilatation qui ne paraissent pas étrangères à la production de certains sons, notamment des voyelles.

Ces faits viennent à l'appui de la théorie aérodynamique de la phonation et montrent que le rôle de simple résonnateur attribué généralement à la cavité buccale pendant l'émission des sons ne doit être accepté qu'avec certaines réserves.

Variations de la tension osmotique du sang.

M. Mayer. — En soumettant des animaux au régime sec avec suppression absolue des liquides, j'ai constaté que la tension osmotique du liquide sanguin augmente dans des proportions notables; les variations de tension des substances minérales oscillent moins, toutefois, que celles des matières albuminoïdes. Cette augmentation de la tension osmotique n'est pas le résultat de l'inanition, car on ne l'observe pas chez les animaux soumis à un jeûne prolongé; elle est donc bien la conséquence de la suppression des liquides alimentaires.

M. Chapelle communique un nouveau procédé de dosage du sucre réducteur du sang.

MM. Leclainche et **Vallé** adressent une note sur un sérum immunisant provenant de la toxine du charbon symptomatique.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la fièvre typhoïde sans l'emploi de moyens antithermiques.

Considérant la fièvre comme une réaction salutaire de l'organisme, destinée à détruire la vitalité et la virulence des microbes pathogènes, M. le docteur A. Kramer (de Youriev) a fait, dans 102 cas de dothiénentérie, l'essai d'un traitement purement antiseptique et évacuant sans recourir ni à la balnéation ni à des médicaments antithermiques.

Le premier jour, notre confrère administrait 0 gr. 30 centigr. de calomel en trois prises et une cuillerée à café de sulfate de magnésie pour assurer l'évacuation de l'intestin. Les trois jours suivants, les malades prenaient une dose quotidienne de 0 gr. 06 centigr. de protochlorure de mercure avec ou sans sulfate de magnésie, selon la fréquence des selles, puis, pendant trois à cinq jours consécutifs, on ne leur prescrivait journellement que de 0 gr. 02 à 0 gr. 03 centigrammes de calomel. On cessait ensuite l'usage du protochlorure de mercure (en cas de diarrhée intense ou de stomatite, ce médicament était supprimé plus tôt) et on passait à l'emploi des antiseptiques intestinaux : on donnait soit la naphtaline à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 centigrammes ou le sous-nitrate de bismuth s'il existait de la diarrhée, soit de 0 gr. 40 à 0 gr. 60 centigrammes de salol lorsque les selles étaient moulées.

Pour combattre la céphalalgie on appliquait une vessie de glace sur la tête; on pratiquait, en outre, une ou deux fois par jour des lavages à l'alcool des régions les plus exposées au décubitus (fesses, sacrum, coudes, épaules).

Au cours des deux premiers septénaires, on alimentait les malades avec du bouillon, de la décoction d'avoine ou d'orge, des œufs et du lait. On donnait en même temps du vin généreux (cinq ou six verres par jour et même plus si le pouls faiblissait), ou bien la potion de Todd.

Les résultats de ce traitement ont été des plus encourageants; dans la plupart des cas, la défervescence est survenue entre le dix-septième et le dix-neuvième jour de la maladie, et, sur les 102 patients, 6 seulement ont succombé. Parmi les causes de mort figurent une péritonite par perforation et une hémorrhagie intestinale.

Comment on doit administrer le chloral contre le delirium tremens.

Parmi les calmants employés dans le traitement du délire éthylique aigu un des plus usités est l'hydrate de chloral. Cependant, on n'est pas encore fixé sur la façon dont il convient d'administrer ce médicament et en particulier sur la question de savoir s'il faut ou non donner en même temps de l'alcool. En ce qui concerne ce dernier point, les cliniciens qui ont l'habitude de faire absorber du vin aux sujets atteints de delirium tremens estiment généralement que ce trouble morbide est dû à la privation forcée des boissons alcooliques.

Telle n'est pas l'opinion de M. le docteur Aufrecht, médecin-chef de l'hôpital civil de Magdebourg-Altstadt, qui a eu maintes fois l'occasion de constater, d'une part, que la suppression brusque de l'alcool chez les buveurs invétérés n'entraîne aucune conséquence fâcheuse aussi bien à l'état de santé qu'au cours d'une maladie, et, d'autre part, que le delirium tremens peut survenir dans les cas de pneumonie où dès le début le patient ingère des boissons alcooliques à doses relativement élevées. Aussi notre confrère s'abstient-il actuellement de donner de l'alcool dans le delirium tremens, et il obtient dans le traitement de ce syndrome au moyen du chloral des résultats meilleurs qu'auparavant.

M. Aufrecht ne craint pas de prescrire le chloral à doses massives toutes les fois qu'il a affaire à des délirants jeunes et robustes, auxquels il fait prendre, vers le soir, 4 grammes de ce médicament dans un mélange à parties égales de sirop simple et de sirop d'écorces d'oranges amères. Si l'excitation est très intense, on donne encore 3 grammes de chloral le matin. Dans la plupart des cas traités de la sorte le sommeil et la fin de la crise sont survenus au bout de quarante-huit heures, c'est-à-dire après que le patient avait absorbé 8 ou 11 grammes d'hydrate de chloral. Parfois la guérison a pu être obtenue même sous l'influence d'une dose unique de 4 grammes.

Traitement de la dysenterie aiguë par le sulfate de soude.

D'après l'expérience de M. le docteur W. J. Buchanan, médecin de l'armée des Indes, qui a eu l'occasion de soigner un très grand nombre d'individus atteints de dysenterie, le meilleur procédé de traitement de la forme aiguë de cette affection consiste dans l'administration méthodique du sulfate de soude à titre de moyen évacuant.

Notre confrère prescrit cette substance ainsi qu'il suit :

Sulfate de soude.............	30 grammes.
Eau distillée de fenouil........	90 —

F. S. A. — A prendre : trois ou quatre cuillerées à bouche par jour.

Cette médication a pour effet de modifier avantageusement les selles qui ne tarderaient pas à perdre leur caractère sanglant et glaireux et à se colorer par la bile en jaune clair. A ce moment on peut cesser l'usage du sulfate de soude, quitte à y revenir dès que le sang et le mucus se montrent de nouveau dans les excréments, ce qui se produit fréquemment après une accalmie de un ou deux jours.

Le sulfate de soude serait moins efficace contre la dysenterie chronique dans laquelle M. Buchanan n'en administre qu'une ou deux doses au début du traitement ou à l'occasion des exacerbations, lorsque le sang et les mucosités réapparaissent dans les matières fécales. Le reste du temps notre confrère a recours aux antiseptiques intestinaux.

La genouillère élastique comme moyen de faciliter la marche dans le tabes.

Si les troubles de la déambulation chez les tabétiques sont dus surtout à l'ataxie des mouvements, il n'en est pas moins certain que le relâchement des jointures, notamment de celle du genou, y intervient aussi dans une large mesure. Cette considération a engagé M. le docteur Adler (de Breslau) à faire porter aux sujets atteints de tabes des genouillères élastiques, dans le but d'augmenter ainsi la force de résistance des articulations du genou. Grâce à ce moyen, notre confrère a obtenu une amélioration sensible de la marche chez nombre d'ataxiques.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Laënnec. — M. PIERRE MERKLEN.

Symphyse cardiaque en évolution chez un adolescent.

Le malade qui fait l'objet de cette conférence est atteint d'une affection grave et complexe du cœur, consécutive à des crises répétées de rhumatisme articulaire aigu et subaigu. Il présente à la fois les signes d'une insuffisance aortique et d'une symphyse cardiaque. De ces deux altérations, la première est la plus apparente, la seconde est au premier plan dans le tableau clinique. C'est elle qui tient sous sa dépendance les accidents douloureux et dyspnéiques pour lesquels ce jeune homme est entré à l'hôpital. C'est elle que nous devons étudier avec un intérêt d'autant plus grand qu'il s'agit d'une symphyse encore en évolution, d'une affection particulièrement grave dans les conditions d'âge où elle est survenue, et qu'il importe de tout faire pour en enrayer la marche, si cela est encore possible.

Il s'agit d'un adolescent, à peine âgé de seize ans, en pleine croissance. Il est grand et suffisamment développé, malgré les crises répétées de chorée et de rhumatisme qui ont marqué son enfance, malgré une insuffisance aortique déjà ancienne, ce qui prouve que cette lésion n'a pas l'influence dystrophiante du rétrécissement mitral. C'est pour des crises douloureuses et dyspnéiques qu'il est venu réclamer nos soins. Il y est sujet depuis une attaque de rhumatisme articulaire subaigu dont il a été atteint au mois d'octobre dernier, et qui semble avoir provoqué un réveil d'anciennes lésions péricardiques.

Fils de rhumatisant, ce jeune homme est lui-même victime d'un rhumatisme articulaire récidivant depuis l'âge de quatre ans. Il a eu à cette époque des douleurs dans les jointures, à sept ans une chorée qui dura deux mois, puis, jusqu'à douze ans, des poussées successives de rhumatisme articulaire subaigu qui frappèrent successivement les genoux, les coudes, les doigts. Après une rémission de deux années, survint, en septembre 1898, une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Le malade était alors à l'âge de la puberté et grandissait beaucoup. C'est au cours de cette attaque que se montrèrent les premiers troubles fonctionnels du cœur. Huit jours après s'être mis au lit, il fut pris une après-midi, vers quatre heures, d'une violente douleur précordiale, de dyspnée, de palpitations et d'angoisse; ces accidents ne durèrent qu'un quart d'heure et ne se renouvelèrent pas. Mais, les douleurs articulaires persistant, il se fit admettre au bout de trois semaines à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Hayem, où il fut soumis au traitement par le salicylate de soude et le régime lacté et où l'on diagnostiqua, s'il faut s'en rapporter à ses souvenirs, une double insuffisance aortique et mitrale. Après un séjour de quelques semaines, il rentra chez lui, guéri de ses douleurs articulaires, et reprit le régime alimentaire commun. Au bout de huit jours, il était réveillé une nuit, vers onze heures, par une violente douleur à la région sternale inférieure, avec dyspnée, qui dura près d'une heure et se termina par des vomissements alimentaires. A partir de ce moment les mêmes accidents se reproduisirent chaque nuit à la même heure pendant six semaines, sauf quand le malade ne s'endormait qu'après minuit. En janvier 1899, tout rentra dans l'ordre, et le jeune homme put reprendre son métier de planeur, n'éprouvant aucun trouble fonctionnel cardiaque, même pendant les efforts.

La récidive actuelle date du mois d'octobre dernier. Après s'être exposé à la pluie, le malade fut pris d'une légère grippe qui au bout de huit jours, ainsi qu'il arrive souvent chez les prédisposés, fut suivie d'un réveil rhumatismal caractérisé par des frissons, de la fièvre, de violents maux de reins et des douleurs au niveau des articulations des doigts. Quinze jours plus tard, alors que le rhumatisme paraissait avoir cessé, se montrèrent des crises douloureuses précordiales, à caractère lancinant, avec palpitations de quinze à trente minutes de durée; elles survenaient à n'importe quelle heure du jour et de la nuit. Enfin, et presque en même temps, reparurent les crises douloureuses xiphoïdiennes et épigastriques accompagnées de dyspnée et de vomissements, avec la périodicité nocturne et les caractères qu'elles avaient eus autrefois. C'est pour ces crises, qui se renouvellent depuis deux mois, que le malade est entré à l'hôpital le 26 décembre dernier.

Il ne nous a pas été difficile de constater chez lui, comme lésions cardiaques prédominantes, une insuffisance aortique et une péricardite subaiguë avec symphyse. L'insuffisance aortique s'annonçait à la simple inspection, par la pâleur du visage, la pulsatilité générale, surtout accentuée au cou sous forme de danse des artères, l'abaissement et le soulèvement en dôme du choc de la pointe; elle se confirmait par l'existence d'un souffle diastolique aortique net et constant, d'une dilatation hypertrophique considérable du ventricule gauche, du pouls de Corrigan, du double souffle crural de Duroziez et du pouls capillaire; l'exagération de la pulsatilité était, du reste, tellement prononcée qu'on ne pouvait toucher n'importe quelle partie du corps sans sentir de battements.

La péricardite subaiguë était non moins évidente. C'était une péricardite sèche avec adhérences étendues. L'auscultation permit de constater, dès l'entrée, deux centres de frottements péricardiques, l'un supérieur, au voisinage du foyer aortique où l'on entendait un bruit de cuir neuf des plus nets, l'autre moyen, au niveau du quatrième espace intercostal gauche où le frottement, moins rude et mésosystolique, surajouté aux bruits normaux du cœur, constituait un triple bruit, rappelant le bruit de la roue de locomotive au départ. Ces frottements persistent, quoique modifiés comme timbre; ils varient avec les modifications de la matité cardiaque. Leur persistance indique des lésions inflammatoires non éteintes, dans lesquelles nous trouverons l'explication des crises douloureuses et dyspnéiques.

Dès le premier jour aussi, vous aviez remarqué les mouvements anormaux de la région précordiale et les caractères très particuliers de la matité cardiaque; nous en avions conclu à une symphyse plus ou moins étendue du péricarde. La région précordiale reste animée, dans toute son étendue, de mouvements intenses indiquant à première vue que le cœur est gros et partout en contact direct avec la paroi. A la base ce sont des soulèvements énergiques, tandis que vers la pointe, les régions sternale inférieure et épigastrique, on voit plutôt des points qui se dépriment au moment de la systole. A certains jours, quand le cœur est plus dilaté, l'ensemble de ces mouvements donne l'impression d'ondulations et de reptation; lorsqu'il revient à des dimensions moindres, le soulèvement de la base et la rétraction systolique de la région sterno-costale inférieure font le mouvement de bascule. A ce signe de probabilité de symphyse s'en ajoutent deux autres, une augmentation plus grande de la matité cardiaque que ne le comporte une simple insuffisance aortique, et la fixité de cette matité, ainsi que l'immobilité du choc de la pointe dans les changements de position du tronc. La matité cardiaque présente un minimum de 14 centimètres dans le sens transversal, de 11 dans le sens vertical. Elle indique un très gros cœur, à la fois dilaté et hypertrophié.

A part les crises douloureuses et dyspnéiques sur lesquelles nous reviendrons et qui d'ailleurs ont presque disparu sous l'influence du traitement, ce jeune homme ne se sent pas malade. Il mange et dort bien, marche sans dyspnée, et n'en éprouve parfois qu'en passant de la position verticale à l'horizontale. Il n'a pas de fièvre. Son pouls est régulier et bat 90 fois environ à la minute; la tension artérielle est de 18 à 20. Et, cependant, il n'est pas guéri de la poussée phlegmasique récente de son péricarde. Les frottements persistent, et son cœur s'est récemment dilaté d'une manière inquiétante, au point de donner à la percussion une matité de près de 20 centimètres dans le sens transversal, de 15 dans le sens vertical. Cela indique que le myocarde sous-jacent au péricarde enflammé est lésé lui-même, tout au moins dans son intégrité fonctionnelle, et que nous sommes en présence d'une affection encore en évolution.

De l'analyse de cette observation, nous pouvons conclure avec certitude que le malade est atteint d'insuffisance aortique. Il me paraît non moins évident qu'il a de la symphyse cardiaque. Il s'en faut, cependant, que ce diagnostic puisse être affirmé d'une façon aussi catégorique que celui de la maladie de Corrigan. Les signes des adhérences généralisées du péricarde sont nombreux, mais il n'en est pas de pathognomonique, et l'on ne peut les reconnaître qu'en se basant sur un ensemble concordant de phénomènes physiques et fonctionnels. Leur recherche et leur détermination sont d'un réel intérêt, car la symphyse cardiaque présente une gravité autrement grande, pour le présent ou pour l'avenir, qu'une simple insuffisance aortique.

Les mouvements anormaux de la région précordiale constituent un premier signe de présomption. Ce qui frappe dans nombre de cas, c'est l'exagération de l'impulsion cardiaque qui résulte et de la dilatation hypertrophique du cœur presque toujours associée à la symphyse rhumatismale des jeunes sujets, et de son contact large et direct avec la paroi précordiale. Au lieu du simple choc de la pointe, on observe un soulèvement systolique en masse de la plus grande partie du plastron précordial, surtout vers la base, tandis que, à la région de la pointe, la paroi semble s'affaisser en plusieurs endroits: ces soulèvements et ces affaissements simultanés donnent l'impression d'ondulations et quelquefois de mouvements de bascule; la dépression systolique d'un ou de plusieurs espaces intercostaux au voisinage de la pointe constitue le phénomène décrit sous le nom de *rétraction systolique de la pointe*. Ces mouvements divers traduisent simplement les changements dans la forme des ventricules du cœur pendant la systole: leur portion inférieure se rétrécit et se raccourcit, d'où l'aspiration et le retrait des espaces intercostaux; leur base se gonfle et devient globuleuse, d'où l'impulsion de la partie supérieure de la région précordiale. A l'état normal, ces mouvements ne sont pas apparents à cause du volume moindre du cœur et de l'interposition du bord antérieur des poumons entre sa face antérieure et le plastron sterno-costal; c'est alors le poumon qui comble le vide produit par le raccourcissement de la pointe, et qui recouvre complètement la base.

Les mouvements anormaux de la région précordiale ne sont qu'un signe indirect de symphyse cardiaque; c'en est d'ailleurs un signe inconstant et non pathognomonique. Ces mouvements indiquent uniquement que le cœur est gros et en contact large et direct avec la paroi thoracique: ils ne prouvent pas d'une manière certaine qu'il soit fixé par des adhérences extra-péricardiques ni entravé par des adhérences intrapéricardiques. Ce n'en est pas moins un signe de présomption, parce que c'est dans la symphyse surtout qu'on observe ces gros cœurs immédiatement sous-jacents à la paroi précordiale, sans interposition des poumons; ceux-ci sont écartés et souvent immobilisés par des adhérences pleurétiques. Toutefois, la cardiomégalie avec refoulement des poumons peut exister dans d'autres circonstances. Friedreich a montré l'infidélité de la rétraction systolique de la pointe comme signe des adhérences péricardiques. Pour M. Potain, c'est « un signe

d'une valeur infidèle, capable, tout au plus, d'attirer l'attention sur l'existence possible d'adhérences, sans les rendre absolument certaines ». M. Weill a observé la dépression pluricostale chez un enfant mort avec un rétrécissement et une insuffisance mitrale, sans symphyse. J'ai fait récemment une constatation analogue, après plusieurs autopsies qui avaient donné raison aux présomptions fournies par ce signe. Les mouvements anormaux de la région précordiale ne sont pas, du reste, constants dans la symphyse cardiaque. Leur condition nécessaire est l'hypertrophie du cœur; ils manquent ou disparaissent quand le cœur est seulement dilaté ou lorsqu'il s'affaiblit, et, à plus forte raison, s'il est peu volumineux.

L'hypertrophie et la dilatation du cœur constituent chez les jeunes sujets un deuxième signe de présomption de symphyse cardiaque. Il est peu de cardiopathies qui développent au même degré le volume du cœur, et, en présence d'une grande matité cardiaque inexpliquée, il faut toujours, comme le conseille M. Potain, songer à l'existence d'une symphyse. Celle-ci est parfois associée à l'atrophie du cœur : c'est l'exception. La dilatation hypertrophique est la règle dans la symphyse rhumatismale. Elle résulte, pour une part, ainsi que le pense M. Potain, de l'insuffisance cardiaque créée par l'asthénie du myocarde qui accompagne toujours la symphyse. Le cœur se dilate d'abord et s'hypertrophie secondairement pour chasser la masse plus considérable de sang qu'il contient. Mais l'hypertrophie cardiaque tient aussi aux lésions orificielles qui le plus souvent compliquent la symphyse, en particulier à l'insuffisance aortique. C'est que la symphyse cardiaque d'origine rhumatismale s'observe rarement à l'état de pureté : elle n'est qu'un des éléments d'une pancardite, c'est-à-dire d'une endo-myo-péricardite, de ce que Duroziez décrivait sous le nom de *grand cœur rhumatismal*. C'est même une des raisons pour lesquelles les adhérences péricardiques sont habituellement méconnues : le médecin qui se borne à pratiquer l'auscultation du cœur constate les lésions orificielles, et cela lui paraît suffire pour expliquer les troubles fonctionnels. Le diagnostic de la symphyse est, cependant, autrement important pour le pronostic.

Chez notre malade, l'insuffisance aortique peut être invoquée, aussi bien que la symphyse, comme cause de la grande matité cardiaque. Ce qui domine en effet, chez lui, c'est la dilatation hypertrophique du ventricule gauche en rapport avec sa lésion aortique. Toutefois, la matité n'est pas seulement augmentée dans le sens vertical où elle varie de 11 à 15 centimètres : elle offre dans le sens transversal un minimum de 14 centimètres et a atteint certains jours près de 20 centimètres. Cette grande matité transversale et la déviation de la pointe à plusieurs centimètres en dehors de la ligne mamelonnaire ne peuvent être expliquées que par une dilatation portant sur les deux ventricules, et, en l'absence de lésion mitrale, force est d'en chercher l'explication dans l'état du péricarde. La péricardite chronique avec symphyse et cardiomégalie totale se traduit, en effet, par une matité cardiaque considérable qui peut être comparée à celle de la péricardite avec épanchement, lui ressemblant même quelquefois par l'irrégularité de son contour en haut et à gauche, c'est-à-dire par l'encoche de Sibson. Cette grande matité cardiaque répond à une dilatation totale du cœur, le plus souvent accompagnée d'hypertrophie.

La cardiomégalie, comme les mouvements anormaux de la région précordiale, est un signe indirect de symphyse. Elle doit y faire penser, mais de ce que le cœur est volumineux on ne peut conclure avec certitude qu'il est entouré d'adhérences péricardiques généralisées. A vrai dire, il n'en existe pas de signe direct, car celui que les auteurs, M. Potain en particulier, considèrent comme le plus certain, appartient aux adhérences extrapéricardiques bien plus qu'aux adhérences intrapéricardiques. Je veux parler de l'*invariabilité de la matité cardiaque* dans les diverses attitudes du tronc et de la *fixité de la pointe du cœur*. Il est rare que la péricardite subaiguë ou chronique avec symphyse ne soit pas compliquée de médiastinite, de pleurésie médiastine et diaphragmatique, d'où résultent des adhérences extrapéricardiques qui immobilisent le sac péricardique et le cœur faisant corps avec lui. Ces adhérences sont surtout péricardo-sternales et costales : aussi le cœur est-il comme appendu au plastron précordial et a-t-il perdu sa mobilité. On comprend dès lors toute la valeur diagnostique de la fixité de sa pointe et de sa matité. Malheureusement ce signe n'est pas constant. Il implique une péricardite externe associée à la péricardite proprement dite, et cette association n'est pas nécessaire, bien qu'elle soit commune : la symphyse péricardo-cardiaque peut exister sans symphyse péricardo-costale.

Quoi qu'il en soit, la concordance de ces trois signes — mouvements anormaux de la région précordiale, grande matité cardiaque, fixité de cette matité et du siège de la pointe — permet d'affirmer, autant que cela est possible, l'existence d'une symphyse péricardique. Or, cette concordance s'observe chez notre patient, et le diagnostic est confirmé par l'évolution de sa maladie, ainsi que vous en jugerez tout à l'heure. Quelles que soient les variations quotidiennes de sa matité cardiaque, qu'elle soit minima ou maxima, son cœur est également fixé et les changements d'attitude n'en déplacent pas les limites. De plus, l'existence d'une péricardite externe ou mieux d'une pleurésie adhésive de voisinage est, chez lui, démontrée par la matité presque complète de l'espace de Traube : cette matité résulte de la présence d'exsudats dans le cul-de-sac pleural. M. Jaccoud lui attache justement une certaine valeur, au point de vue du diagnostic de la symphyse.

La symptomatologie physique des adhérences péricardiques généralisées est trop riche de signes pour que je puisse les rappeler tous dans une leçon clinique. Je me suis attaché à la réduire aux plus constants, aux plus importants et surtout aux plus caractéristiques. Je ne saurais, cependant, passer sous silence les bruits de souffle qui parfois résultent de la dilatation des orifices du cœur et de l'insuffisance fonctionnelle de leurs valvules. Cette omission serait d'autant plus regrettable que nous devons nous demander si l'insuffisance aortique constatée chez notre malade n'est pas la conséquence d'une dilatation considérable du ventricule gauche due à la symphyse. On observe communément dans la symphyse cardiaque des *insuffisances mitrales*, plus rarement des *insuffisances aortiques fonctionnelles* : les premières résultent de l'éloignement progressif des piliers tendineux, qui ne permettent plus aux lames valvulaires de se rapprocher pendant la systole; les secondes sont dues à l'augmentation du diamètre de l'orifice de l'aorte. D'après Sérullaz (1) et Weill (2), cette insuffisance aortique par dilatation se produit seulement chez les enfants et chez les jeunes gens. Dans 9 cas réunis par Sérullaz, les âges extrêmes ont été vingt-deux ans et huit ans. Notre malade est donc dans les conditions d'âge où l'on peut y penser. Je crois, cependant, qu'il est atteint d'insuffisance par endocardite valvulaire et non d'insuffisance fonctionnelle. Celle-ci, suivant une observation très précise de Weill, donne bien lieu à tous les signes cardiaques et extracardiaques de la maladie de Corrigan, mais son apparition est tardive, le souffle diastolique qu'elle détermine est intermittent et coïncide avec les signes d'affaiblissement progressif du cœur. Or, l'insuffisance aortique a été constatée chez notre malade il y a plus d'un an; les signes en sont constants et paraissent être contemporains de la symphyse s'ils ne lui sont pas antérieurs; le cœur, malgré sa dilatabilité, est fort, ainsi que l'attestent les énergiques mouvements anormaux de la région précordiale.

(1) SÉRULLAZ. Contribution à l'étude de l'insuffisance aortique fonctionnelle. (*Thèse de Lyon*, 1893.)

(2) WEILL. Traité clinique des maladies du cœur chez les enfants, p. 103 et suiv. Paris, 1895.

Deux circonstances étaient encore de nature à attirer notre attention du côté du péricarde et à nous faire craindre une symphyse en évolution : 1° l'âge du malade; 2° les signes de pleuro-péricardite, à savoir les frottements péricardiques, les crises douloureuses précordiales, et, enfin, la tendance à la dilatation progressive du cœur.

Bien que la symphyse d'origine rhumatismale soit de tous les âges, elle s'observe principalement chez l'enfant et plus encore chez l'adolescent. La statistique de Cerf est à cet égard des plus instructives. Sur 43 cas de symphyse vérifiés à l'autopsie, 3 avaient été relevés chez des enfants de un à dix ans, 15 entre dix et vingt ans, 8 de vingt à trente ans, 5 de trente à quarante ans. Morel-Lavallée a pu conclure également, en se basant sur 30 cas, à la prédominance de la symphyse dans le jeune âge. C'est surtout une *affection de l'adolescence*, et à ce point de vue notre malade ne fait pas exception à la règle. Il a seize ans, et tout nous porte à penser que le début de la symphyse remonte à la crise rhumatismale qu'il a eue en 1898, c'est-à-dire au moment de sa puberté. Ce paraît être l'âge de prédilection du rhumatisme infantile dont les récidives se trouvent réveillées par la croissance. Ces récidives suivant la juste remarque de Weill, renouvellent l'inflammation du péricarde à mesure qu'elle tend à s'effacer, et c'est ainsi que se constitue, en plusieurs étapes, la symphyse totale du péricarde.

Notre malade traverse une de ces étapes. Il y a quinze mois, à la suite d'une crise de rhumatisme articulaire aigu, il a eu des crises douloureuses précordiales dont l'origine péricardique ne me paraît pas douteuse. Cette fois, l'atteinte articulaire a été assez légère pour passer presque inaperçue et les mêmes douleurs se sont manifestées au décours de l'affection, indiquant du côté du péricarde un travail phlegmasique prolongé et toujours en évolution. Vous vous rappelez les allures vraiment insolites de ces douleurs paroxystiques. Quand ce jeune homme nous est arrivé, il se plaignait de crises qui se répétaient depuis près de deux mois, d'abord le jour et sans cause appréciable, puis la nuit, à onze heures du soir, après la première heure de sommeil. Il était sûr de n'en point éprouver en ne s'endormant qu'à minuit. C'étaient des douleurs épigastriques et rétro-sternales, avec sensations de constriction et de brûlure, palpitations et dyspnée, douleurs qui cessaient souvent, au bout de trente à cinquante minutes, avec un vomissement alimentaire. Le repos au lit, l'application d'un vésicatoire et une petite dose de digitaline les firent disparaître en quatre ou cinq jours.

Comment interpréter ces crises hypnalgiques? Leur siège, la coïncidence des palpitations et de la dyspnée ne laissaient guère de doute sur leur origine cardiaque ou péricardique. Leur retour paroxystique pouvait faire penser aux crises d'angine de poitrine, parfois observées au cours de la péricardite et de la symphyse cardiaque. A vrai dire, il ne s'agit pas en pareil cas d'angine de poitrine mais de névralgie du phrénique s'accompagnant quelquefois d'irradiations réflexes dans les nerfs intercostaux des premiers espaces, dans les nerfs du bras et parfois même dans les nerfs cervicaux. Cette névralgie traduit surtout la fluxion des nerfs phréniques qui se produit dans la pleuro-péricardite, quand ces troncs nerveux participent à l'inflammation du péricarde et de la plèvre médiastine entre lesquels ils cheminent. Je suppose que telle était aussi l'origine des crises douloureuses qu'accusait notre malade, tout en me demandant pourquoi elles survenaient seulement après la première heure de sommeil. C'est le problème qui se pose d'ailleurs à propos de toutes les douleurs nocturnes ou mieux de toutes les

hypnalgies. Je me bornerai à vous rappeler que les phénomènes douloureux ont cessé chez ce garçon quatre jours après l'application d'un vésicatoire, et la seconde nuit après l'administration de la digitaline. Ce médicament m'a maintes fois réussi pour faire disparaître les douleurs pseudo-angineuses dans l'insuffisance aortique d'origine rhumatismale : peut-être agit-il en diminuant ou en prévenant la dilatation cardiaque que semble augmenter, entre autres causes, le premier sommeil.

Quelle qu'en soit l'explication, les douleurs rétro-sternales accusées par notre malade étaient suffisantes pour nous faire soupçonner une pleurésie médiastine associée à une poussée subaiguë de péricardite. Celle-ci se révélait par une sensation douloureuse au palper par refoulement du centre phrénique. Elle se traduisait surtout et se traduit encore par des frottements de siège et de timbre divers. Ces frottements, perceptibles à la main appliquée sur la région précordiale, indiquent que la symphyse est incomplète, que la soudure des deux feuillets de la séreuse n'est pas générale. Il en est souvent ainsi dans les premières périodes de la symphyse rhumatismale. Elle ne s'établit pas d'emblée mais par poussées successives. Lorsqu'elle est peu avancée au moment de la mort, on constate, entre les adhérences plus ou moins lâches qui résultent de néoformations conjonctivo-vasculaires anciennes, des îlots fibrineux, parfois même de petites collections liquides qui correspondent à des régions d'abord respectées et récemment envahies par la phlegmasie. En cas de survie, les adhérences néo-membraneuses remplacent les simples exsudats pseudo-membraneux, et il est aisé de comprendre que la répétition des poussées inflammatoires, presque fatales à chaque récidive rhumatismale, aboutisse à l'ankylose complète des deux feuillets du péricarde.

Notre malade n'en est pas encore là; la persistance des frottements nous permet du moins de l'espérer. L'observation attentive des variations quotidiennes de la matité cardiaque nous a même prouvé que nous étions en présence d'une affection en pleine évolution. Vous vous souvenez qu'un jour le patient s'était plaint d'éprouver de la dyspnée et des palpitations le soir en se couchant. J'en avais conclu à l'existence d'un léger degré d'insuffisance cardiaque et j'avais cru bon de donner un demi-milligramme de digitaline cristallisée en deux jours. Sous l'influence de cette médication, le pouls tomba de 96 à 84; par contre, la matité cardiaque s'accrut dans des proportions considérables, atteignant près de 20 centimètres transversalement et 15 centimètres dans le sens vertical; en même temps le foie se tuméfia légèrement. Que s'était-il passé? La digitale avait agi comme cardio-modérateur, mais non pas comme cardiotonique. Ralentissant le cœur sans renforcer ses contractions et sans l'aider à se vider du sang que ses cavités contenaient en excès, elle en avait augmenté le trop-plein et la distension. Cette dissociation de l'action de la digitale, sur laquelle j'ai appelé l'attention ailleurs, constitue un signe d'asthénie du myocarde. Or, cette asthénie complique souvent les poussées de péricardite, qu'elle résulte de l'inhibition des parties du myocarde sous-jacentes à la séreuse enflammée, ou de la myocardite qui succède parfois à la phlegmasie péricardique quand elle n'en est pas contemporaine. Dans le cas actuel, elle nous a révélé une altération inflammatoire du péricarde, encore en évolution.

Ainsi, signes physiques, âge, troubles fonctionnels et évolution nous permettent de conclure que nous sommes en présence d'une symphyse péricardique. Mais c'est une symphyse encore incomplète qui tend à s'accroître sous l'influence d'une poussée subaiguë de péricardite. Cette particularité est de première importance pour le pronostic et pour le traitement.

La symphyse cardiaque de l'enfance et de l'adolescence est le plus souvent une affection grave. M. Cadet de Gassicourt a justement fait observer que les conséquences en sont plus funestes que celles des lésions orificielles. L'insuffisance aortique et l'insuffisance mitrale sont compatibles avec une vie active et un développement normal; le rétrécissement mitral, malgré son influence dystrophiante, ne compromet que rarement l'existence. Les adhérences généralisées du péricarde déterminent l'asystolie précoce et entraînent fréquemment la mort au bout de plusieurs mois ou de quelques années. D'après le relevé de ses observations, M. Cadet de Gassicourt a pu conclure que les enfants qui meurent asystoliques, à la suite d'une cardiopathie rhumatismale, ont tous, ou à peu près tous, de la symphyse cardiaque.

Mais on ne saurait englober tous les cas dans la même formule pronostique. Il y a des symphyses tolérées, souvent même latentes, qui ne compromettent pas le fonctionnement du cœur, et des symphyses non tolérées. Tout dépend de leur degré et de l'état du myocarde sous-jacent. Quand elles sont constituées par des adhérences lâches, molles et surtout partielles, le fonctionnement et la nutrition du myocarde n'en sont que peu gênés. Lorsque, au contraire, les adhérences sont serrées, généralisées, et que, sous l'influence du travail phlegmasique auquel il a pris part, le péricarde a perdu son élasticité et sa résistance, le myocarde est doublement en souffrance. Il est atteint dans sa nutrition, à cause de la gêne de la circulation sanguine et lymphatique qui résulte de l'épaississement scléreux de l'épicarde et des tissus sous-jacents, ceux-ci enserrant dans leur gangue les nombreux vaisseaux de la surface du cœur; il est rare d'ailleurs qu'il ne s'y ajoute un certain degré de myocardite interstitielle chronique. Il est troublé dans son fonctionnement, parce que son énergie est diminuée et que la perte d'élasticité du péricarde, supprimant son rôle d'organe de soutien (Potain), ne peut plus limiter la dilatation cardiaque qui résulte des efforts ou de toute autre cause.

Il ne semble pas que notre cas soit dès à présent à ranger dans la série des formes graves. La symphyse est pour le moment incomplète, et, en dehors des troubles fonctionnels attribuables à la poussée non encore éteinte de pleuro-péricardite subaiguë, il n'existe pas de signe d'insuffisance cardiaque. Le pronostic n'est donc pas sévère, mais il peut le devenir : nous ne pouvons savoir l'avenir de cette symphyse encore subaiguë. Que sera-t-elle quand elle aura définitivement passé à la chronicité? Tout dépend de la multiplicité des adhérences qui sont en train de se constituer, et des altérations concomitantes du myocarde.

Nous sommes en présence d'une affection en évolution. Cette notion doit être la base du traitement. Il faut réduire et limiter la phlegmasie lente et insidieuse qui tend à transformer le péricarde en un sac cicatriciel; si nos moyens thérapeutiques n'y peuvent réussir, il faut empêcher, du moins, que le péricarde sclérosé ne fixe le cœur en pleine dilatation.

Le repos prolongé au lit, en immobilisant dans la mesure du possible les surfaces enflammées, favorisera la résolution des lésions et surtout mettra obstacle à leur progression. La révulsion répétée de la région précordiale à l'aide de vésicatoires, de pointes de feu et même de cautères volants agira dans le même sens. La médication iodurée y contribuera pour une autre part.

La crise de dilatation à laquelle j'ai fait allusion tout à l'heure nous a montré que le myocarde, actuellement inhibé par la phlegmasie péricardique et peut-être par ses propres altérations, se laisse distendre sans résistance et dans des proportions considérables. Or, il importe qu'il soit dilaté au minimum, si la poussée actuelle doit aboutir à la complète ankylose du péricarde. La dilatation du cœur est par elle-même une cause d'insuffisance cardiaque, parce qu'elle impose au myocarde un surcroît de travail pour évacuer son contenu. Il est vrai que, chez un sujet jeune surtout, on est autorisé à compter sur une hypertrophie compensatrice qui existe déjà chez notre malade. Mais tout a une limite : l'hypernutrition du muscle cardiaque n'est pas indéfinie, et, à un moment donné, elle s'arrête ou devient impuissante. Or, avec un péricarde sans résistance, un cœur dilaté se laisse distendre facilement, malgré l'hypertrophie compensatrice; et c'est ainsi que se produisent les crises d'asystolie à répétition, si communes dans la symphyse cardiaque, et bientôt l'asystolie irréductible.

Loin d'empêcher la dilatation du cœur chez notre jeune homme, la digitale semble, en ce moment tout au moins, la favoriser. Ce n'est donc pas sur elle qu'il faut compter, et il est préférable de recourir à la médication déplétive, aux diurétiques et aux laxatifs. Sous l'influence d'une application de ventouses scarifiées et de 10 grammes d'eau-de-vie allemande, nous avons vu la matité cardiaque se réduire de 20/15 à 14/11 et la matité hépatique revenir de 13 à 11. Nous les maintiendrons dans ces limites par des diurétiques, tels que la théobromine ou le nitrate de potasse, et par de légers purgatifs. J'ai l'espérance que, en y veillant attentivement, nous empêcherons des désordres irrémédiables, si nous ne pouvons prévenir l'achèvement des adhérences généralisées qui sont en train de se produire.

P. S. — Sous l'influence du repos et des révulsifs, l'état du malade s'était considérablement amélioré, son cœur avait notablement diminué de volume, quand, quinze jours après cette leçon, il fut pris de grippe avec réveil de rhumatisme articulaire subaigu et de pleuro-péricardite. Le cœur devint énorme, atteignant 20 centimètres dans le sens transversal, et le foie se tuméfia. En même temps survinrent des crises dyspnéiques avec vomissements, tendance au collapsus, pâleur extrême. Il mourut subitement au milieu d'une de ces crises.

L'autopsie confirma le diagnostic de symphyse cardiaque et d'insuffisance aortique par valvulite. Le cœur, hypertrophié et dilaté, surtout aux dépens du ventricule gauche, pesait 1,450 grammes vide de sang, 1,800 grammes avec son contenu. La symphyse était complète, à part quelques lacunes de peu d'étendue. Elle était compliquée de péricardite externe et de médiastinite : le péricarde, soudé au cœur, était également fixé au plastron sterno-costal par des adhérences étroites, à la face interne des deux poumons par de la pleurésie sèche médiastine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 13 et 20 février 1900.

La désinfection dans la rougeole.

M. Vallin lit une note dans laquelle il attire l'attention sur l'augmentation croissante du nombre des décès causés par la rougeole à Paris; la statistique démontre, en effet, que la rougeole est actuellement la plus meurtrière de toutes les maladies infectieuses. Tandis que le nombre des décès dus à la fièvre typhoïde, la diphtérie, la coqueluche, la scarlatine, etc. va en diminuant depuis cinq ans, celui des victimes de la rougeole augmente progressivement : il a été de 865 en 1898, et de 904 en 1899.

Cette différence paraît devoir être attribuée à l'emploi de plus en plus fréquent d'une désinfection rigoureuse au cours et à la suite des maladies dont la déclaration est obligatoire. Si la rougeole n'est pas inscrite au nombre de ces maladies, c'est parce qu'on admet que, la virulence du germe morbilleux étant passagère, la désinfection intervient trop tard pour être efficace.

Mais il y a lieu de remarquer d'abord que le contage de la rougeole ne perd peut-être pas sa virulence aussi vite qu'on l'a dit et ensuite qu'on ne meurt pas de la rougeole proprement dite, mais presque toujours de ses complications, dont la plus fréquente est la bronchopneumonie.

Or, cette dernière complication est liée à la présence du streptocoque, et c'est ce microbe qui rend si dangereuse l'admission d'un sujet atteint d'une rougeole, même bénigne, dans la salle mal tenue d'un hôpital d'enfants.

Ce microorganisme est d'autant plus redoutable que dans cette maladie les muqueuses aériennes ont perdu leur épithélium protecteur vibratile, et que ces surfaces desquamées rendent plus facile l'inoculation de tous les germes pathogènes suspendus dans l'air (tuberculose, diphtérie, pneumonie infectieuse, etc.). Par conséquent, si la désinfection est inutile contre la rougeole proprement dite, on ne saurait en dire autant pour ses complications.

L'orateur termine en disant qu'il est dangereux de laisser plus longtemps le public croire qu'il n'y a pas de précautions à prendre contre la contagion de la rougeole, et il estime que cette affection devrait être inscrite sur la liste des maladies contagieuses dont la déclaration est obligatoire.

Les sources de la craie et la fièvre typhoïde.

M. Thoinot donne lecture d'un travail dans lequel il montre que si les eaux de source restent sans contestation possible le type de l'eau potable, il n'en est pas moins vrai que certaines sources, celles de la craie en particulier, appelées aussi sources vauclusiennes, peuvent devenir dangereuses et même typhoïgènes, d'une façon transitoire ou permanente.

C'est à ces sources qu'il faut faire remonter la responsabilité des dernières épidémies de fièvre typhoïde qui ont été observées tant en province qu'à Paris.

Toutefois, les sources de la craie constituant la majorité en France, il ne saurait être question de les supprimer, il faut les améliorer.

Dans ce but, M. Thoinot conseille d'étudier soigneusement, avant l'amenée, la source qu'on destine à l'alimentation, au point de vue de ses variations chimiques et biologiques et de la qualité de ses affluents. Après l'amenée, si le danger jusque-là latent vient à s'imposer il faut, autant que possible, reporter les captages en amont des pertes dangereuses, ou tout au moins y parer par l'assainissement de points faibles, par l'aveuglement des gouffres et bétoires, etc.

Innocuité de l'emploi du sesquisulfure de phosphore dans la fabrication des allumettes.

M. Courtois-Suffit. — Dans le courant de l'année dernière M. Frouin a soutenu que la manipulation du sesquisulfure de phosphore et l'utilisation industrielle de ce produit devaient être considérées comme des opérations insalubres (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 221). Sans m'inscrire en faux contre les expériences sur lesquelles M. Frouin a fondé son opinion, je crois devoir faire remarquer que les allumettes au sesquisulfure de phosphore sont fabriquées depuis bientôt deux ans dans diverses usines. Le personnel employé à cette fabrication comprend 2,100 ouvriers environ; or, malgré ce laps de temps assez long et le nombre relativement considérable des personnes qui manipulent le sesquisulfure de phosphore, on n'a pas eu à enregistrer un seul accident d'intoxication. Il n'y a pas eu davantage d'accidents de fabrication, si ce n'est ceux qui sont dus à l'inflammation inévitable de quelques allumettes, mais aucune explosion, aucun incendie de quelque importance n'ont été observés.

Diagnostic précoce de la surdité progressive.

M. Bonnier. — Quand un sujet chez lequel il n'existe que des menaces de surdité progressive, par hérédité ou par suite d'affections chroniques du nez et de la gorge, ne présente encore aucune diminution de l'ouïe appréciable par les procédés acoumétriques ordinaires, on peut néanmoins pronostiquer chez lui la surdité progressive, si l'épreuve suivante donne des résultats positifs. On applique le pied d'un gros diapason vibrant soit sur une saillie osseuse du corps (genou, cheville, coude), soit même sur des parties tout à fait molles, puis on demande au patient si, outre la trépidation qu'il perçoit au contact, il *entend* le diapason. Dans le cas où il l'entend, non par l'air, mais par contact, il y a paracousie, c'est-à-dire menace de surdité, car cette forme de paracousie n'appartient qu'aux affections de l'oreille, et elle peut devancer tous les autres symptômes.

M. Merle communique l'observation d'une femme de vingt-quatre ans chez laquelle il a pratiqué un avortement rapide en une seule séance pour des vomissements incoercibles; malgré cette intervention, la malade continua à vomir et mourut d'inanition quelques jours après.

M. Mouchet (de Sens) relate les résultats d'une série d'opérations qu'il a pratiquées sur le rein.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 février 1900.

Sur la production de rayons X secondaires par le corps humain et sur un point important de la technique radiographique.

M. Guilloz. — On sait que les clichés radiographiques de régions très épaisses paraissent toujours, au développement, plus ou moins voilés. J'ai trouvé que ce fait tient à la diffusion des rayons par les supports, appareils de contention, murs de la pièce, tissus, *corps du sujet radiographié* et quelquefois aussi par le corps de l'opérateur lui-même.

Pour la radiographie d'une région peu épaisse, ces rayons secondaires ne sont pas très nuisibles, car l'action qu'ils exercent sur la plaque est plus lente que celle des rayons X transmis directement par les tissus pour fournir la silhouette osseuse. Mais il n'en est pas de même, par exemple, dans la radiographie du bassin chez un adulte : le lit sur lequel repose le sujet, les coussins, etc. peuvent envoyer directement sur la plaque des rayons secondaires qui, n'étant pas absorbés par le corps de l'individu, produiront sur la plaque photographique le même effet que celui des rayons de Röntgen traversant les chairs. Cela étant, on doit toujours réduire autant que possible l'appareillage de la fluoroscopie et de la radiographie, afin d'éviter la formation de rayons secondaires.

Influence des sensations musicales sur la circulation du sang.

M. F. Larroque adresse une note sur le mécanisme de l'audition des sons et sur quelques phénomènes connexes, de laquelle il résulte, entre autres, que la vibration, productrice ou non productrice de son, augmente dans les premiers temps l'ampleur de la pulsation artérielle, qu'une sensation musicale imprévue peut précipiter momentanément le rythme cardiaque, et que, sans le concours de circonstances particulières de nature à provoquer une intense émotion, l'impression musicale ne produit jamais de ralentissement du rythme cardiaque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 février 1900.

Des para-appendicites.

M. Routier. — J'ai relaté un cas d'abcès de la rate consécutif à une appendicite, et je crois qu'il n'y a pas lieu de s'étonner que l'appendicite, comme toute maladie infectieuse, puisse donner des suppurations à distance. Mais je laisse de côté cette question pour parler surtout des para-appendicites sur lesquelles M. Quénu a attiré notre attention, en décrivant des péritonites localisées, indépendantes de toute lésion de l'appendice. Dans le cas de M. Guinard, il s'agissait d'une perforation de l'intestin, pour laquelle il ne semble pas qu'on ait beaucoup pensé à l'appendicite. Dans un autre fait cité par M. Quénu, la lésion de l'appendice était réduite macroscopiquement à de la congestion, et, à l'examen microscopique, on n'a rien trouvé. J'ai observé des faits de ce genre, dans lesquels la lésion de l'appendice, tout en restant insignifiante, n'en a pas moins été manifestement le point de départ des accidents plus ou moins graves développés dans le voisinage. Je crois donc qu'on insiste beaucoup trop en ce moment sur quelques cas particuliers, et il me paraît peu rationnel de dissocier ainsi la question de l'appendicite, que nous avons eu tant de peine à éclaircir.

M. Quénu. — L'existence de ces faits particuliers dont je vous ai entretenu est absolument indiscutable et mérite qu'on s'y arrête. A côté de l'appendicite, il y a certainement des lésions para-appendiculaires qui évoluent indépendamment de toute lésion de l'appendice, ainsi qu'on est autorisé à le dire quand, par l'examen histologique, on n'a pu déceler aucune érosion de la muqueuse ni la moindre lésion des follicules clos. En insistant sur ces para-appendicites, j'ai voulu montrer qu'il y a des lésions qui, sans intéresser l'appendice, présentent une physionomie clinique très analogue à l'appendicite et nécessitent d'ailleurs l'intervention au même titre que celle-ci.

M. Bazy. — Comme M. Quénu, je pense que cette question des para-appendicites offre une grande importance, et qu'il faut s'habituer à chercher dans certains cas en dehors de l'appendice le point de départ des accidents qui peuvent se produire dans la fosse iliaque droite. Dans deux opérations récentes d'appendicite à froid, j'ai dû suturer sur le cæcum une perforation qui s'ajoutait à la lésion de l'appendice.

M. Reynier. — Dans un cas où il existait au niveau de la fosse iliaque droite une collection suppurée, qu'on croyait d'origine appendiculaire, j'ai trouvé l'appendice sain et une masse ganglionnaire caséifiée. Dans un autre fait où l'on avait posé également le diagnostic d'appendicite, le point de départ des accidents était une urétérite.

M. Pierre Delbet. — Chez un malade qui présentait des signes de péritonite généralisée paraissant provenir de l'appendice, j'ai trouvé le point de départ de l'affection dans une perforation cæcale qui siégeait à 3 centimètres environ au-dessus de l'abouchement de l'appendice dans le cæcum. Les cas de ce genre sont rares mais ils existent; je ne vois pas cependant la nécessité de désigner sous le nom de para-appendicites ces faits qui simulent l'appendicite et qui, en réalité, correspondent tout simplement à des erreurs de diagnostic. Si l'on rapproche, d'ailleurs, la signification de ce terme nouveau de celle qu'on attribue à la paramétrite par exemple, il n'est peut-être pas très exact d'appeler para-appendicites des lésions qui sont indépendantes de l'appendice.

M. Lyot communique une observation d'invagination intestinale opérée chez un enfant de dix mois, quatre heures après le début des accidents.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 février 1900.

Sur un cas d'anévrysme latent de l'aorte thoracique.

M. Huchard communique l'observation d'un malade chez lequel un anévrysme de l'aorte est resté méconnu pendant plusieurs années. Cet anévrysme siégeait au niveau de l'aorte thoracique et se traduisait par des douleurs intercostales très vives qui obligeaient le patient à se tenir courbé en deux et persistaient aussi bien dans la station couchée que dans la position assise. Ces douleurs, qui occupaient la base du thorax et les neuvième et dixième espaces intercostaux du côté gauche, furent attribuées par plusieurs médecins à une névralgie intercostale et traitées comme telles sans le moindre résultat.

Le caractère de ces douleurs, d'une part, et les antécédents syphilitiques du malade, d'autre part, firent supposer à M. Huchard qu'il s'agissait d'un anévrysme de l'aorte siégeant dans la région désignée par lui sous le nom de *zone latente*.

L'examen attentif du thorax montra, en effet, l'existence au niveau de cette zone de battements anormaux et d'un léger mouvement d'expansion qui ne pouvaient laisser aucun doute sur la présence d'une tumeur anévrysmale de l'aorte. L'examen radiographique confirma, du reste, ce diagnostic peu de temps après.

C'est également en s'appuyant sur l'intensité et le caractère rebelle de douleurs siégeant à la région crurale que, chez un autre malade, l'orateur a pu déceler la présence d'un anévrysme de l'aorte abdominale et rattacher ainsi ces douleurs à leur véritable cause.

M. Rendu. — J'ai donné autrefois des soins à un officier qui souffrait depuis cinq ans de douleurs intercostales très vives et chez lequel

le murmure respiratoire était complètement aboli du côté gauche. Bien qu'il n'existât aucun signe physique de tumeur anévrysmatique, je diagnostiquai un anévrysme de l'aorte thoracique comprimant la bronche gauche. Quelque temps après, le malade mourut subitement en montant un escalier, ce qui semble bien prouver que mon diagnostic était exact.

Je connais, d'autre part, une femme chez laquelle des douleurs intercostales, qui avaient résisté à tous les moyens employés habituellement contre les névralgies, ne tardèrent pas à céder sous l'influence de la médication iodurée; je suis donc porté à croire, sans pouvoir l'affirmer, qu'il s'agit ici encore d'un anévrysme de l'aorte.

M. Lion dit avoir trouvé un anévrysme de l'aorte descendante à l'autopsie d'un homme qu'on avait cru atteint pendant sa vie d'un cancer de la colonne vertébrale à cause des douleurs intolérables qu'il éprouvait au niveau du thorax et du bras gauche.

M. Galliard a observé le fait contraire, c'est-à-dire un malade chez lequel on avait diagnostiqué un anévrysme aortique en raison des douleurs thoraco-brachiales dont il se plaignait et à l'autopsie duquel on a trouvé un cancer primitif de la colonne vertébrale.

Lésions rénales et hépatiques d'origine alimentaire.

M. Papillon. — J'ai eu l'occasion de faire l'autopsie d'un homme qui avait mangé du pâté de foie gras avarié et qui a succombé rapidement avec un érythème ortié et des phénomènes cholériformes. Les lésions nécroscopiques les plus importantes siégeaient au niveau du foie et des reins.

Dans le foie, à côté de petits foyers d'hépatite parenchymateuse, j'ai constaté une infiltration, peu abondante mais généralisée, des cellules hépatiques, par du pigment ocre : cette pigmentation probablement d'origine sanguine doit attirer l'attention sur les lésions du sang dans les intoxications alimentaires.

Au niveau du rein, il existait une nécrose de presque tout l'épithélium sécréteur, nécrose qui était semblable à celle que provoquent les toxines microbiennes à action rapide et violente.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 février 1900.

Echinocoques multiloculaires (alvéolaires) observés chez un Français.

M. L. Rénon. — A l'autopsie d'un garçon boucher de trente-six ans, ayant succombé à un pyopneumothorax, j'ai trouvé des kystes hydatiques multiloculaires (alvéolaires) de la plèvre et du poumon droits.

Le poumon, rétracté et atélectasié, renfermait une tumeur dure, cartilagineuse, bosselée; il en existait une seconde dans la plèvre diaphragmatique et une troisième dans la plèvre médiastine. Chaque masse était composée de kystes d'inégale grosseur; les plus volumineux, situés au centre, étaient entourés de kystes de grosseur décroissante. Les plus grosses de ces tumeurs contenaient du liquide transparent et une hydatide normale; les plus petites étaient remplies par des hydatides repliées sur elles-mêmes, en forme de corps gélatineux, gluants et transparents comme du blanc d'œuf.

Une hydatide pulmonaire s'était ouverte dans la cavité pleurale remplie de pus infect contenant presque à l'état de pureté le *proteus vulgaris;* quelques fragments de membrane fertile nageaient dans ce pus.

Les kystes hydatiques alvéolaires du poumon et de la plèvre sont rares; ce fait serait, de plus, le premier exemple d'échinocoque alvéolaire observé chez un Français, tous les cas publiés jusqu'ici s'étant développés chez des habitants de l'Allemagne du sud, de la Suisse et du Tyrol.

Toxicité urinaire et albuminurie.

MM. Labadie-Lagrave, Boix et **Noé.** — Les recherches que nous avons faites chez plusieurs brightiques et chez un certain nombre de sujets atteints d'autres affections ont montré qu'il n'existe aucun rapport entre la présence ou la quantité d'albumine constatée dans l'urine et le coefficient de la toxicité de cette urine.

Il résulte de ces expériences que l'appréciation du pronostic d'un mal de Bright doit être basée, non pas sur la présence, l'absence ou l'intensité de l'albuminurie, mais sur le coefficient de la toxicité urinaire.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 7 et 14 février 1900.

De la néphrite des jeunes enfants.

M. J. Cassel. — Dans ces dernières années j'ai observé 9 enfants, âgés de six semaines à deux ans, n'ayant jamais eu la scarlatine, qui étaient atteints d'anasarque; trois d'entre eux avaient en même temps de l'ascite. Aucun de ces petits malades ne présentait de lésions cardiaques ni d'albuminurie. Deux avaient eu la varicelle, cinq autres offraient des troubles digestifs. Quatre de ces enfants guérirent, trois succombèrent et les deux derniers furent perdus de vue.

Chez les deux petits malades dont j'ai pu faire l'autopsie, j'ai trouvé des lésions de néphrite aiguë.

M. Senator. — Pour expliquer dans ces cas l'absence de l'albuminurie on peut admettre que l'urine ne provenait que des parties non altérées des reins.

M. J. Israël. — J'ai également observé chez des adultes des néphrites sans albumine dans les urines.

M. A. Baginsky. — L'anasarque et l'ascite sans albuminurie se rencontrent assez souvent chez les enfants mal nourris. Il importe de remarquer, en outre, que les préparations microscopiques des reins d'enfants peuvent parfois rappeler les lésions de néphrite alors qu'en réalité il s'agit d'une simple desquamation épithéliale.

M. Heubner. — Il ne me paraît pas douteux que dans les cas relatés par M. Cassel on ait eu affaire à une véritable néphrite; mais, pour pouvoir affirmer avec certitude l'absence de l'albuminurie, il aurait fallu répéter l'examen de l'urine plusieurs fois par jour, car il y a des albuminuries tout à fait éphémères. Quant à moi, je n'ai jamais rencontré un cas de néphrite sans albumine dans les urines.

Carcinome kystique métastatique des os.

M. Virchow montre des pièces anatomiques qui proviennent d'un malade mort d'un cancer de l'estomac. Le néoplasme siégeait sur la muqueuse gastrique et ressemblait tout à fait avec ses bords arrondis et mous à un ulcère rond. Un autre point intéressant, c'est qu'il existait une carcinomatose secondaire au niveau de la colonne vertébrale, du fémur et de l'humérus. Ces parties du squelette étaient creusées de cavités remplies d'un liquide sanguinolent, comme dans les cas de dégénération kystique des os. L'examen microscopique a fait voir qu'il s'agissait bien de lésions carcinomateuses. On a constaté, en outre, des dépôts calcaires au niveau des poumons et des reins, dépôts qui doivent être attribués à la désagrégation des os.

La bactériologie de la coqueluche.

M. Arnheim. — Les recherches entreprises par Affasaniev, Ritter, Spengler, Czaplewski, Hensel, etc. sur la bactériologie de la coqueluche n'ont donné jusqu'ici que des résultats contradictoires. Depuis deux ans j'ai étudié au même point de vue 43 cas de coqueluche et j'ai pu examiner les poumons de trois enfants morts de cette maladie. J'y ai trouvé un petit bacille qui est toujours intracellulaire et qui ne se colore pas complètement par la méthode de Gram. Ce bacille est identique à celui de Hensel, mais il diffère par sa morphologie et par ses cultures du microorganisme que Ritter a signalé autrefois.

Les inoculations de ce bacille aux animaux n'ont fourni aucun résultat.

M. Ritter dit que les différences existant entre le microorganisme de M. Arnheim et celui qu'il a décrit lui-même ne semblent pas très importantes.

Kystes à épithélium vibratile de l'utérus et de ses annexes.

M. Pick. — Les pièces anatomiques que voici proviennent d'une malade chez laquelle M. Landau a pratiqué l'ovariotomie. Vous voyez qu'il s'agit de kystes à épithélium vibratile, de l'utérus, des ligaments larges et des oviductes. Il ne saurait être question de métastases en rapport avec des lésions des ovaires, ce sont plutôt des kystes autochthones, dus à une invagination de l'épithélium. C'est à M. Virchow qu'on doit la connaissance de cette variété de tumeurs.

M. Landau. — Ce qui prouve l'exactitude de l'interprétation de M. Pick, c'est que mon opérée s'est complètement rétablie; si l'on avait eu affaire à des tumeurs métastatiques, les suites de l'intervention eussent été beaucoup plus graves.

Corps étranger du péricarde.

M. Hansemann. — En faisant l'autopsie d'une femme morte de septicémie puerpérale, j'ai trouvé un fragment de roseau, long de 6 centimètres, qui était fixé par l'une de ses extrémités dans le péricarde et dont l'autre extrémité était tournée vers l'aorte. Je crois que ce corps étranger provenait de l'œsophage par migration.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 5 février 1900.

De la pentosurie.

M. Bial dit avoir observé deux nouveaux cas de pentosurie chez des sujets ne présentant aucun trouble de la santé. On sait que la pentose est un sucre d'une nature particulière dont l'origine est encore assez obscure. D'après quelques auteurs, elle proviendrait de l'alimentation, mais l'orateur a pu se convaincre, après Blumenthal, que la pentosurie persiste même chez les individus privés d'hydrates de carbone. La pentose est peut-être fabriquée par le pancréas, peut-être dérive-t-elle des nucléines.

M. Eulenburg fait une communication sur l'emploi des *courants alternatifs de haute fréquence* d'après la méthode de M. d'Arsonval.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 17 février 1900.

De l'entéroptose.

Dans l'avant-dernière séance de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Herzfeld** a fait une communication sur le déplacement des viscères abdominaux qu'on désigne sous le nom d'entéroptose et qui, d'après lui, se rencontre chez 10 % des malades du sexe féminin.

Ce déplacement est dû à la diminution de la pression intra-abdominale. Toutes les fois qu'à la suite d'une cause quelconque, les côlons, l'estomac, etc., ne sont plus soutenus par les parois abdominales ou pelviennes, on observe un degré plus ou moins marqué d'entéroptose. La grossesse est une des causes les plus fréquentes du déplacement des viscères abdominaux et même pelviens.

Le traitement de l'entéroptose doit consister dans le rétablissement de la pression abdominale. Les bandages et appareils conseillés contre cette affection sont destinés à suppléer à l'insuffisance de tonus des parois de l'abdomen. Le relâchement du plancher pelvien peut être combattu par le massage, la gymnastique, l'électricité, etc. On devra, enfin, s'attacher à prévenir le développement de l'entéroptose chez les femmes enceintes, en leur recommandant le port d'une ceinture pendant les six derniers mois de la grossesse.

M. J. Tandler a fait remarquer qu'aucun auteur ne semble attribuer un rôle important au relâchement du plancher pelvien dans la pathogénie de l'entéroptose. Celle-ci est, d'ailleurs, en réalité beaucoup plus rare qu'on ne l'admet généralement.

Rupture sous-cutanée des tendons de l'extenseur des orteils.

M. Büdinger a présenté un homme qui en glissant se rompit trois tendons de l'extenseur commun des orteils. Cette rupture se produisit au niveau d'un ancien kyste synovial de la face dorsale du pied; il est probable que les tendons participaient au processus inflammatoire qui avait déterminé le kyste; c'est ainsi, du moins, qu'on peut expliquer leur rupture à la suite d'un simple faux pas.

Inclusion fœtale.

Dans la séance d'hier de la même Société, **M. Paltauf** a montré une pièce anatomique provenant d'un enfant de quatre ans et demi, opéré pour une tumeur située au-dessous de l'omoplate gauche. L'incision fit voir, à l'intérieur de cette tumeur, un fragment d'intestin parfaitement développé de 20 centimètres de long ainsi qu'une masse grosse comme un poing et constituée par du tissu adipeux et du cartilage. Sur cette masse s'implantaient plusieurs kystes, deux maxillaires rudimentaires munis de dents et une touffe de longs cheveux. Il fut impossible de déterminer si la situation de ce rudiment de fœtus était intrathoracique ou intra-abdominale.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Ptosis intermittent hystérique, par M. J. Abadie.

L'existence d'un ptosis paralytique vrai de nature hystérique a souvent été mise en doute, depuis qu'on a démontré que dans plusieurs cas de prétendu ptosis de ce genre il s'agissait plutôt d'un blépharospasme que d'une paralysie du releveur de la paupière.

M. J. Abadie a eu récemment l'occasion d'observer dans le service de M. Pitres deux faits incontestables de ptosis hystérique, l'un chez une femme, âgée de quarante ans, ayant offert des accès de somnambulisme dans son enfance, l'autre chez une fillette, âgée de treize ans, dont la mère est une hystérique à grandes crises convulsives. A la suite d'une violente émotion, ces deux patientes présentèrent des troubles oculaires, caractérisés uniquement par des accès d'occlusion bilatérale des paupières, survenant d'habitude sous l'influence d'impressions morales et ne durant le plus souvent que quelques minutes. Parfois ces accès se prolongeaient, cependant, plusieurs heures et même davantage (jusqu'à cinq jours dans la première observation). Au cours de la crise, qui débute généralement par des clignotements, les deux paupières supérieures pendent inertes au-devant des globes oculaires qu'elles recouvrent toujours complètement chez la seconde malade, tandis que chez la première il subsiste quelquefois une fente étroite à travers laquelle la vision est encore possible à la condition que la patiente renverse fortement la tête en arrière tout en dirigeant les globes oculaires en bas, de façon à amener les pupilles contre l'ouverture palpébrale. Durant la crise, les paupières ne sont animées d'aucune contraction; elles restent absolument lisses et flasques. Avec le doigt on peut les relever, sans rencontrer la moindre résistance, et les malades ont ellesmêmes recours à ce moyen lorsqu'elles ont besoin de voir. Dès qu'on ôte le doigt, le ptosis se reproduit.

Chez la première patiente il est possible de provoquer à volonté le ptosis en attirant la paupière supérieure en bas et en la maintenant pendant quelques secondes au contact de la paupière inférieure. Le ptosis ainsi obtenu est en tout semblable à l'occlusion spontanée dont il ne diffère que par une durée un peu plus longue. On parvient à faire cesser le ptosis, spontané ou provoqué, en exerçant une pression sur les deux régions préauriculaires, aux points d'émergence du facial. La motilité volontaire de la paupière supérieure reste parfaite après cette manœuvre jusqu'à la production d'une nouvelle crise.

Tous les moyens thérapeutiques qui furent essayés pour combattre ces accès de ptosis ont échoué.

Comme dans les deux observations on n'a pas trouvé le moindre signe de contraction de l'orbiculaire des paupières, il ne peut évidemment être question ici que de ptosis, et non pas de blépharospasme. D'autre part, ce ptosis était certainement de nature hystérique, les deux malades n'ayant jamais présenté de symptôme d'une lésion organique, d'une infection ou d'une intoxication. En outre, on ne peut attribuer ces crises oculaires à un état hypnotique, les patientes n'ayant offert à aucun moment la moindre altération de l'état psychique pendant les accès. Enfin, il y a lieu de faire ressortir, dans ces deux cas, l'intermittence du ptosis, particularité que l'auteur n'a retrouvée que dans une observation relatée par un médecin anglais, M. Cooke. Cependant, dans ce dernier fait le ptosis coïncidait avec l'apparition de troubles dysménorrhéiques, tandis que chez les deux malades de M. J. Abadie il était déterminé surtout par des causes psychiques. (*Rev. de méd.*, janvier 1900.)

Névralgie paresthésique sur un membre atteint de paralysie infantile ancienne, par M. Sollier.

Le syndrome de la méralgie paresthésique (Roth) n'a été noté jusqu'ici qu'à la cuisse (d'où la dénomination de méralgie), mais M. Sollier relate deux faits dans lesquels cette forme de névralgie siégeait au niveau d'une jambe atteinte de paralysie infantile ancienne, constituant de la sorte une *skélalgie* (σκέλος, jambe) paresthésique.

Le premier de ces cas (observé par l'auteur lui-même) se rapporte à un homme, âgé de cinquante-trois ans, qui présentait un arrêt complet de développement du membre inférieur droit dû à une paralysie infantile contractée à l'âge de dix-huit mois. Il existait des antécédents syphilitiques remontant à l'âge de dix-neuf ans mais qui depuis lors ne se sont manifestés par aucun symptôme. A la suite de grands chagrins, survenus il y a dix-huit mois environ, le malade commença à offrir dans le membre atrophié, à la partie postéro-externe de la jambe et à la partie externe de la face dorsale du pied, des troubles qui, à part la localisation, étaient identiques à ceux qu'on observe dans la méralgie paresthésique: ils consistaient en une anesthésie tactile et douloureuse avec sensations de brûlure et d'engourdissement, mais sans douleur à la pression, s'exacerbant la nuit et sous l'influence du décubitus horizontal. Le pied était tuméfié; la pression n'y déterminait pas, cependant, de cupule persistante. Ces troubles, nettement localisés au territoire du cutané péronier et du musculo-cutané, ont résisté à tous les moyens médicamenteux, y compris la morphine qui ne procurait qu'un soulagement momentané et à laquelle le patient ne tarda pas à s'habituer. On fut obligé d'instituer un traitement de la morphinomanie. Celle-ci une fois guérie, la paresthésie douloureuse n'en persista pas moins. Dans ces conditions, on décida de pratiquer la résection du sciatique poplité externe au-dessus de la tête du péroné, avant la bifurcation de ce tronc nerveux. L'opération fut couronnée de succès. L'examen du nerf réséqué permit d'y constater, d'une part, des lésions parenchymateuses anciennes relevant de la paralysie infantile et, d'autre part, des altérations récentes attribuables à l'intoxication par la morphine.

Dans la seconde observation (communiquée à M. Sollier), il s'agissait d'un homme, âgé de quarante-cinq ans, atteint des mêmes troubles que ceux dont il vient d'être question, localisés aussi à une jambe atrophiée par suite de paralysie infantile et ayant déterminé également des habitudes de morphinomanie.

L'étiologie de l'affection est obscure dans ces deux cas, comme l'est d'ailleurs celle de la méralgie paresthésique typique. Quoi qu'il en soit, ces faits montrent que les phénomènes de névralgie paresthésique sont susceptibles de se produire dans des régions innervées par d'autres nerfs que le fémoro-cutané et qu'ils semblent parfois affecter avec la paralysie infantile ancienne une relation particulière dont on ne saurait, pour le moment, préciser la cause. (*Journ. de neurol.*, 20 janvier 1900.)

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Rôle des ferments bactériolytiques dans l'immunité acquise et dans la guérison des maladies infectieuses, par MM. R. Emmerich et O. Lœw.

Si l'on fait séjourner une culture de bacilles pyocyaniques à l'étuve en ayant soin de l'agiter à plusieurs reprises pour détruire l'épaisse pellicule qui se forme à la surface, on constate au bout d'un certain laps de temps qu'il ne reste plus au fond du tube que quelques débris de bacilles. Les diverses générations qu'on a successivement détruites en agitant la culture, au lieu de former un dépôt au fond du tube, ont été dissoutes par des ferments bactériolytiques auxquels les microbes ensemencés avaient donné naissance. Ces enzymes qui, produits d'abord par le bacille pyocyanique, le dissolvent ensuite, sont désignés par MM. Emmerich et Lœw sous le nom de *pyocyanase*. En ajoutant à une pareille solution de pyocyanase, des bactéridies charbonneuses virulentes, on voit que le nombre de celles-ci ne tarde pas à décroître: la pyocyanase détruit, par conséquent, la bactéridie charbonneuse. Cette destruction est d'autant plus rapide et plus complète que la solution du ferment est plus concentrée.

L'expérience ainsi réalisée *in vitro* peut, du reste, être reproduite avec succès sur l'animal vivant: des lapins auxquels on a communiqué le charbon résistent à l'infection et guérissent quand on leur injecte une solution de ferment pyocyanique. Les doses thérapeutiques de pyocyanase sont cependant insuffisantes pour conférer l'immunité aux sujets inoculés, soit que le ferment en question disparaisse spontanément dans l'économie au cours des mutations organiques soit pour toute autre raison. En fixant la pyocyanase sur un albuminoïde particulier, provenant vraisemblablement des leucocytes du sang, les auteurs du présent mémoire ont obtenu une combinaison qu'ils désignent sous le nom d'*immuno-protéidine de pyocyanase* et qui conférerait, à l'égard de l'infection charbonneuse, une immunité considérable persistant, d'après des expériences actuellement en cours, au moins quinze jours.

Au lieu de se servir d'une culture vieille de bacilles pyocyaniques, il est préférable d'utiliser la masse qu'on obtient par une précipitation suivie de dessiccation dans le vide. Ce produit se dissout facilement dans l'eau distillée. Il ne détermine pas les réactions redoutables (paralysie des centres vasomoteurs) qui surviennent généralement à la suite d'une injection de culture de bacilles pyocyaniques. On peut, en effet, admettre que les matières volatiles auxquelles Charrin et Gley font jouer le rôle principal dans la production des accidents nerveux doivent s'évaporer lors de la dessiccation dans le vide. Quant à la suppuration au niveau du point sur lequel a porté l'injection, elle est facile à éviter au moyen de la filtration, sur bougie Chamberland, de la culture qui est ainsi débarrassée des cadavres des bacilles.

Des expériences ont prouvé que, *in vitro*, la pyocyanase était également capable de dissoudre les bacilles d'Eberth, de Löffler, ceux du choléra, de la peste, du rouget du porc, ainsi que le staphylocoque pyogène doré. Il est intéressant de noter que la pyocyanase, outre l'action bactéricide qu'elle exerce sur le *bacille* de la diphtérie, possède aussi un pouvoir destructif intense à l'égard de la *toxine* sécrétée par ce microbe. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXI, 1.) — F. M.

Syringomyélie d'origine probablement pyohémique avec otite moyenne purulente métastatique, par M. Matte.

L'observation relatée par l'auteur se rapporte à un ouvrier, âgé de quarante-quatre ans, exempt de toute tare névropathique personnelle ou héréditaire, qui à la suite d'une blessure légère de l'annulaire et de l'auriculaire droits a présenté de la tuméfaction et de la rougeur de la main correspondante avec douleurs dans le bras, fièvre et frissons intenses. Des incisions furent pratiquées au niveau des parties enflammées, mais après la guérison des plaies opératoires, laquelle ne s'effectua qu'au bout de

trois mois, le membre resta affaibli et le patient ne put reprendre son travail. Quelque temps après on vit apparaître, sans cause appréciable, des ulcérations au quatrième doigt de la main gauche, ainsi que de gros furoncles aux membres inférieurs et aux fesses, puis des symptômes syringomyéliques et une otite purulente gauche, qui nécessita l'incision du tympan et la trépanation de l'apophyse mastoïde.

Le malade se plaignait de rachialgie violente et de douleurs en ceinture. Il existait au niveau de l'épigastre une hyperesthésie telle que le contact des couvertures et même de la chemise était insupportable. Au membre supérieur droit on constatait une abolition complète des sensibilités douloureuse et thermique, ainsi que l'existence de troubles trophiques sous forme de nécroses superficielles, de panaris analgésiques et d'atrophie musculaire. Le patient était très affaibli et sa démarche devenait chancelante dès qu'on lui fermait les yeux. Les réflexes rotuliens étaient exagérés. Les urines ne contenaient pas de sucre.

Quant à l'otite purulente, qui ne pouvait être due qu'à une métastase pyohémique, elle a présenté plusieurs particularités insolites : l'apophyse mastoïde a été envahie d'emblée, tandis que la membrane du tympan et les parties molles du conduit auditif n'ont pris qu'une part relativement faible à l'affection. C'est ainsi que le revêtement cutané du conduit auditif n'a jamais offert de tuméfaction, laissant ainsi apercevoir distinctement la membrane du tympan et même la branche du marteau. Par conséquent, c'est dans les cellules mastoïdiennes qu'on doit localiser ici le siège primitif de la métastase pyohémique.

Il est permis de supposer que dans ce cas l'affection médullaire était aussi d'origine métastatique, sans qu'on puisse toutefois écarter une autre hypothèse d'après laquelle le traumatisme aurait simplement réveillé des troubles syringomyéliques jusque-là latents. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLVIII, 1-2.)

Action des abcès dits de fixation, par M. E. Bauer.

La valeur thérapeutique de la production d'abcès de fixation — pratique préconisée par Fochier (de Lyon) dans les cas de fièvre puerpérale sans localisation précise — a été depuis diversement appréciée par les cliniciens qui ont utilisé ce procédé. Ces divergences de vues ont conduit M. Bauer à essayer cette méthode dans 25 cas où son emploi semblait indiqué, et à rechercher quels étaient ses effets sur l'organisme.

Une injection d'un centimètre cube d'essence de térébenthine est le plus souvent suffisante pour obtenir de 50 à 200 c. c. de pus. Il convient, cependant, de remarquer que dans 7 cas l'injection a été impuissante à déterminer un abcès. Le pus qui se collecte dans les abcès de fixation est toujours stérile; ni sur frottis ni par ensemencement, l'auteur n'est parvenu à déceler la présence d'agents pathogènes. Même après l'incision de l'abcès et sans qu'il soit nécessaire de prendre de précautions particulières, le pus reste longtemps stérile. On ne peut donc pas dire, ainsi que le pensait Fochier, que les abcès thérapeutiques agissent en produisant, en un endroit donné, un appel sur des microbes disséminés dans l'organisme, c'est-à-dire en les *fixant* sur place, et le mécanisme curateur de ces abcès doit être autrement interprété.

Le facteur le plus important est, d'après M. Bauer, l'hyperleucocytose consécutive à l'injection d'essence de térébenthine. A l'appui de cette manière de voir, on peut invoquer divers arguments. Dans la fièvre typhoïde, l'abcès provoqué n'exerce aucune action sur l'évolution de la maladie. Or, on constate ici toujours une hypoleucocytose considérable. Mais dans la pneumonie, au cours de laquelle il existe constamment de l'hyperleucocytose et où l'on a obtenu les effets les plus favorables à la suite des injections d'essence de térébenthine, l'hyperleucocytose normale se trouve exagérée et, à l'encontre de ce qu'on observe dans les cas abandonnés à eux-mêmes, elle se prolonge au delà de la crise. Il y a lieu, d'ailleurs, de remarquer que, sur 10 cas, le phénomène ne s'est produit que 6 fois dans toute sa netteté; 2 fois il a été douteux et dans 2 autres cas il a complètement fait défaut. Il ne semble pas, toutefois, que les cas douteux et négatifs soient susceptibles d'ébranler la portée des faits positifs. Dans des recherches expérimentales pratiquées sur le lapin, les résultats ont toujours été très catégoriques. Or, les doses d'essence injectées à ces animaux, dont le poids est en moyenne de 1,500 à 2,000 grammes, ont été de 0 c.c. 3 à 0 c.c. 5, c'est-à-dire relativement beaucoup plus élevées que chez l'homme, pour lequel M. Bauer n'a jamais dépassé 2 c.c., ce qui constitue une dose 10 fois moindre. Peut-être faut-il également tenir compte du nombre des leucocytes au moment de l'injection pour expliquer la discordance des résultats obtenus en clinique, d'une part, et au cours des recherches expérimentales, d'autre part. En effet, chez les animaux la formule du sang était normale au début de l'expérience, tandis que chez les pneumoniques on avait affaire à une hyperglobulie préexistante.

Quoi qu'il en soit, l'hyperleucocytose semble bien jouer un rôle effectif dans l'action curative que déterminent dans la septicémie les abcès aseptiques provoqués au moyen des injections d'essence de térébenthine. Mais ce rôle devra encore être précisé davantage par des recherches à venir, pour lesquelles la pneumonie en imminence de suppuration ou l'érysipèle fourniront les occasions les plus favorables, comme certaines observations recueillies par M. Bauer tendent à l'indiquer. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVI, 3.) — F. M.

Résultats de l'examen bactériologique du sang des éclamptiques, par M. Levinowitsch.

Dans le sang de 44 femmes atteintes d'éclampsie l'auteur a constamment trouvé un gros microcoque, de forme ronde ou ovale, très mobile, revêtant souvent l'apparence d'un diplocoque. Ce microorganisme se rencontre parfois dans le sang avant le premier accès d'éclampsie, mais le plus souvent il apparaît pendant la période convulsive, pour diminuer de nombre à partir du second jour après la dernière crise. Il est pathogène pour le cobaye. A la suite de l'injection d'une culture pure, les animaux meurent en l'espace de dix-huit à vingt jours par suite d'une anémie aiguë consécutive elle-même à une endométrite hémorrhagique; quelquefois on observe des crampes dans différents groupes musculaires.

Dans le sang des femmes enceintes ou parturientes, atteintes d'œdèmes, de céphalalgie ou de vomissements sans éclampsie typique, M. Levinowitsch a trouvé les mêmes microorganismes mais en petit nombre seulement.

Sans pouvoir affirmer qu'il s'agisse ici de l'agent pathogène de l'éclampsie, l'auteur estime que la présence constante du microcoque en question dans le sang de 44 éclamptiques autorise à lui attribuer un certain rôle dans l'étiologie de cette maladie. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 18 novembre 1899.) — E. C.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Un cas d'hypertrophie congénitale du pylore, guéri au moyen de l'alimentation par la sonde œsophagienne, par M. F. Batten.

L'hypertrophie congénitale du pylore se termine d'habitude par la mort, et on ne connaît que quelques cas de cette affection (Finkelstein, Senator), dans lesquels les malades ont survécu; mais, comme dans ces observations le contrôle anatomique a forcément manqué, on peut toujours supposer une erreur de diagnostic. Le fait relaté par M. Batten n'est pas passible de cette objection, le petit malade ayant succombé à une bronchopneumonie, ce qui permit de constater à l'autopsie l'hypertrophie du pylore dont cet enfant avait présenté des signes cliniques non douteux.

Il s'agissait d'un garçon, né à terme et bien constitué, qui, cinq semaines environ après la naissance, commença à vomir sans cause apparente. On l'éleva d'abord au sein, puis au biberon, sans voir cesser les vomissements; on notait, en outre, une constipation opiniâtre et un amaigrissement rapide. Lorsque l'auteur examina pour la première fois l'enfant, alors âgé de onze semaines, celui-ci ne pesait que 2,610 grammes. Le ventre était flasque, non douloureux à la pression, et la température du corps se trouvait au-dessous de la normale. L'estomac offrait une dilatation manifeste; il était aussi le siège de mouvements péristaltiques très nets et s'effectuant de gauche à droite. A la palpation profonde de l'abdomen on percevait dans l'hypocondre droit, à un travers de doigt en dehors de la ligne ombilicale, une masse dure située transversalement et qui ne pouvait être autre chose que le pylore hypertrophié.

M. Batten modifia aussitôt le mode d'alimentation de l'enfant en lui faisant ingérer, toutes les deux heures et demie, au moyen d'un tube mou introduit par le nez, 60 grammes de lait de vache coupé de 30 grammes d'eau de chaux. Sous l'influence de cette mesure qui excluait les mouvements de succion, les vomissements ne tardèrent pas à disparaître et l'enfant présenta bientôt des selles régulières d'aspect normal. Au bout d'un certain laps de temps on essaya de substituer le biberon au tube nasal, mais, les vomissements ayant réapparu, on fut obligé de revenir à l'usage de la sonde. Plus tard, une seconde tentative du même genre fut couronnée de succès et dès lors le petit garçon continua à téter sans plus vomir et en augmentant constamment de poids. La guérison se maintenait lorsque, à l'âge de onze mois, l'enfant fut atteint, pendant la saison chaude, d'une gastroentérite aiguë qui se compliqua d'une bronchopneumonie mortelle.

A l'autopsie on trouva, à part les foyers bronchopneumoniques, l'estomac et l'anneau pylorique nettement hypertrophiés. L'examen microscopique montra que l'hypertrophie du pylore portait principalement sur la couche musculaire.

Le fait que, dans ce cas, les symptômes morbides n'ont débuté que cinq semaines après la naissance de l'enfant et qu'ils se sont ensuite dissipés complètement semble aller à l'encontre de l'existence d'un rétrécissement congénital de l'anneau pylorique ou d'une véritable hyperplasie primitive du pylore. D'autre part, les bons effets de l'alimentation au moyen d'un tube introduit par le nez permettent de conclure que l'hypertrophie du pylore était ici d'origine plutôt fonctionnelle et se trouvait sous la dépendance des mouvements péristaltiques exagérés provoqués par l'acte de téter.

Se basant sur ces considérations, l'auteur conseille d'essayer dans l'hypertrophie congénitale du pylore le traitement auquel il a eu recours avec succès chez son petit malade. L'alimentation au moyen de la sonde doit être continuée jusqu'à ce que l'expérience montre que l'enfant est en mesure de téter sans vomir. La constipation ne nécessite pas de mesures particulières : elle disparaît d'elle-même dès que le lait ingéré est gardé. Mais il importe de tenir le petit malade au chaud pour combattre l'hypothermie qui existe toujours en pareil cas. (*Lancet*, 2 décembre 1899.)

Traitement chirurgical des hémorrhagies provenant des ulcères de l'estomac, par MM. E. W. Andrews et D. N. Eisendraht.

Dans le traitement de l'ulcère de l'estomac, l'intervention opératoire est indiquée soit en présence de petites hémorrhagies répétées, soit quand il se produit de temps à autre de fortes hématémèses, occasionnant par exemple l'écoulement de plus d'un demi-litre de sang.

Les auteurs du présent travail estiment que pour les ulcères situés près du pylore la pyloroplastie suivant le procédé de Heineke-Mikulicz est l'opération de choix. Elle permet de réaliser un traitement local et elle offre les avantages de la gastro-entérostomie, tout en étant plus sûre que cette dernière. Lorsque la paroi de l'estomac peut être attaquée du côté externe, il y a lieu de s'abstenir de la cautérisation et du curettage de l'ulcère et de recourir à sa résection. Cependant, les deux premiers moyens peuvent être employés dans certains cas, en particulier si la paroi de l'organe est adhérente et amincie, ou si l'ulcère siège à l'une des extrémités de l'estomac.

MM. Andrews et Eisendraht recommandent également un procédé qu'ils ont appliqué avec succès chez 2 malades et qui consiste dans la ligature en masse de la paroi stomacale soulevée en forme de cône portant l'ulcère à son sommet et comprenant toutes les tuniques du viscère. Les auteurs du présent mémoire ont expérimenté cette méthode sur des chiens, en faisant des ligatures en masse de la paroi stomacale dans différentes régions. Ils n'ont

constaté à la suite de cette intervention ni péritonite ni hémorrhagie. Trois à quatre jours sont nécessaires pour que le suc gastrique digère complètement la partie ligaturée. Afin d'éviter la digestion de toutes les tuniques et la production d'un ulcère perforant, il est bon de renforcer la ligature par un rang de sutures de Lembert du côté de la séreuse.

Ce procédé présente l'avantage d'être d'une exécution facile. Il importe seulement d'appliquer une ligature solide, à une distance d'un peu plus d'un centimètre du bord de l'ulcération. (*Annals of Surgery*, octobre 1899.) — E. C.

Un nouveau procédé de raccourcissement des ligaments ronds, par M. H. W. Longyear.

La description du procédé préconisé par M. Longyear peut se résumer ainsi qu'il suit :

On fait au-dessus de l'arcade crurale une incision d'environ 2 centim. 1/2 de long et dont l'extrémité externe doit se trouver à peu près à 13 millimètres en dedans de l'anneau inguinal interne. On a soin de ne pas toucher au tissu lâche qui recouvre le tendon de l'oblique externe. Après avoir écarté les lèvres de la plaie avec des rétracteurs palpébraux, on met à nu le tendon de l'oblique externe au moyen de crochets mousses. Cela fait, on incise ce tendon sur une étendue d'environ 6 millimètres, exactement au-dessus du ligament de Poupart, et du côté externe de l'espace découvert. Par cette ouverture on introduit un crochet mousse qui doit raser le plancher du canal inguinal, et qui ramène au jour son contenu à travers l'incision du tendon. On isole alors le ligament et on le fixe au moyen d'une suture unique de tendon de kangourou. On passe ce fil à travers l'aponévrose, puis à travers la portion centrale du ligament et, enfin, on traverse l'aponévrose du côté opposé. A ce moment on perce de part en part l'aponévrose du côté interne de la plaie avec une aiguille de Deschamps, et à l'aide d'un lacet de soie on attire la boucle du ligament à travers l'aponévrose en retirant l'aiguille, le ligament se trouvant ainsi replié sur lui-même. On passe ensuite un des chefs du fil de kangourou, qui n'est pas encore lié, trois fois à travers le ligament et on le noue, le fixant de la sorte très solidement à l'aponévrose.

Les avantages de ce procédé seraient, d'après l'auteur, la rapidité de l'opération, la petitesse de l'incision et l'absence totale d'écoulement sanguin; il permet, en outre, de respecter entièrement les anneaux inguinaux et le canal de même nom. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, novembre 1899.) — E. C.

PUBLICATIONS ITALIENNES

La tétanie grippale, par M. R. Gomez.

Dans les faits de tétanie liée à l'influenza, qui ont été relatés jusqu'ici, on avait généralement affaire à des contractures tétaniques post-grippales sous forme d'accès intermittents, séparés par des intervalles d'accalmie complète. Or, l'auteur a observé un cas de tétanie survenu au cours même d'une grippe infectieuse, et dans lequel les contractures musculaires étaient permanentes.

Il s'agissait d'un garçon, âgé de sept ans, atteint d'influenza à forme catarrhale, diagnostic qui se trouvait confirmé par le fait que tous les membres de la famille du petit malade avaient récemment présenté cette même affection. Dès le début, l'enfant s'était plaint de douleurs au niveau des muscles de l'abdomen, douleurs qui ne tardèrent pas à augmenter et à s'étendre au dos et aux muscles des membres inférieurs, lesquels devinrent contracturés au point de rendre la déambulation impossible. Dans la suite, on vit se produire de l'opisthotonos et du trismus. En percutant légèrement avec le marteau au niveau de l'angle externe de l'œil, on provoquait des contractions énergiques des muscles de la face (signe de Weiss). Les réflexes rotuliens étaient exagérés. La sensibilité cutanée et le sens musculaire ne présentaient rien d'anormal. L'examen des urines et du sang a donné un résultat négatif.

Après avoir essayé, sans succès, le salicylate de soude, les bromures, le chloral, le calomel, la balnéation chaude et des irrigations intestinales, M. Gomez eut recours à des injections sous-cutanées de solution physiologique de chlorure de sodium. On injectait chaque jour 250 grammes de cette solution à la région dorsale. Sous l'influence de ce traitement, les phénomènes tétaniques ne tardèrent pas à s'amender et à disparaître.

L'absence dans ce cas de tout antécédent traumatique et le fait que les contractures se sont tout d'abord montrées dans les membres inférieurs pour ne s'étendre que tardivement aux muscles de la nuque et de la face prouvent qu'on avait affaire, dans l'espèce, non pas à un tétanos véritable, mais à une tétanie qui ne pouvait être due qu'à l'action nocive exercée par la toxine grippale sur les cellules de la substance grise des colonnes antérieures de la moelle. Cette action n'a pas été assez intense pour provoquer des lésions anatomiques irrémédiables, puisque la guérison a été complète.

Ainsi donc, parmi les formes nerveuses de la grippe, il y a lieu de distinguer, tout au moins chez les enfants, une variété spéciale, la *forme tétanique*, contre laquelle l'hypodermoclyse paraît constituer un moyen efficace. (*Riforma med.*, 23 janvier 1900.)

Sur un nouveau procédé pour déterminer les limites de l'estomac, par M. G. B. Queirolo.

L'insuffisance des moyens employés jusqu'ici pour la délimitation de l'estomac sur le vivant a engagé l'auteur à rechercher, avec le concours de M. Landi, pour ce genre d'examen clinique, une méthode plus sûre qu'il croit avoir trouvée et qui consiste dans la transmission graphique, par l'intermédiaire d'une sonde œsophagienne, des secousses que la percussion imprime à l'air contenu dans la cavité gastrique.

Toutefois, pour enregistrer ces vibrations, il ne suffit pas d'introduire dans l'estomac une sonde mise en rapport avec un sphygmographe, car dans ce cas on obtient des oscillations, très faibles d'ailleurs, aussi bien à la percussion de l'estomac qu'à celle des intestins : il est nécessaire de munir l'extrémité gastrique de la sonde d'une ampoule élastique et d'adapter, en outre, à l'extrémité buccale de l'instrument deux tubes en caoutchouc, dont l'un se trouve en communication avec l'appareil enregistreur, tandis que l'autre, qui est pourvu d'un robinet, sert à insuffler l'ampoule. La sonde une fois parvenue dans la cavité gastrique, on introduit de l'air dans l'ampoule de façon à la distendre modérément, et l'appareil est prêt à fonctionner. Si, dans ces conditions, on percute le ventre, le sphygmographe reste immobile tant que la percussion porte sur l'intestin, mais quand on frappe sur l'estomac et dès qu'on atteint les limites de ce viscère, on voit l'appareil enregistrer les vibrations aériennes qui lui sont transmises. On obtient ce résultat alors même qu'on percute au niveau du pylore où, comme on sait, il est très difficile et parfois même impossible de délimiter l'estomac par les moyens usuels. Aussi M. Queirolo estime-t-il qu'à l'aide du procédé en question on pourra reconnaître d'une manière certaine l'insuffisance du pylore, affection dans laquelle la percussion de la région stomacale ne se traduira probablement par aucune oscillation du tracé sphygmographique. De plus, ce procédé paraît pouvoir s'appliquer au diagnostic de la gastrectasie, des déplacements et des formes anormales de l'estomac, ainsi qu'à la localisation exacte des néoplasmes gastriques. (*Clinica moderna*, 24 janvier 1900.)

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La section à chaud du cordon ombilical.

Nombre de procédés ont été préconisés pour le traitement aseptique du cordon, mais on peut leur reprocher d'être plus ou moins compliqués et de retarder parfois sensiblement la chute du moignon. Or, M. le docteur A. Martin, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Greifswald, a adopté depuis quelque temps une méthode exempte de ces inconvénients et qui, par sa simplicité et par les excellents résultats qu'elle donne, mérite d'être recommandée aux praticiens.

L'enfant une fois expulsé des voies maternelles, on sectionne d'abord simplement le cordon en un point assez éloigné de l'ombilic et on s'occupe de la mère, pendant qu'une garde baigne le nouveau-né, l'essuie à sec et lui met une compresse de tarlatane aseptique et humide sur l'ombilic. Après avoir fini de donner ses soins à l'accouchée, le médecin applique autour du moignon ombilical, au ras des téguments, un fil de soie stérilisé, qu'il lie en serrant fortement. Ceci fait, il prend une simple fourche à onduler, qu'il est facile de se procurer partout, et, au moyen de cet instrument chauffé jusqu'à incandescence, il coupe le cordon à une distance de 1 à 1 centimètre 1/2 de l'anneau ombilical. Enfin, on recouvre la plaie d'une petite compresse de gaze aseptique et on applique le pansement dont on se sert habituellement pour protéger l'ombilic chez le nouveau-né.

Ce procédé crée une eschare parfaitement aseptique et qui rend impossible toute infection ou hémorrhagie secondaires. Quant à la chute du moignon, elle se produit d'ordinaire du quatrième au cinquième jour, rarement au sixième.

Traitement de la maladie de Thomsen par des moyens destinés à combattre les troubles de la nutrition.

A l'encontre de la plupart des neurologistes qui attribuent la myotonie (maladie de Thomsen) à une affection congénitale du système nerveux ou musculaire, M. le docteur V. Bechterev, professeur de psychiatrie et des maladies nerveuses à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, estime que cette affection est due à des troubles des échanges intra-organiques, ayant pour conséquence la production de substances toxiques qui provoquent des lésions musculaires. A l'appui de cette opinion, notre confrère fait valoir les oscillations qu'on voit survenir spontanément dans l'intensité des phénomènes morbides chez les myotoniques, l'existence de cas où la maladie de Thomsen n'est nullement congénitale mais acquise pendant l'enfance, le fait que les urines des myotoniques contiennent souvent des substances indiquant une désintégration exagérée du tissu musculaire, telles que la créatinine et la sarcine, et, enfin, les résultats favorables qu'on peut obtenir dans la maladie en question par un ensemble de moyens thérapeutiques qui visent à activer les processus de nutrition. C'est ainsi que dans deux cas de myotonie acquise M. Bechterev a vu tous les symptômes s'amender considérablement et même disparaître presque tout à fait chez l'un des patients, sous l'influence d'un traitement qui a consisté dans l'usage de la gymnastique, du massage électrique, des bains tièdes, de l'iodure de potassium et de l'antipyrine.

Traitement de la sténose pylorique par l'huile à hautes doses.

En se fondant sur un fait de rétrécissement du pylore dans lequel le malade s'est bien trouvé de l'ingestion d'huile de lin (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 10), M. le docteur P. Cohnheim (de Berlin) a essayé ce même procédé thérapeutique dans 3 autres cas de sténose pylorique. Chez le premier de ces malades, qui a été présenté tout récemment à la Société de médecine interne de Berlin (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 50), il s'agissait d'un simple spasme du pylore; dans la seconde observation la contraction spasmodique était due à un ulcère et, enfin, dans la troisième on avait affaire à un néoplasme pylorique. Le traitement a consisté à laver l'estomac le matin à jeun, puis à verser par la sonde 150 grammes environ d'huile d'olive. Dans la suite on se bornait à faire ingérer simplement l'huile par cuillerées à bouche, sans laver la cavité gastrique. Le premier malade guérit, le second fut considérablement amélioré et même chez le troisième qui, comme le montra l'autopsie, était atteint d'un cancer ayant amené une oblitération presque complète du pylore, les vomissements et les douleurs se sont amendés.

L'administration d'huile à hautes doses paraît donc constituer un moyen appelé à rendre des services dans toutes les formes de rétrécissement du pylore. Il va de soi que ce traitement ne peut être que palliatif dans les sténoses d'origine cicatricielle ou néoplasique, mais il est susceptible d'amener une guérison plus ou moins complète lorsqu'il s'agit d'un simple spasme de l'anneau pylorique.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur les troubles de la marche dans les paraplégies organiques.

Le présent travail est la suite naturelle des recherches que j'ai publiées précédemment dans la *Semaine Médicale* sur les troubles de la marche dans l'hémiplégie organique étudiés à l'aide du cinématographe. Ainsi qu'on le verra plus loin, les troubles de la marche dans les paraplégies varient d'un individu à l'autre, de sorte qu'il est impossible d'en donner une description d'ensemble. Aussi suis-je obligé de décrire chaque cas séparément, d'en montrer les différences pour arriver à dégager une forme spéciale sur laquelle je désire attirer particulièrement l'attention. On pourra voir une fois de plus, à cette occasion, les avantages que présente l'application du cinématographe à l'étude des troubles de la marche dans les maladies nerveuses, car elle permet ici de constituer une forme à part et qui semble avoir échappé à l'attention des cliniciens.

Pour se rendre bien compte des détails qui vont suivre, il faut avoir constamment présents à l'esprit les caractères de la marche normale. C'est pour cette raison que j'ai fait reproduire tout d'abord le double pas d'un sujet normal (*fig. 1 à 12*) et que je prie le lecteur de vouloir bien se reporter à la description que j'en ai donnée antérieurement (1).

I

Les troubles de la marche dans les paraplégies, et surtout la démarche spasmodique, ont été étudiés par différents auteurs; Olivier d'Angers et puis Charcot ont donné une très bonne description de cette démarche.

L'aspect que présentent les malades diffère selon l'intensité du trouble (2). Lorsque celui-ci est peu prononcé, on observe seulement une lenteur anormale dans la progression; en même temps, l'un des pieds — car il est rare qu'au début les deux membres soient également atteints — frotte de sa pointe sur le sol quand il s'en détache en produisant un bruit appréciable.

Si les caractères de la démarche sont plus accentués, les membres inférieurs tendent à s'accoler l'un à l'autre dans leur ensemble, les deux pieds se soulèvent difficilement, comme s'ils étaient fixés au sol qu'ils frottent plus fortement et avec un bruit qui permet, presque à lui seul, de reconnaître ce mode de démarche.

Enfin, quand la rigidité est parvenue au maximum compatible avec la possibilité de la locomotion, on voit le malade s'avancer avec une sorte de précipitation, poussé qu'il est en avant par le clonus du pied que détermine l'appui sur le sol à chaque pas qu'il fait. En même temps, il s'incline alternativement à droite et à gauche, selon que le pied opposé quitte l'appui, présentant un véritable balancement, appréciable surtout à la partie supérieure du tronc et à la tête.

Si l'on envisage particulièrement les membres inférieurs, on est frappé de l'accolement des cuisses, qui entraîne un frottement continuel des genoux, lesquels représentent une sorte de barrière pour les mouvements d'adduction exagérée faisant passer les genoux l'un devant l'autre à chaque pas. Comme, en même temps, la cuisse subit une rotation en dedans, les jambes s'écartent au contraire à partir du genou, de sorte que les jambes et les cuisses figurent deux triangles opposés par leur sommet, représenté par les genoux, et dont elles simuleraient les côtés latéraux. Les pieds sont tournés en dedans et s'entre-croisent parfois, s'embarrassant l'un dans l'autre au point de déterminer une chute. Ils se trouvent en même temps dans un certain degré d'extension, en équinisme : leurs pointes traînent fortement sur le sol en se portant en avant par un mouvement de circumduction, ce qui ne se fait pas sans un bruit appréciable.

Gilles de la Tourette décrit trois degrés à la démarche spasmodique.

Au premier degré, qui s'étend du début de l'excitabilité réflexe jusques et y compris le commencement de la trépidation spinale provoquée, cette démarche est caractérisée sur les tracés par le ralentissement de la marche, le raccourcissement du pas et l'élargissement de la base de sustentation, tous phénomènes dont rend très bien compte l'obstacle particulier représenté par la rigidité.

Le deuxième degré va du commencement de la trépidation spinale provoquée jusques et y compris le début de la trépidation spontanée. Les caractères de la marche deviennent à ce moment plus spéciaux. Elle reste lente et les pas sont courts, mais les différences portent sur l'élargissement de la base de sustentation qui diminue, bien qu'il soit nécessaire pour le maintien de l'équilibre, en raison de l'accolement des membres réalisé par les adducteurs. De plus, l'ouverture de l'angle formé par la pointe du pied et la ligne directrice diminue, elle aussi, parce que la raideur, comme nous venons de le dire, étend le pied et le ramène en dedans.

Dans le troisième degré qui s'étend de la trépidation spontanée à l'impotence fonctionnelle presque complète, et dans lequel la marche n'est guère possible qu'avec des aides, ces caractères s'accentuent, en rapport qu'ils sont avec l'attitude que nous avons décrite, à savoir l'adduction forcée et la rotation en dedans de la cuisse, et l'équinisme du pied.

Après avoir exposé la caractéristique des troubles de la marche dans la paraplégie spasmodique, tels qu'ils ont été décrits à la suite de l'inspection simple des malades ou de l'application de la méthode des empreintes, j'essayerai de tracer l'étude de ces troubles observés au moyen du cinématographe.

Dès mes premières recherches, j'ai été frappé de l'aspect variable sous lequel se présentent les paraplégies organiques accompagnées d'exagération des réflexes et de contracture. Aussi une classification s'impose-t-elle, classification basée sur les caractères cliniques des troubles de la marche.

Je commencerai tout d'abord par l'étude des cas de paraplégie spasmodique qui ont fait l'objet de la description ci-dessus, et plus loin je montrerai qu'il existe d'autres cas de paraplégie avec hypertonie et hypotonie à la fois, très bien caractérisés au point de vue clinique et qui diffèrent à beaucoup d'égards des premiers. Je procéderai des observations simples aux faits plus compliqués de manière à rendre plus compréhensible cette étude.

II

Voici d'abord les caractères de la démarche d'un malade dont l'allure se rapproche de celle qui a été considérée par les auteurs comme le type de la paraplégie spasmodique (*fig. 13* à *25*).

Dans le pas postérieur gauche, la jambe comme la cuisse est en extension, le talon peu relevé, le tronc penché en avant. A mesure que le pas postérieur s'accuse, il se produit une légère flexion de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse, en même temps que le talon se relève; mais aucun de ces mouvements n'atteint l'amplitude du mouvement correspondant normal. Il n'y a que l'inclinaison du torse en avant qui s'accuse et arrive presque au maximum vers la moitié du pas postérieur. A la fin de ce pas, le genou est encore relativement peu fléchi; par suite de la flexion faiblement accentuée de la jambe sur la cuisse et de cette dernière sur le bassin, le talon est peu relevé. Il en résulte que le genou de la jambe oscillante ne dépasse point ou fort peu celui de la jambe portante.

Au moment de la verticale, le genou se défléchit un peu. Cette déflexion s'accuse au commencement du pas antérieur mais elle est moins prononcée qu'à l'état normal.

Vers la fin du pas antérieur gauche la jambe présente une attitude presque normale, avec cette légère différence que la pointe du pied n'est pas aussi relevée.

La modification la plus intéressante du torse, c'est qu'à la fin du pas postérieur il commence à se redresser, redressement qui va s'accentuant de plus en plus jusqu'à la fin du pas antérieur gauche. Au moment où le malade doit commencer son pas antérieur, il est obligé d'incliner le torse à droite sur la jambe portante de manière à faciliter le passage de la jambe oscillante en avant.

Pour ce qui est de la jambe portante droite, elle présente un léger degré de flexion au commencement du pas postérieur gauche, mais peu après, et pendant toute la durée du pas postérieur, elle s'étend pour arriver à l'extension complète.

Au moment de la verticale, le talon de la jambe droite portante commence à se relever, bien que la jambe elle-même soit en extension complète. Ce relèvement du talon va en s'accentuant jusqu'à la fin du pas antérieur; on peut dire que chez le malade en question la jambe portante ne fléchit pas ou presque pas pendant la durée du pas antérieur gauche.

Chez le patient dont la démarche est représentée par les figures 26 à 33, les troubles sont beaucoup plus prononcés que dans le cas précédent, la contracture en flexion est permanente et c'est par suite de cette particularité que la marche revêt une allure spéciale.

La phase de double appui est absolument anormale : le pied de la jambe qui va devenir oscillante repose tout entier sur le sol, tandis que celui de la jambe antérieure présente le talon faiblement relevé et la pointe appuyant sur le sol avec ses orteils légèrement en griffe. Les deux genoux sont en flexion. Au début du pas postérieur, le talon de la jambe oscillante se relève quelque peu, élévation qui s'accuse jusqu'à la fin du pas postérieur, lorsque le talon s'abaisse, cet abaissement se continuant jusqu'à la fin du pas antérieur, lequel est très court : c'est à peine si le talon arrive à la hauteur de la moitié du pied de la jambe portante. Pendant toutes les phases de l'oscillation de la jambe, la cuisse reste fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse. Le membre portant présente également cet état de flexion, ayant le talon un peu relevé jusqu'au moment de la verticale. Cette flexion permanente des deux jambes fait que l'amplitude du double pas est très réduite. Le torse est constamment penché en avant et ce n'est qu'à la fin du pas antérieur qu'il se redresse un peu. J'ajoute que chez ce malade la marche n'est possible que s'il est soutenu.

Dans un troisième cas appartenant au même groupe de faits de contracture permanente en flexion, j'ai noté, en outre, cette particularité que le pied de la jambe portante, comme celui de la jambe oscillante, est en extension continuelle et les orteils en griffe, de sorte que le patient marche sur la pointe des pieds (*fig. 34* à *43*). C'est le trait le plus saillant de la marche de ce sujet.

Depuis le commencement du pas postérieur jusqu'à la fin du pas antérieur les pieds se trouvent en état de varus équin, la cuisse fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse. On a voulu voir dans cette démarche quelque ressemblance avec les pointes de la ballerine, mais cette comparaison n'est pas exacte, attendu que notre malade présente une contracture permanente en flexion.

Chez un de mes patients (*fig. 44* à *61*), les caractères particuliers de la marche ont attiré mon attention avant même qu'il ait été soumis à l'examen cinématographique. Il s'agit d'une paraplégie spasmodique d'origine probablement

(1) G. Marinesco. Les troubles de la marche dans l'hémiplégie organique étudiés à l'aide du cinématographe. (*Semaine Médicale*, 1899, p. 225-228.)

(2) P. Blocq. Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses. Paris, 1893.

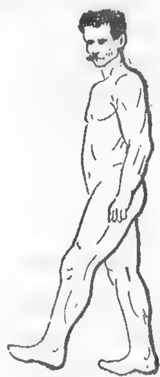
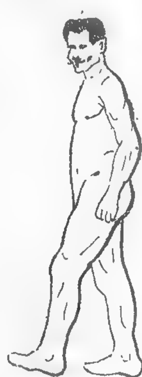
syphilitique, avec exagération très manifeste des réflexes rotuliens et clonus du pied, sans troubles des différentes formes de la sensibilité.

En mesurant la force musculaire de ce malade, on est surpris de voir que la résistance passive présentée par les fléchisseurs de la jambe est presque nulle, tandis que les extenseurs résistent assez bien. D'autre part, la force active des premiers se trouve très diminuée, celle des extenseurs étant relativement conservée.

Cet homme ne marche qu'appuyé sur une canne et soutenu. Au début du pas postérieur, les deux jambes, l'antérieure surtout, sont en extension très accusée. Le talon se relève peu à peu, mais la flexion du genou n'est pas proportionnelle au mouvement d'élévation du talon. Ce n'est guère qu'à la moitié du pas postérieur qu'il apparaît une très légère flexion du genou; pourtant, à ce moment, le pied est fortement étendu sur la jambe et les orteils en flexion dorsale; ce dernier mouvement présente des variations, car sur quelques figures les orteils sont en flexion dorsale, tandis qu'au moment de la verticale ils sont baissés au point de constituer une griffe qui disparaît peu de temps après le commencement du pas antérieur. La flexion du genou se maintient pendant le pas antérieur et ce n'est qu'à la fin de ce pas que la jambe se trouve fortement étendue et que le membre inférieur aborde le sol de toute la plante du pied. Quant à la jambe portante, elle se maintient étendue pendant le pas postérieur; au moment de la verticale, à cause de l'hypotonie, elle décrit une courbe à convexité postérieure, et à ce même moment ou un peu avant le talon du pied de la jambe portante se lève de plus en plus, cette élévation se poursuivant pendant tout le trajet du pas antérieur, de sorte qu'en réalité le pas postérieur commence avant la fin du pas antérieur et c'est précisément cette précocité du pas postérieur, alors que l'autre jambe est encore oscillante, qui nous explique pourquoi il n'y a pas de phase de double appui. Cette particularité existait, d'ailleurs, chez la plupart des sujets atteints de paraplégie spasmodique que j'ai pu étudier au cinématographe.

Les mouvements du torse offrent un aspect uniforme, le patient ayant tout le temps le tronc penché en avant, non seulement dans le pas postérieur mais aussi dans le pas antérieur.

Enfin, les figures 62 à 72 se rapportent à un malade dont l'allure présente une grande ressemblance avec celle que je viens de décrire, sauf cette particularité, à savoir que les troubles de la marche sont moins accusés et que le patient peut marcher seul, ne s'appuyant que

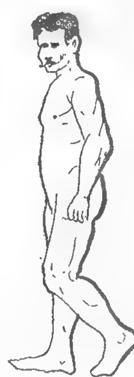
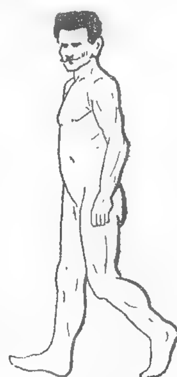
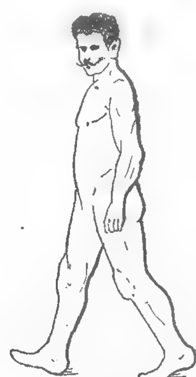




Fig. 12. *Fig. 11.* *Fig. 10.* *Fig. 9.* *Fig. 8.* *Fig. 7.*

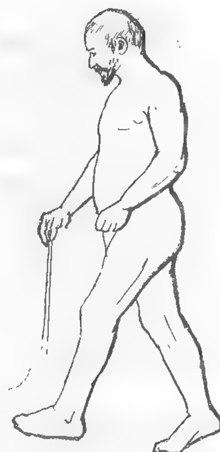
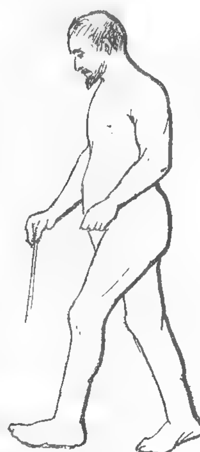







Fig. 25. *Fig. 24.* *Fig. 23.* *Fig. 22.* *Fig. 21.* *Fig. 20.*












Fig. 43. *Fig. 42.* *Fig. 41.* *Fig. 40.* *Fig. 39.* *Fig. 38.* *Fig. 37.* *Fig. 36.* *Fig. 35.* *Fig. 34.*











Fig. 61. *Fig. 60.* *Fig. 59.* *Fig. 58.* *Fig. 57.* *Fig. 56.* *Fig. 55.* *Fig. 54.* *Fig. 53.*



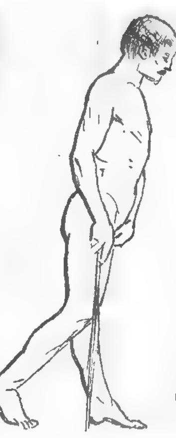
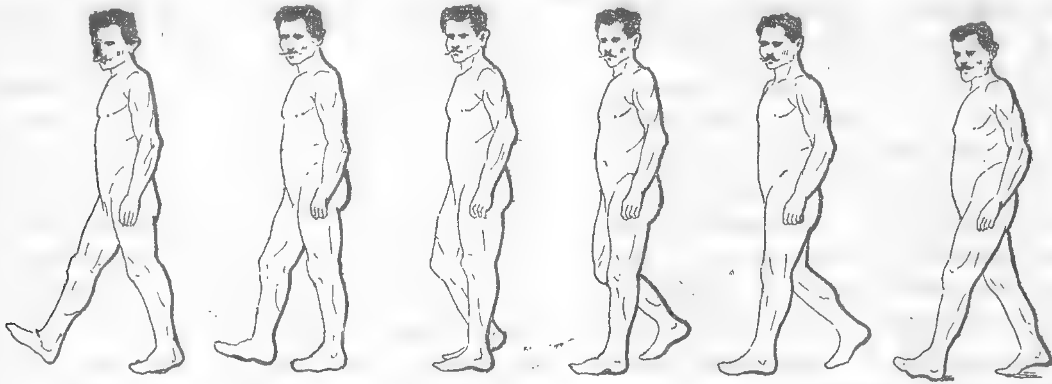
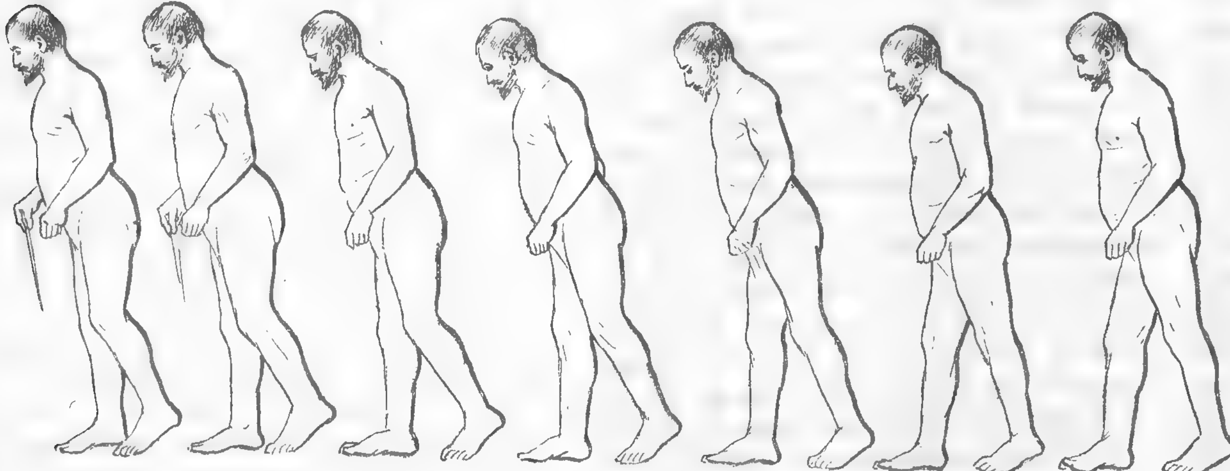
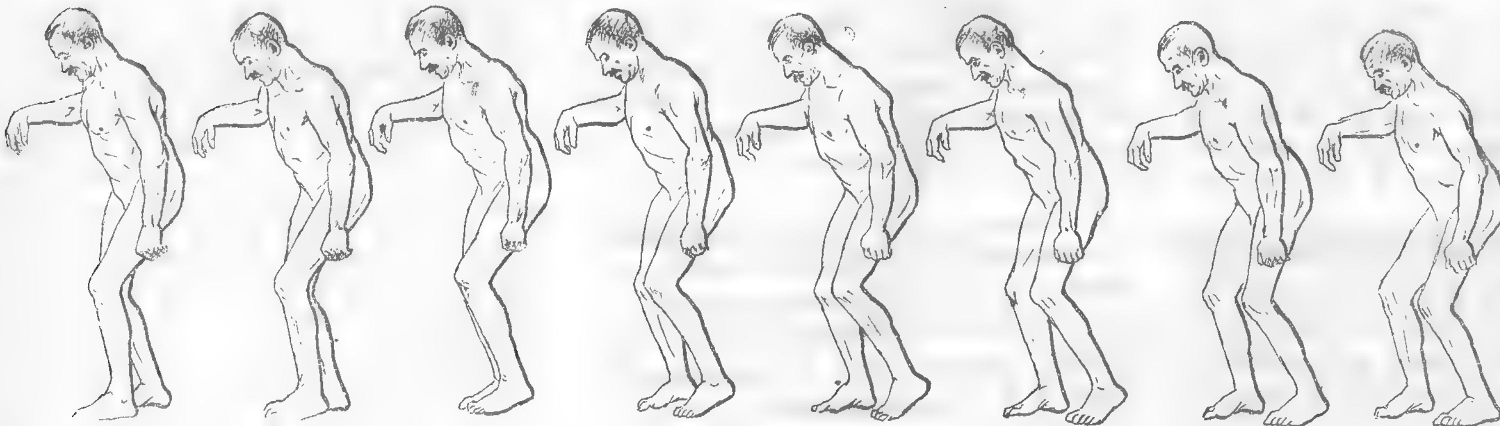
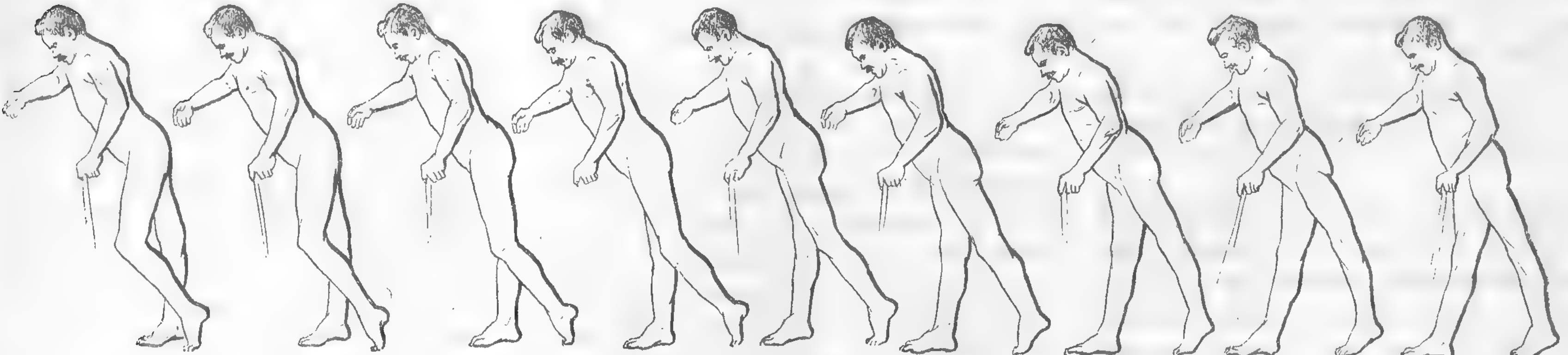



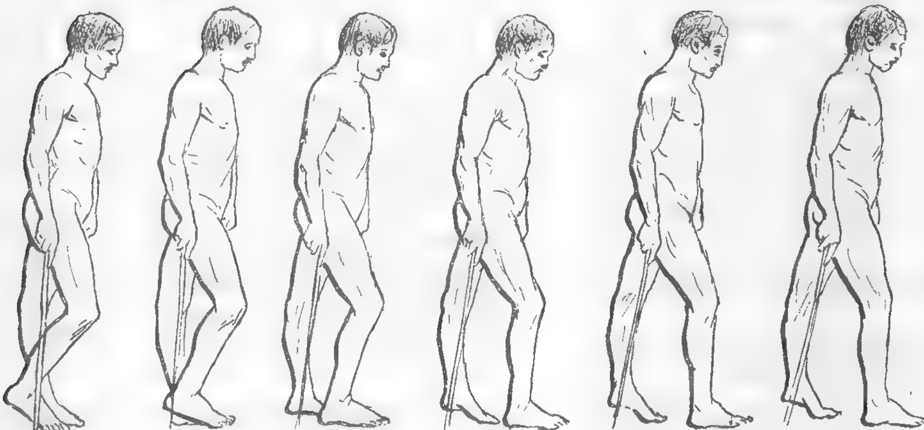

Fig. 62. *Fig. 63.* *Fig. 64.* *Fig. 65.* *Fig. 66.*


Fig. 6. Fig. 5. Fig. 4. Fig. 3. Fig. 2. Fig. 1.


Fig. 19. Fig. 18. Fig. 17. Fig. 16. Fig. 15. Fig. 14. Fig. 13.


Fig. 33. Fig. 32. Fig. 31. Fig. 30. Fig. 29. Fig. 28. Fig. 27. Fig. 26.


Fig. 52. Fig. 51. Fig. 50. Fig. 49. Fig. 48. Fig. 47. Fig. 46. Fig. 45. Fig. 44.


Fig. 67. Fig. 68. Fig. 69 Fig. 70 Fig. 71. Fig. 72.

sur son bâton. D'autre part, l'aspect morphologique des muscles, qui sont légèrement atrophiés, se rapproche un peu plus de l'état normal.

Voici, d'ailleurs, l'analyse chronophotographique de la marche : la jambe antérieure portante est complètement étendue, et même à l'état d'hypotonie, qui s'accuse de plus en plus et se maintient pendant toutes les phases de la jambe oscillante. Cette dernière au commencement du pas postérieur est aussi étendue, au lieu d'être légèrement fléchie comme à l'état normal; le talon est relevé; cependant, la flexion nécessaire de la jambe oscillante apparaît vers la moitié de son pas postérieur et s'accentue de plus en plus jusqu'au moment de la verticale pour diminuer ensuite dans le pas antérieur; en tout cas, cette flexion est plus exagérée qu'à l'état normal et persiste encore à la fin du pas antérieur. C'est en raison de ce fait que le pied, après avoir dépassé la verticale, au lieu d'avoir la pointe en haut et le talon en bas, se trouve horizontal et peu élevé au-dessus du sol; il s'appuie, à la fin du pas antérieur, de toute son étendue. Mais, fait curieux, immédiatement après que la jambe oscillante a dépassé la verticale, le talon de la jambe portante se relève de plus en plus jusqu'à la fin du pas antérieur. Il est bon de remarquer que les deux jambes ne sont pas absolument semblables au point de vue des troubles de la marche et que l'hypotonie est moins accusée dans la jambe droite; toutefois, comme il serait impossible de reproduire, en raison du manque d'espace, les figures qui représentent deux pas, nous sommes obligé de ne donner que la description d'un seul.

Ces deux cas de paraplégie spasmodique avec hypotonie des fléchisseurs de la jambe ne sont pas les seuls que j'aie eu l'occasion de rencontrer. J'en possède une troisième observation qui, par l'ensemble des phénomènes cliniques et par les troubles de la marche, ne diffère en rien des faits précédents; il serait donc inutile d'en relater ici les détails.

III

Parmi les nombreux malades dont j'ai pu étudier la marche à l'aide du cinématographe, il y en a trois qui présentent certains caractères communs sur lesquels je désire attirer l'attention. Non seulement ils appartiennent à la même classe, mais encore ils représentent pour ainsi dire les différentes phases de la forme particulière de la paraplégie dont ils sont atteints. Chez tous les trois les réflexes rotuliens sont

exagérés ou même très exagérés, chez tous on peut provoquer facilement de la trépidation épileptoïde. Examinés dans le décubitus dorsal, ils offrent tous une hypotonie plus ou moins considérable des muscles fléchisseurs de la jambe (biceps, demi-tendineux et demi-membraneux). En effet, ils n'opposent presque pas de résistance à l'extension de la jambe sur la cuisse, tandis que la résistance à la flexion de la jambe sur la cuisse est considérable. Si l'on explore la motilité volontaire, on constate que la flexion de la jambe sur la cuisse est plus puissante et plus facile que l'extension. D'autre part, dans la station debout, ces malades ont une attitude très spéciale, le creux poplité ayant pour ainsi dire disparu, et, comme nous l'avons aussi remarqué dans la marche, les faces postérieures de la cuisse et de la jambe sont représentées par une ligne convexe, au lieu de former un angle à grande ouverture postérieure. D'autre part, dans cette attitude, les muscles de la face antérieure de la cuisse (quadriceps, crural) sont contracturés, leur relief est plus accentué que chez un individu normal, le tendon rotulien se dessine d'une façon très apparente sous la peau. Cet état d'hypotonie des muscles fléchisseurs de la jambe avec hypertonie concomitante des muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin explique très bien certaines particularités de la marche chez ces malades. En effet, considérons les figures 62 à 72 qui représentent un de ces patients, et nous verrons du côté de la jambe portante une hyperextension considérable par suite du défaut de contraction des muscles fléchisseurs de la jambe qui ne peuvent pas s'opposer à cette hyperextension. Cette hypotonie se maintient non seulement durant le pas postérieur de la jambe droite oscillante mais aussi pendant le moment de la verticale et le pas antérieur. L'hypotonie des muscles fléchisseurs de la cuisse est moins accentuée du côté droit et c'est pour cette raison que la flexion du genou est encore possible aux différents temps de la marche.

D'autre part, cette forme de paraplégie n'implique pas des lésions profondes de la moelle, car habituellement elle ne s'accompagne pas de troubles de la sensibilité, et il est rare de constater l'existence de troubles des sphincters; cependant, dans tous les cas de ce genre, il existe une atrophie plus ou moins marquée des muscles, surtout apparente dans les muscles de la face postérieure de la jambe. La rigidité musculaire n'est pas aussi prononcée que dans les myélites par compression.

Quant à la nature intime du processus anatomique qui détermine cette forme particulière de paraplégie, il est probable que des causes très différentes interviennent dans sa production.

Sans préjuger en rien cette question, je crois cependant pouvoir attribuer aux deux formes que je viens de décrire des localisations différentes. Les paraplégies spasmodiques avec contracture en flexion et où l'extension ne se produit jamais comme à l'état normal doivent avoir une localisation différente de celle de la paraplégie dans laquelle c'est l'extension avec hypotonie des fléchisseurs de la jambe qui prédomine au cours des différentes phases de la marche.

Chez les malades de la première catégorie, la contracture des muscles fléchisseurs est très manifeste; elle est presque permanente chez quelques-uns d'entre eux, tandis que chez d'autres elle est diminuée dans certains temps de la marche; aussi l'allure de la marche varie-t-elle dans ces différents cas suivant le degré de la contracture. L'étendue du pas chez tous ces malades est plus ou moins diminuée. Chez le paraplégique de la seconde catégorie, le trait caractéristique de la marche est l'hypotonie des fléchisseurs de la jambe qui se produit d'une façon tout à fait exagérée dans la jambe portante, et qui existe aussi, quoique moins accentuée, dans la jambe oscillante au commencement du pas postérieur. Chez quelques-uns des patients de ce genre, l'étendue ou l'amplitude du pas est plus grande qu'à l'état normal.

Les malades du premier groupe présentent une hypertonie de la plupart des muscles inférieurs, hypertonie prédominante dans les muscles fléchisseurs; les réflexes sont exagérés et on note aussi du clonus du pied. Mais peut-on affirmer que les paralysies du second groupe, c'est-à-dire celles où nous avons trouvé de l'hypotonie des fléchisseurs, appartiennent aussi aux paraplégies spasmodiques? C'est là un problème intéressant à élucider depuis que M. Van Gehuchten s'est appliqué à séparer l'état des réflexes d'avec la contracture.

Après avoir établi que chez un certain nombre de nos malades il y a hypertonie et parésie dans les muscles postérieurs de la jambe, tandis que les antagonistes de ces muscles sont à l'état d'hypertonie avec conservation à peu près intacte de leur motilité volontaire, il nous reste à nous demander par quel mécanisme se produit cette dissociation fonctionnelle. Pour mieux faire comprendre cette dissociation, il convient de rappeler les expériences récentes de Hering et de Sherrington qui ont été appliquées par Mann (1), par moi-même (2) et par mes élèves MM. Parhon et Goldstein (3) à la physiologie de la contracture. C'est Mann qui a étudié, le premier, d'une façon détaillée la topographie de la contracture et de la paralysie chez les hémiplégiques. Il résulte de ses recherches, que j'ai moi-même confirmées, que les muscles complètement paralysés n'offrent jamais d'hypertonie et que cette dernière n'existe que dans les muscles qui ont conservé un certain degré de motilité volontaire.

Pour expliquer ces faits, en apparence paradoxaux, il a admis, en se basant sur les expériences de Hering et de Sherrington, que pour certains groupes musculaires ce sont les fibres d'excitation qui sont conservées et les fibres d'arrêt qui sont détruites, tandis que c'est le contraire pour les antagonistes de ces muscles.

En appliquant ces données de la clinique et de la physiologie expérimentale aux troubles moteurs que nous avons constatés dans quelques cas de paraplégie spasmodique, nous sommes amenés à conclure qu'un double mécanisme préside à la détermination des symptômes décrits : un mécanisme d'excitation et un mécanisme d'arrêt. L'hypotonie considérable des fléchisseurs de la jambe s'explique par la suppression plus ou moins complète de l'excitation qu'exerce le cerveau sur ces muscles; d'autre part, la conservation de la motilité des extenseurs avec hypertonie dépend de la conservation presque intégrale des fibres d'excitation. Par conséquent, *dans l'hémiplégie organique, comme dans certaines paraplégies organiques, nous trouvons un affaiblissement considérable du tonus de quelques groupes musculaires avec hypertonie dans d'autres groupes, et le mécanisme qui détermine ces troubles est essentiellement le même aussi bien dans l'hémiplégie que dans la paraplégie.*

Pourquoi y a-t-il conservation de la fonction d'excitation dans les muscles extenseurs et perte de cette fonction dans les muscles fléchisseurs? En d'autres termes, pourquoi les premiers sont-ils en état d'hypertonie et les seconds en état d'hypotonie? Pour expliquer la même particularité dans l'hémiplégie organique, j'ai fait intervenir deux facteurs : d'une part, j'ai admis, avec Mann, la conservation relative des voies nerveuses qui apportent l'influx nerveux excitateur aux extenseurs des membres inférieurs et, d'autre part, j'ai invoqué l'excitabilité de ces muscles qui est plus grande que celle des fléchisseurs. Nous savons, en effet, depuis les observations de Fouquier que l'administration de la noix vomique chez les hémiplégiques détermine de la contracture en flexion aux membres supérieurs et de la contracture en extension aux membres inférieurs. Toutefois, comme je l'ai déjà dit, je suis le premier à restreindre la portée générale de cette formule et j'estime que, dans certains cas, il pourrait se faire que le changement du type de contracture fût subordonné au siège de la lésion. Les processus anatomiques qui déterminent les paraplégies, tout en étant très variables, peuvent attaquer la moelle soit de la périphérie vers la profondeur, soit, au contraire, des parties profondes vers la surface. Or, de même que dans le cerveau il existe des centres particuliers pour les fléchisseurs et les extenseurs, de même j'ai montré que dans la moelle les centres produisant la flexion des différents segments des membres sont tout autres que ceux qui déterminent l'extension (1).

Il est donc fort probable que les voies nerveuses de ces deux fonctions concourent séparément dans la moelle. Dans ces conditions, certaines lésions de la moelle porteraient atteinte, suivant les cas, tantôt à l'intégrité des extenseurs, déterminant une contracture en flexion, tantôt à l'intégrité des fléchisseurs de la jambe, déterminant une contracture en extension.

Les recherches que j'ai faites sur les troubles de la marche dans les différentes formes de paraplégie prouvent d'une manière péremptoire que le mécanisme de la contracture est le même chez l'hémiplégique que chez le paraplégique; mais ce qui permet de distinguer ces deux espèces de contracture, c'est l'aspect variable qu'elle offre dans les différents cas de paraplégie. Tandis que dans l'hémiplégie elle se localise d'une manière presque constante à certains groupes musculaires, il n'en est pas de même chez les paraplégiques où elle touche d'une façon différente les divers groupes musculaires et donne lieu à des modalités cliniques très variables. J'ai longuement insisté sur une de ces modalités qui consiste dans l'association de l'hypotonie accompagnée de parésie des muscles fléchisseurs de la jambe avec l'hypertonie et la conservation relative de la motilité volontaire des muscles extenseurs de la jambe. Dans tous les cas de ce genre que j'ai pu examiner, il y avait, en outre, de l'exagération des réflexes rotuliens et de la trépidation épileptoïde. Cette espèce de paraplégie mérite d'attirer une attention toute spéciale, non seulement au point de vue du mécanisme de sa production mais aussi en raison de sa signification anatomique. Après avoir comparé les données de la clinique avec celles de l'anatomie pathologique, je suis amené à conclure que cette sorte de paraplégie ne relève pas d'une compression médullaire, et qu'elle est sous la dépendance d'une lésion *intrinsèque* de la moelle épinière. En pareil cas, il n'y a pas lieu, par conséquent, d'intervenir chirurgicalement.

Les paraplégiques avec hypotonie des fléchisseurs de la jambe présentent, dans la station verticale, une certaine ressemblance avec les ataxiques, précisément à cause de cette hypotonie. Je m'empresse, cependant, d'ajouter que la démarche est toute différente dans les deux maladies et que nos paraplégiques avec hypotonie n'offrent pas de signes tabétiques qui pourraient faire croire à des paraplégies ataxiques sous la dépendance d'une sclérose combinée.

J'estime que la cinématographie appliquée à l'étude des paraplégiques est de nature à apporter quelque lumière à la question si intéressante du mécanisme de la contracture et de ses relations avec l'exagération des réflexes. A cet égard

(1) Mann. Ueber das Wesen und die Entstehung der hemiplegischen Contractur. (*Monatssch. f. Psychiat. u. Neurol.*, IV.)

(2) G. Marinesco. Recherches sur l'atrophie musculaire et la contracture dans l'hémiplégie organique. (*Semaine Médicale*, 1898, p. 465-470.)

(3) Parhon et Goldstein. Contributions à l'étude de la contracture dans l'hémiplégie. (*Roumanie méd.*, mars-avril, 1899.)

(1) G. Marinesco. Contribution à l'étude des localisations des noyaux moteurs dans la moelle épinière. (*Rev. neurol.*, 30 juillet 1898.)

on pourrait admettre trois classes de paraplégie :

La première dans laquelle tous les muscles des membres inférieurs se trouvent à l'état de contracture ou d'hypertonie généralisée, la contracture des extenseurs et des fléchisseurs étant à peu près égale. Dans les cas de ce genre, l'hypertonie ne s'accompagne pas d'exagération des réflexes, parce que les muscles antagonistes, très contracturés, s'opposent à la production de ces réflexes ;

Dans la deuxième classe, la contracture est prédominante dans une série de muscles, bien que leurs antagonistes soient également contracturés. Ces cas s'accompagnent d'exagération des réflexes dont l'intensité varie suivant le degré de la contracture des antagonistes ;

Enfin, dans la troisième classe les fléchisseurs de la jambe sont en état d'hypotonie et leurs antagonistes, les extenseurs, en hypertonie. Dans ces conditions les réflexes sont exagérés ou même très exagérés.

Dr G. Marinesco,
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Bucharest.

MÉDECINE PRATIQUE

Substitution de l'asepsie à l'antisepsie dans le traitement de l'ophtalmie purulente.

Les attouchements de la conjonctive palpébrale avec une solution de nitrate d'argent à 2 ou 3 % ont longtemps constitué l'unique traitement de l'ophtalmie purulente, aussi bien chez le nouveau-né que chez l'adulte. Toutefois, l'expérience a fait voir que le nitrate d'argent, bien qu'il soit un agent actif de destruction du gonocoque, n'est pas toujours en mesure de tuer ce microbe dans l'épaisseur et dans les cryptes de la conjonctive contaminée. Aussi ce médicament se montre-t-il impuissant contre les formes graves d'ophtalmie blennorrhagique des enfants athrepsiques, lesquelles, malgré les cautérisations fréquentes, aboutissent à l'ulcération de la cornée, à la fonte purulente du globe de l'œil et même à la mort. D'autre part, on a appris à connaître les méfaits du nitrate d'argent qui n'est nullement indifférent pour la cornée et exerce, en outre, sur les tissus oculaires une action irritante susceptible d'entretenir le processus inflammatoire. En conséquence, on a cherché dans ces derniers temps à remplacer le nitrate d'argent par des lavages avec des solutions de sublimé, de permanganate de potasse, de formol, etc. On a de la sorte substitué à un médicament spécifique de la blennorrhagie la méthode antiseptique générale et on l'a fait avec d'autant plus de raison que, comme il ressort des recherches bactériologiques modernes, le gonocoque n'est nullement l'agent pathogène unique de l'ophtalmie purulente, cette affection pouvant être aussi d'origine pneumococcique ou streptococcique.

Tout récemment on est allé encore plus loin et, en s'inspirant de l'exemple des chirurgiens, on a substitué la simple asepsie à la méthode antiseptique dans le traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Les résultats obtenus ont été excellents, ainsi que le prouvent les faits observés par M. le docteur von Ammon (1), médecin militaire bavarois, à la clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Munich, et par M. le docteur A. Lamhofer (2) ancien assistant de la clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Leipzig, faits qui se chiffrent actuellement par centaines.

Le procédé adopté par M. von Ammon est à la fois aseptique et antiphlogistique. Il consiste à pratiquer deux fois par jour des lavages abondants des culs-de-sac conjonctivaux avec une solution physiologique de chlorure de sodium et à appliquer sur les paupières des compresses glacées qu'on renouvelle toutes les trois minutes. Sous l'influence de ce traitement, le gonflement et l'inflammation de la conjonctive rétrocèdent si rapidement que dès le second ou le troisième jour on parvient à écarter sans difficulté les paupières. Trois à cinq jours plus tard la sécrétion purulente est considérablement diminuée et les enfants ouvrent les yeux spontanément. A partir de ce moment on peut se passer des compresses glacées. La guérison survient en trois à quatre semaines. Parfois il subsiste un certain degré d'irritation conjonctivale avec tuméfaction et hypersécrétion légères, qui ne tardent pas à disparaître à la suite de quelques instillations astringentes (sulfate de zinc). Sur 48 cas d'ophtalmie des nouveau-nés, dans lesquels la présence du gonocoque a été dûment constatée et qui ont été traités comme il vient d'être dit, 47 fois la guérison a été rapide et s'est effectuée sans la moindre complication du côté de la cornée. Une seule fois on a vu se produire un ulcère cornéen, mais dans ce cas l'enfant s'était égratigné la cornée avec l'ongle à une période où la sécrétion purulente était presque tarie.

Si simple que soit le procédé de M. von Ammon, il est cependant incontestable que l'usage prolongé des compresses glacées fréquemment renouvelées peut se heurter à de grandes difficultés, surtout dans la clientèle de ville. Or, l'emploi de ces compresses n'est nullement indispensable, comme le montrent les nombreuses observations de M. Lamhofer qui ne traite l'ophtalmie purulente que par des lavages de la conjonctive avec de l'eau tiède simplement bouillie ou faiblement boriquée. En revanche, ces lavages sont répétés d'abord d'heure en heure, puis toutes les deux heures. On a soin de bien alimenter le petit malade et d'observer la propreté la plus rigoureuse. En procédant de la sorte, notre confrère obtient la guérison de l'ophtalmie en une quinzaine de jours.

(1) Von Ammon. Zur Diagnose und Therapie der Augeneiterung der Neugeborenen. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 janv. 1900.)

(2) A. Lamhofer. Zur Behandlung der Augeneiterung der Neugeborenen. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 fév. 1900.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 février 1900.

Traitement des tumeurs érectiles par des injections coagulantes.

M. Le Dentu lit à l'occasion d'un travail de M. Th. Anger un rapport dont voici le résumé :

Les injections coagulantes employées par M. Th. Anger dans le traitement des tumeurs érectiles ont été faites avec la liqueur de Piazza. Les quantités injectées varient de 2 à 10 gouttes pour les petits angiomes, de 20 à 40 gouttes pour les angiomes volumineux, cette dernière dose devant être considérée comme un maximum.

Ces quantités représentent le nombre de gouttes injectées en une seule séance et réparties sur plusieurs points de la tumeur. La dose totale utilisée dans la première séance doit être relativement forte ; elle peut être diminuée aux séances suivantes.

M. Th. Anger s'est servi de la seringue de Pravaz à aiguille-canule ordinaire pour les petits angiomes ; pour les moyens et les gros il recommande d'employer deux canules dont l'une est introduite d'abord isolément ; lorsqu'on voit le sang sourdre à l'extérieur, la petite aiguille adaptée à la seringue est glissée dans la première canule et va porter la solution en pleine tumeur. Il est indispensable de pousser le liquide très lentement.

Voici maintenant les précautions à prendre : Un anneau quelconque est appliqué autour de l'angiome afin d'entraver la circulation en retour et de s'opposer à l'échappement des caillots en voie de formation hors de la zone érectile. Cet anneau doit être maintenu en place un grand quart d'heure ; à cette condition seulement le danger de l'embolie peut être évité. La coagulation dans les vaisseaux et dans les cavernes érectiles est en effet bien loin d'être instantanée, elle n'est même pas rapide.

La décroissance de la tumeur ne s'accuse qu'assez lentement et demande souvent plusieurs mois pour être complète. Il faut donc savoir attendre et ne compter que sur un résultat assez tardif. Alors même que la tumeur n'a été injectée que partiellement, elle ne s'atrophie et ne disparaît pas moins tout entière ; dans la plupart des cas une seule injection suffit pour enrayer le développement du tissu érectile. A une date éloignée — trois mois, six mois, un an —, si l'angiome n'a pas disparu ou du moins ne présente pas les signes manifestes d'un travail actif de régression, on renouvelle l'injection et on la répète autant de fois qu'il est nécessaire.

Dans les angiomes très étendus et rebelles et lorsque la région comporte une compression facile, M. Th. Anger remplace, dans la liqueur de Piazza, le chlorure de sodium par le chlorure de zinc à la dose de 3 grammes.

Le rapporteur termine en disant que les résultats obtenus au moyen de cette méthode de traitement méritent d'être pris en très sérieuse considération. Si l'électrolyse reste toujours la méthode de choix, notamment pour les angiomes de la face, il n'en est pas moins vrai que l'ignipuncture et les injections coagulantes offrent des ressources précieuses, surtout pour les médecins éloignés des grands centres et ne disposant pas des ressources de l'électricité.

M. Berger estime que l'extirpation est le meilleur mode de traitement des tumeurs érectiles dans les cas où celles-ci ne sont pas trop étendues ; quand on ne peut pas avoir recours à l'extirpation, il faut donner la préférence à l'ignipuncture et au galvanocautère, ou bien à l'électrolyse lorsqu'elle est réalisable ; mais l'orateur repousse l'emploi du thermocautère dont il lui paraît trop difficile de limiter le champ d'action.

M. Lucas-Championnière fait observer que l'extirpation des tumeurs érectiles est souvent irréalisable et qu'à défaut de l'électrolyse il a, pour sa part, eu très souvent recours au thermocautère, et cela avec de très bons résultats.

Restauration du nez sur une charpente métallique comprise entre deux plans de lambeaux.

M. Berger. — Je vous présente un homme dont le nez avait été détruit en totalité et n'était plus représenté que par un trou béant.

Après une désinfection minutieuse j'ai procédé à la restauration de cet organe de la façon suivante : deux lambeaux triangulaires dont la base d'implantation correspondait aux bords latéraux du trou qui représentait l'orifice antérieur des fosses nasales furent disséqués et rabattus de dehors en dedans sur cet orifice, offrant ainsi leur face cutanée en arrière, leur face cruentée en avant, et leurs bords externes venant se juxtaposer sur la ligne médiane où on les réunit par une suture très soignée. Sur la face antérieure cruentée de ces lambeaux j'appliquai la face cruentée d'un grand lambeau taillé sur le front et dont les bords furent réunis par une suture aux bords de la perte de substance créée par la dissection des lambeaux de la face. Mais auparavant j'avais fixé sur l'épine nasale et sur les branches montantes des maxillaires supérieurs les extrémités d'un support en platine.

Ce support était ainsi inclus entre les deux plans de lambeaux dont l'un fermait l'hiatus antérieur des fosses nasales en présentant en avant sa face cruentée et l'autre devait reconstituer les parties molles du nez en tournant en avant sa face recouverte d'épiderme.

Les bords inférieurs de ces deux lambeaux furent suturés aux restes de la sous-cloison et des ailes du nez.

Partout la réunion par première intention fut obtenue ; le support métallique paraît devoir être définitivement toléré et l'on peut considérer comme certain que le nez conservera la forme que celui-ci lui assure.

A propos du traitement de la grippe.

M. Huchard lit sur ce sujet un travail dans lequel il insiste sur l'utilité d'administrer aux sujets atteints de la grippe, dès les premiers symptômes du mal, du bromhydrate de quinine

à haute dose, 1 gramme à 1 gr. 25 centigr. en une seule fois. Les doses de 0 gr. 50 centigr. habituellement employées sont tout à fait inefficaces. On se trouvera bien dans quelques cas d'associer au bromhydrate de quinine une petite quantité d'ergot de seigle (0 gr. 25 à 0 gr. 30 centigrammes). Si la dépression nerveuse est très considérable on devra, en outre, avoir recours au sulfate de strychnine à la dose de 0 gr. 001 à 0 gr. 002 milligrammes en pilules ou en injections sous-cutanées.

Enfin, chez un très grand nombre de malades il sera bon pour assurer la dépuration urinaire, si souvent compromise, de prescrire le régime lacté.

M. Hayem. — En donnant aux individus atteints de la grippe, comme le conseille M. Huchard, de la quinine à doses massives avec ou sans addition d'ergot de seigle, on s'expose à provoquer chez eux une gastrite médicamenteuse qui aggravera leur état au lieu de l'améliorer.

Je ne suis pas davantage partisan du régime lacté chez ces malades; il ne faut pas oublier, en effet, que la grippe s'accompagne presque toujours d'une asthénie profonde, qu'on exagérera encore en remplaçant par du lait le régime alimentaire auquel les patients sont habitués.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 février 1900.

Rapport entre la variation d'excitation des nerfs et la variation de densité des courants excitateurs à différents potentiels.

M. Leduc. — Il résulte d'expériences que j'ai instituées que, pour une même variation de densité du courant excitateur dans le nerf, la variation correspondante de l'excitation est d'autant plus grande qu'elle s'effectue sous une tension plus élevée.

Cette constatation fournit des raisons scientifiques pour choisir le courant à employer suivant le but à atteindre.

Comme les excitations électriques, en pénétrant dans les tissus, s'affaiblissent d'autant moins que le courant excitateur a un plus faible potentiel, on devra pratiquer les excitations sous une tension d'autant moindre qu'on voudra agir plus profondément.

Puisque, en pénétrant dans les tissus, les excitations s'éteignent d'autant plus rapidement qu'elles se font sous un plus haut potentiel, on localisera d'autant mieux les excitations qu'on excitera les nerfs sous des tensions plus élevées.

Enfin, pour exercer à la même profondeur le même degré d'excitation il faut produire à la surface une excitation d'autant plus vive que le courant aura lui-même une tension plus élevée.

Mesure de l'acuité auditive pour l'intensité des sons.

MM. Toulouse et **Vaschide** adressent une note sur une nouvelle méthode pour la mesure de l'acuité auditive, méthode qui consiste à faire entendre, par un sujet placé à une distance fixe, des bruits d'intensités progressives, déterminés par la chute de gouttes d'eau distillée d'un poids constant et tombant de hauteurs croissantes sur un corps métallique défini. De la sorte, les conditions du phénomène sont exactement déterminées, et les mesures prises par des observateurs différents seront comparables entre elles.

M. Godin envoie une note dans laquelle il communique les résultats de mensurations qu'il a faites relativement aux *asymétries normales des organes binaires chez l'homme.*

Mlle Joteyko adresse une note sur les variations que le *quotient de la fatigue* subit sous l'influence de la fatigue elle-même.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 février 1900.

Des para-appendicites.

M. Le Dentu. — Je viens d'observer à l'hôpital Necker une femme de vingt-trois ans qui avait présenté, à plusieurs reprises, des accidents ressemblant tout à fait à ceux que provoque l'appendicite. Trois jours avant de se faire recevoir dans mon service, elle avait été prise d'une crise nouvelle, et au moment de l'admission elle offrait du côté droit un point douloureux situé un peu plus haut que le point de McBurney. Je l'opérai et trouvai un appendice absolument sain; je continuai mon exploration du côté du foie, et c'est seulement en dissociant les fausses membranes du côté du coude du côlon ascendant que j'ai cru remarquer une adhérence anormale permettant de supposer qu'il avait pu se produire à ce niveau une petite perforation. Malgré son apparence d'intégrité parfaite, j'enlevai l'appendice et j'en confiai l'examen à mon chef de laboratoire qui n'a pu déceler la moindre lésion.

Péritonite traumatique enkystée consécutive à une rupture incomplète de la vésicule biliaire.

M. Schwartz. — J'ai à vous faire un rapport sur une observation de péritonite traumatique enkystée consécutive à une rupture probablement incomplète de la vésicule biliaire, qui nous a été communiquée par M. Imbert (de Montpellier). Il s'agit d'un jeune homme de seize ans qui avait subi un choc violent dans la région de l'hypocondre gauche, et chez lequel on percevait une tumeur du volume d'une tête d'adulte, développée au-dessous du foie; il n'y avait pas d'ictère. Notre confrère fit une laparotomie, qui lui permit d'évacuer 2 litres environ de liquide séro-sanguinolent et non bilieux, sans qu'il pût déterminer d'une façon précise le point de départ de l'épanchement. Quarante-huit heures plus tard, le blessé fut pris d'accidents graves et succomba rapidement. A l'autopsie, on trouva la vésicule biliaire en rapport intime avec la partie supérieure de la poche qui renfermait la collection liquide. Du côté de la vésicule biliaire on a pu constater une solution de continuité très nette de la tunique musculaire, au niveau de laquelle la muqueuse paraissait intacte. Mais, comme l'ont montré les expériences de MM. Cornil et Carnot, la réparation des muqueuses se fait très rapidement. Or, dans l'observation de M. Imbert, l'accident datait de vingt jours, et, par conséquent, la muqueuse avait eu tout le temps nécessaire pour se cicatriser complètement.

Il y a dans le fait relaté par notre confrère ceci de particulier que le blessé ne présentait pas les signes habituels de la rupture des voies biliaires (ictère, vomissements, décoloration des matières fécales, coloration bilieuse de l'épanchement, etc.). Sans nier la possibilité de la réparation de la muqueuse de la vésicule, je me demande donc si la péritonite enkystée n'a pas été ici plutôt le résultat d'une rupture *incomplète* de la vésicule biliaire.

Traitement des kystes hydatiques du foie.

M. Monod. — J'ai appliqué, au mois de mai dernier, le procédé préconisé par M. Delbet chez un malade que j'avais traité quatre années auparavant, pour un premier kyste, par la marsupialisation. Tout alla bien pendant quinze jours, et je croyais le patient guéri, lorsqu'il eut de la fièvre; bientôt la cicatrice se rompit et donna issue à un flot de pus, en même temps qu'à deux hydatides. Le malade a, d'ailleurs, parfaitement guéri. Cette observation montre que, comme l'a dit M. Delbet, le mal n'est pas grand même dans le cas où l'infection vient compliquer l'application de son procédé.

M. Schwartz. — Il y a six semaines, j'ai fait, avec le concours de M. Delbet, l'ouverture d'un kyste hydatique, suivie, après extirpation de la membrane hydatique, de la suture sans drainage. La guérison a été rapide.

Je suis tout à fait partisan de la méthode de M. Delbet, mais je crois qu'il faut faire des réserves au sujet de son application dans certains cas de kystes très volumineux et à parois irrégulières, pour lesquels on peut avoir quelque peine à enlever complètement la membrane hydatique.

Des applications de la radiographie au traitement des fractures.

M. Hennequin. — A la fin de l'année dernière, M. Tuffier nous a communiqué un certain nombre d'observations de fractures, dans lesquelles la radiographie a permis de constater du chevauchement des fragments et du raccourcissement, sans que le résultat fonctionnel fût altéré (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 428). Je pense que la radiographie a singulièrement exagéré l'importance des déformations et que des mensurations précises auraient peut-être fait ressortir cette exagération. Si l'on suppose, en effet, une fracture dans laquelle les fragments chevauchent très légèrement l'un sur l'autre, les rayons menés d'un point fixe par l'extrémité de chacun des fragments viennent tomber sur un plan situé derrière l'os fracturé en deux points qui sont séparés l'un de l'autre par une distance d'autant plus considérablement agrandie que le plan de projection est plus éloigné, et, dans ces conditions, on conçoit que le moindre chevauchement se traduise en projection par un écartement qui paraît notable alors qu'en réalité il existe à peine.

Conservation du placenta dans les opérations pour grossesse extra-utérine.

M. Richelot lit un rapport sur trois observations de M. Pauchet (d'Amiens) dont une est relative à un cas de grossesse extra-utérine, traité par la laparotomie avec fixation de la poche à la paroi et conservation du placenta, qui s'est résorbé ultérieurement. Les deux autres faits ont trait à une occlusion intestinale et à un kyste adhérent de l'ovaire.

M. Monod fait remarquer, à propos de la première observation de M. Pauchet, que l'auteur a suivi la conduite habituelle, en n'essayant pas d'enlever le placenta.

MM. Lucas-Championnière, Reynier, Potherat, Guinard et **Le Dentu** sont également d'avis qu'il faut conserver le placenta.

M. Hartmann pense qu'on doit enlever le placenta si la chose est possible, et que c'est seulement quand il y a des adhérences intestinales qu'il faut conserver le placenta dont l'ablation pourrait alors être dangereuse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 février 1900.

Ascite lactescente à leucocytes d'origine lymphatique.

M. Widal. — La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que si le plus souvent les ascites laiteuses sont d'origine chyleuse, elles peuvent cependant exister en dehors de toute intervention du chyle.

La présence d'une quantité de graisse dosable par l'analyse chimique et visible au microscope sous forme de fines gouttelettes est le principal argument invoqué pour affirmer la nature chyleuse d'une ascite. On a publié pourtant, sous le nom d'ascite non chyleuse, quelques observations dans lesquelles le liquide trouvé dans le péritoine renfermait de petites quantités de graisse.

La constatation d'une quantité très faible de graisse plaide certainement en faveur d'une ascite non chyleuse, mais il suffit de consulter les observations publiées pour voir combien est variable, d'un sujet à l'autre et même d'une ponction à l'autre chez le même sujet, la graisse contenue dans les ascites chyleuses proprement dites. Dès lors, à quel chiffre fixer la quantité de graisse pouvant permettre d'affirmer la nature chyleuse d'un épanchement?

On rencontre parfois dans le liquide des ascites laiteuses un élément leucocytaire qui peut renseigner sur la nature de l'épanchement, à la condition de ne pas se borner à constater simplement la présence de cet élément, comme on l'a fait jusqu'ici, mais de préciser la variété à laquelle il appartient. Le fait suivant que j'ai observé avec M. Prosper Merklen vient à l'appui de cette opinion.

Il s'agit d'un alcoolique de cinquante ans qui offrait une ascite considérable, et chez lequel la ponction abdominale donna issue à 9 litres d'un liquide lactescent. Le malade mourut quelques jours après et à l'autopsie on ne trouva qu'une cirrhose du foie. Le péritoine n'était le siège d'aucune lésion inflammatoire et l'on ne put déceler aucune altération du canal thoracique ni des lymphatiques abdominaux. D'autre part, le liquide ascitique retiré pendant la vie

ne contenait que 1 gr. 45 centigr. de matières grasses par litre. Sous l'influence du repos, il devenait opalescent, et l'on voyait se former au fond du bocal qui le renfermait un dépôt épais et blanchâtre. A l'examen microscopique on ne trouvait ni granulations graisseuses, ni granulations albuminoïdes, ni globules rouges. Par contre, il existait, dans le liquide, des leucocytes en abondance, au nombre de 100,000 environ par millimètre cube. L'examen le plus attentif ne permit de trouver ni polynucléaires, ni éosinophiles, ni cellules basophiles. On ne constata que des leucocytes à un seul noyau : les uns, les plus nombreux, correspondaient au type lymphocyte; les autres répondaient par leur dimension au type mononucléaire, mais les réactions colorantes de leur protoplasma les rapprochaient des grands lymphocytes décrits par M. Hayem dans la lymphe du cheval. L'acide osmique ne révélait pas de dégénérescence graisseuse de ces leucocytes.

Le liquide ascitique était aseptique. Le sérum sanguin offrait une limpidité parfaite.

Le fait de n'avoir rencontré dans cet épanchement lactescent que des leucocytes à un seul noyau, à l'exclusion des hématies et de toute autre variété de globules blancs, trahit l'origine lymphatique de cette ascite.

Cette observation semble donc prouver que l'étude de la formule leucocytaire de l'exsudat pourra donner parfois des renseignements précis sur la nature de certaines ascites lactescentes d'origine douteuse.

M. Vaquez. — Les cas d'ascite lactescente où l'origine chyleuse du liquide soit indiscutable sont encore rares. M. Widal vient de nous en communiquer un dans lequel l'examen des leucocytes a permis de rattacher l'ascite à sa véritable origine. De mon côté, j'ai observé récemment avec M. Esmonet un fait dans lequel la nature chyleuse du liquide ascitique a pu être décelée d'après les caractères chimiques et histologiques de l'exsudat.

Il s'agissait d'un homme de soixante-treize ans qui entra, au mois d'octobre, à la Maison Dubois pour des troubles dyspeptiques avec ascite. Une première ponction permit de retirer 12 litres de liquide ayant l'aspect du lait et de percevoir, aussitôt après, dans la profondeur de l'abdomen la présence de masses volumineuses qui firent admettre le diagnostic de tumeur maligne. Des ponctions répétées ne soulagèrent que fort peu le malade qui se cachectisa rapidement et quitta l'hôpital presque moribond.

L'ascite était constituée par un liquide contenant 4 ‰ de graisses et 50 ‰ de substances albuminoïdes. L'examen bactériologique, les ensemencements et les inoculations restèrent négatifs. Mais l'examen histologique révéla la présence, au sein du liquide, de fines granulations animées de mouvements browniens. Ces granulations se coloraient en noir par l'acide osmique (ce qui indiquait l'existence de la graisse), lorsqu'on avait eu soin de détruire la cuticule albuminoïde par l'action de l'alcool-éther additionné d'ammoniaque.

Tous ces caractères sont bien ceux qu'on rencontre dans le chyle et, malgré l'absence presque complète de leucocytes, ce qui rapproche ce cas de celui publié autrefois par Straus et le différencie du fait que vient de nous relater M. Widal, l'origine chyleuse de l'ascite ne peut guère être discutée. On sait d'ailleurs que dans le cas de Straus il s'agissait aussi d'un cancer abdominal.

Dextrocardie au cours d'une sclérose tuberculeuse du poumon droit.

M. Barbier communique l'observation d'un homme de vingt-huit ans, ancien syphilitique, chez lequel il a constaté une dextrocardie consécutive à une sclérose du poumon droit. Cette sclérose était elle-même la conséquence d'une poussée de tuberculose survenue à l'âge de treize ans.

La pointe du cœur battait au niveau du mamelon droit, comme s'il y avait eu une inversion complète de ce viscère; il n'en était cependant rien, car l'examen radiographique a montré que le cœur était simplement déplacé en haut et à droite. Le choc constaté à droite était donc dû à une simple propagation des battements cardiaques par un poumon induré.

Au point de vue de la pathogénie on a fait jouer un rôle prépondérant à la pleurésie adhésive. D'après l'orateur, la sclérose du poumon n'est pas un facteur indifférent, car dans toutes les observations on la trouve signalée en même temps que des dilatations bronchiques prises quelquefois pour une pleurésie pseudo-cavitaire.

M. Merklen dit avoir constaté dans deux cas de dextrocardie des ondulations du côté droit du thorax, comparables à celles qu'on observe du côté gauche dans la symphyse cardiaque.

A propos de la médication cacodylique.

M. Dalché. — J'ai expérimenté depuis plusieurs mois le cacodylate de soude en pilules, en injections sous-cutanées et en injections rectales.

Les pilules étaient dosées à 0 gr. 025 milligr. et mes malades en absorbaient en général deux par jour; plusieurs en ont pris pendant vingt-cinq à trente jours consécutifs sans éprouver le moindre accident.

En injections sous-cutanées, le médicament a été administré également à la dose de 0 gr. 025 milligrammes à 0 gr. 05 centigr. par jour, et cela pendant plusieurs semaines sans interruption et sans inconvénient. Les mêmes remarques s'appliquent aux injections rectales.

Les malades que j'ai soumis à la médication cacodylique étaient, pour la plupart, des tuberculeux; les autres étaient atteints d'affections diverses (maladie d'Addison, asthénie généralisée, etc.).

Chez presque tous ces patients, tuberculeux ou non, le traitement a été suivi d'une augmentation du poids, de l'appétit et des forces, mais les lésions pulmonaires ont paru, en général, peu modifiées. Tout ce que je puis dire, c'est que les effets obtenus sont d'autant plus nets que la tuberculose est moins avancée.

M. Hayem. — Le cacodylate de soude se transforme très facilement dans l'estomac et surtout dans l'intestin en oxyde de cacodyle; or, si le cacodylate de soude n'est pas toxique, l'oxyde de cacodyle l'est extrêmement. Je crois donc qu'on doit s'abstenir de la voie buccale aussi bien que de la voie rectale, pour l'administration du cacodylate de soude, et qu'il faut donner la préférence à la voie sous-cutanée. Quant à la valeur thérapeutique de cette médication, je ne suis pas encore en mesure de la préciser, bien que j'y aie eu recours chez une trentaine de malades.

M. Danlos est également d'avis qu'il faut renoncer aux voies stomacale et rectale pour l'emploi du cacodylate de soude, à cause de l'odeur alliacée que ce médicament communique à l'haleine ainsi que des douleurs gastriques et intestinales qu'il détermine souvent.

M. Galliard déclare que si la médication cacodylique relève à coup sûr les forces et l'état général des malades, elle ne paraît exercer aucune action favorable sur les processus tuberculeux.

M. Merklen recommande de s'assurer de l'intégrité fonctionnelle du foie et des reins des patients qu'on se propose de traiter au moyen du cacodylate de soude; il a vu des vomissements incoercibles être la conséquence de l'usage de ce produit chez un tuberculeux qui était atteint en même temps d'un cancer du foie.

Sur deux cas d'abcès gazeux consécutifs à des injections hypodermiques.

M. Guillemot relate, au nom de M. Soupault et au sien, deux cas d'abcès gazeux survenus à la suite de l'injection sous la peau de solutions salées; le *bacillus perfringens* a été constaté dans le pus de ces abcès. Ce bacille peut provenir du dehors à la faveur d'une faute d'antisepsie ou bien passer de l'intestin ou d'un foyer gangreneux dans la circulation; il trouve alors des conditions favorables à son développement dans la lésion locale résultant de l'injection. Ces abcès gazeux présentent en général un pronostic bénin.

A propos du suc gastrique animal.

M. Launois montre des préparations anatomiques qui prouvent que, contrairement à ce qui a été dit au cours d'une précédente séance (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 62), dans l'opération que pratique M. Frémont chez les chiens pour recueillir du suc gastrique, les nerfs de l'estomac sont scrupuleusement conservés.

M. Hayem. — Je reconnais que les filets du pneumogastrique qui se rendent à l'estomac sont conservés sur les pièces que M. Launois vient de nous montrer, mais je maintiens que le suc gastrique sécrété à la suite de l'opération de M. Frémont diffère très sensiblement du suc gastrique normal.

M. Gaucher dépose, au nom de MM. Crespin (d'Alger), Sergent et au sien, une observation de pellagre suivie d'autopsie; celle-ci a permis de constater une dégénérescence graisseuse avec lésions pigmentaires des principaux viscères, une atrophie de la rate, etc.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 février 1900.

Passage du bacille de Koch dans le lait d'une femme tuberculeuse.

MM. Roger et **Garnier**. — Chez une femme atteinte de tuberculose pharyngée et pulmonaire, qui mourut de granulie dix-sept jours après être accouchée, nous avons constaté la présence du bacille de Koch dans le lait, bien que cette femme n'eût offert aucune lésion tuberculeuse cliniquement appréciable de la glande mammaire.

Ce lait, recueilli aseptiquement, fut injecté à deux cobayes : l'un en reçut 4 c.c. sous la peau et mourut au bout de trente-trois jours avec des lésions typiques de tuberculose généralisée; le second en reçut 2 c.c. dans le péritoine et survécut; sacrifié dix mois après l'inoculation, ce cobaye présentait des lésions cicatricielles banales, sans tubercules ni bacilles de Koch.

L'enfant, que sa mère désirait nourrir, prit le sein pendant deux jours seulement; il mourut six semaines après sa naissance. Il présentait des granulations dans les ganglions mésentériques, le foie, la rate et les reins.

Il semble donc que chez cet enfant la principale voie d'apport du bacille, sinon la seule, ait été le tube digestif.

Ce fait prouve, malgré les conclusions de Fede, de Bonis, de Bang, que le lait d'une femme phtisique peut contenir des bacilles de Koch et servir à la transmission de la tuberculose.

Variations dans le débit comparé des deux reins.

MM. Bardier et **Frenkel** (de Toulouse). — De recherches que nous avons faites sur des chiens porteurs de fistules urétérales, il résulte que, à l'état normal, l'écoulement de l'urine se fait d'une façon uniforme et continue dans chaque uretère, et qu'il existe souvent une légère différence dans la sécrétion des deux reins. Chez les animaux en état de pléthore artificielle, cette différence s'exagère au point de faire supposer que même en l'absence de lésions la capacité fonctionnelle des deux reins n'est pas la même.

M. Charrin. — Au point de vue pathologique, le fonctionnement rénal offre à certains égards une discontinuité assez marquée. C'est ainsi que, en dehors des albuminuries intermittentes proprement dites, on trouve des cas d'albuminurie considérée comme continue, d'origine néphritique, qui présentent dans la teneur en sérine des oscillations beaucoup plus grandes que ne le font supposer les descriptions classiques; la proportion peut varier du simple au double, même davantage. Ces phénomènes assurément inconstants semblent influencés par les modifications humorales en rapport avec l'alimentation et, plus encore, par les changements dans la circulation (pression, vitesse, etc., etc.).

Malgré l'intérêt des renseignements fournis par le bleu de méthylène sur la perméabilité des reins, il ne faut pas oublier que d'autres tissus, le foie en particulier, agissent sur ce produit.

Bactériologie du rhumatisme articulaire aigu.

M. Lippmann. — Dans 6 cas de rhumatisme articulaire aigu grave les ensemencements de sang m'ont fourni, à l'exclusion de tout autre microorganisme, un diplocoque à éléments allongés, sans capsules, analogue à celui qui a été décrit par M. Triboulet. Dans un fait j'ai constaté le même diplocoque à l'examen direct de la sérosité pleurale.

L'injection du sang de ces différents malades

à des animaux n'a donné aucun résultat; il en a été de même de l'inoculation des cultures; par contre, l'injection du liquide pleural à une souris a déterminé la mort.

ETRANGER

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 24 février 1900.

Gastrotomie pour extraction d'un râtelier fixé dans l'œsophage.

M. Thiriar. — Il est rare qu'on soit obligé de recourir à l'ouverture de l'estomac pour extraire un corps étranger fixé dans l'œsophage. Je viens d'observer un fait de ce genre chez un jeune homme de vingt et un ans qui avait avalé son râtelier en mangeant. Ce râtelier mesurait 9 centimètres de long sur 4 centimètres de large et se composait d'une plaque en ébonite, de deux dents, d'un crochet en or à l'une de ses extrémités et d'une pointe aiguë à l'autre. Des tentatives d'extraction furent faites le même jour, mais sans résultat; je parvenais bien à saisir au moyen d'une pince spéciale le râtelier fixé à 38 centimètres des arcades dentaires, mais les tractions exercées occasionnaient des douleurs tellement intenses que je dus y renoncer; le crochet du râtelier s'enfonçait dans les parois de l'œsophage et une perforation se serait produite si l'on y avait mis de la violence. La radiographie ne fournit aucune indication.

Le lendemain, je pratiquai la gastrotomie. Après avoir incisé la paroi abdominale sur une étendue de plus de 15 centimètres, j'attirai l'estomac entre les lèvres de l'ouverture et je fis une incision de quelques centimètres afin d'y insinuer deux doigts, mais, ne pouvant arriver au cardia, je fus obligé d'agrandir largement l'incision de façon à faire pénétrer toute la main dans l'estomac. Je pus arriver ainsi au cardia, y introduire deux doigts, toucher et reconnaître la position du râtelier fixé au-dessus du diaphragme. Au moyen d'une longue pince conduite sur ces deux doigts, je parvins à saisir le râtelier par son crochet, à le faire basculer de manière à dégager l'extrémité effilée enfoncée dans l'œsophage et à l'extraire.

Les suites de l'opération furent très simples; dès le second jour, l'opéré put se nourrir avec du bouillon, des œufs, du lait, etc. Au bout de trois semaines il quitta l'hôpital complètement guéri.

L'action de la morphine dans l'asphyxie.

M. Heger. — J'ai constaté que si, chez le chien, on combat l'asphyxie par la respiration artificielle, il devient possible d'injecter sous la peau des doses considérables de morphine (10 grammes chez un animal de 5 kilogrammes, par exemple). Il s'établit une sorte d'accoutumance, de nouvelles doses ne déterminant pas la mort immédiate.

J'ai trouvé, en outre, que la morphine réduit les échanges, même chez l'animal curarisé; cette réduction n'est donc pas due seulement à la diminution ou à la suppression des mouvements musculaires, et l'action réductrice porte évidemment aussi sur les éléments non musculaires ou même sur les muscles curarisés.

Des expériences faites sur des chiens et sur des souris ont montré que la morphine prolonge l'asphyxie dans une atmosphère confinée. Je crois que cette survie s'explique par la réduction des échanges.

Dr KEIFFER.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 24 février 1900.

De l'entéroptose.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Sternberg** a fait remarquer, à propos de la communication de M. Herzfeld (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 67), que l'entéroptose s'observe surtout chez des femmes dont les parois abdominales sont relâchées ou qui présentent une insuffisance des muscles abdominaux. On admet généralement que la masse intestinale est maintenue en place par la pression du foie et l'élasticité de la paroi abdominale. Cette opinion ne repose pas sur une base physiologique, parce que, d'une part, la pression intra-abdominale ne se propage pas d'une façon uniforme dans toutes les directions et, d'autre part, parce que la paroi abdominale n'est pas également extensible sur tous les points.

L'orateur estime que l'entéroptose n'est pas aussi fréquente qu'on le croit généralement, si l'on exclut les individus qui ont un rein mobile ou les parois abdominales relâchées. Au point de vue thérapeutique, M. Sternberg pense qu'il ne faut pas attirer l'attention des malades qui ont un rein mobile sur cette affection, à moins que ce ne soit pour aborder la question de l'opération.

M. Knöpfelmacher considère l'entéroptose comme très rare chez les enfants. Il l'a cependant observée chez deux nourrissons qui avaient un relâchement des parois abdominales. Ce relâchement n'était pas la cause de l'entéroptose, car nombre d'enfants présentent cet état des parois abdominales sans pour cela être atteints d'entéroptose.

M. W. Pauli est également d'avis que l'entéroptose est moins fréquente qu'on ne l'admet généralement.

Au point de vue thérapeutique, il estime qu'il faut surtout se préoccuper de l'insuffisance motrice de l'intestin, mais il n'accorde qu'une médiocre confiance aux moyens mécaniques de contention de cet organe.

M. Kumpf soutient que la pression intra-abdominale ne doit pas être envisagée comme la cause principale de l'entéroptose. La constipation chronique est plutôt la conséquence que la cause de la splanchnoptose.

Torsion intra-abdominale de l'épiploon.

M. Hochenegg a présenté un homme de quarante et un ans, qui fut pris il y a deux mois, peu de temps après la réduction d'une hernie inguinale, de douleurs abdominales et de vomissements avec ballonnement du ventre. Le lendemain une légère amélioration se produisit, mais le troisième jour les accidents s'accentuèrent et l'on constata, au-dessus du ligament de Poupart droit, une rénitence douloureuse à la palpation, qui envahit peu à peu toute la moitié droite de l'abdomen. On pratiqua une laparotomie, croyant qu'il s'agissait d'une pérityphlite. A l'ouverture de l'abdomen il s'écoula une grande quantité de sérosité sanguinolente et on trouva une tumeur très étendue constituée par une masse épiploïque gorgée de sang. L'extrémité supérieure de cette tumeur était formée par une bride mésentérique tordue plusieurs fois autour de son axe.

M. Hochenegg réséqua toute la portion d'épiploon étranglé; immédiatement après, les phénomènes morbides disparurent et le malade guérit.

La torsion intra-abdominale de l'épiploon est un accident très rare; il est probable que dans le cas actuel l'élongation en forme de bride de l'épiploon dans le sac herniaire a été la cause prédisposante de sa torsion au moment de la réduction de la hernie.

M. Heitler a relaté les résultats d'un certain nombre d'expériences qu'il a pratiquées sur des chiens curarisés et qui prouvent, ainsi que l'avait déjà établi la clinique, que le cœur subit des modifications de volume en rapport avec les variations de la pression sanguine.

Dr SCHNIRER.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La ponction lombaire répétée contre l'hydrocéphalie des enfants en bas âge.

On sait que les résultats obtenus jusqu'ici au moyen de la ponction du rachis dans l'hydrocéphalie ont été peu encourageants. Attribuant ce fait à ce que la ponction lombaire n'a été pratiquée généralement qu'un petit nombre de fois chez le même malade, M. le docteur J. Grober, assistant de M. le docteur Stintzing, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine d'Iéna, a essayé, chez deux enfants rachitiques et hydrocéphaliques, de faire des extractions fréquemment répétées de liquide céphalo-rachidien. Les ponctions ont été pratiquées une fois par semaine, d'après la méthode bien connue de Quincke, au nombre de vingt cinq dans un cas et de douze dans l'autre.

Le premier petit malade peut être considéré actuellement comme guéri. Avant le traitement, il était incapable de se tenir debout, de se servir de ses mains et de parler; la grande fontanelle se trouvait largement ouverte. Sous l'influence des ponctions lombaires, associées à une alimentation fortifiante, ainsi qu'à l'usage de l'huile de foie de morue phosphorée, l'enfant n'a pas tardé à parler, puis à marcher; sa fontanelle s'est considérablement rétrécie.

Dans le second cas où le crâne était énorme, l'effet des ponctions a été moins complet, quoique nettement favorable : le nystagmus rotatoire, qui auparavant était incessant, ne se montre plus qu'à la suite d'émotions et l'enfant peut saisir les objets qu'on lui présente. Cependant, il n'a pas appris à parler ni même à se tenir assis.

L'orthoforme en solution alcoolique contre les crevasses du sein.

MM. les docteurs A. Einhorn et R. Heinz (de Munich) avaient, dès 1897, signalé les gerçures du mamelon parmi les lésions douloureuses justiciables de l'action éminemment analgésique de l'orthoforme (Voir *Semaine Médicale*, 1897, Annexes, p. CLXII). Depuis lors ce médicament a été souvent employé contre les gerçures du sein, et notamment dans le service de M. le docteur Maygrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine et accoucheur des hôpitaux de Paris (Voir *Semaine Médicale*, 1898, Annexes, p. CCXXVI). Les résultats obtenus ont été en général excellents en ce qui concerne l'effet anesthésique du remède, mais on a observé parfois des accidents imputables à l'orthoforme, substance qu'on avait au début considérée, à tort, comme dénuée de toute toxicité.

Pour éviter ces accidents, M. le docteur R. Blondel (de Paris) conseille de ne pas se servir d'orthoforme incorporé dans des huiles ou des pommades, qui favorisent l'absorption de ce produit, et de l'appliquer en nature. Mais, afin de n'employer que la quantité strictement nécessaire du médicament et de le mettre en contact intime avec la petite plaie, notre confrère fait usage d'une solution saturée d'orthoforme dans de l'alcool à 40°, dont il verse 2 ou 3 gouttes sur la fissure. L'alcool s'évapore rapidement déposant l'orthoforme sur les tissus. On recouvre ensuite d'une compresse boriquée et on attend pour donner le sein à l'enfant que l'action analgésique se soit manifestée, ce qui nécessite au moins une demi-heure.

Valeur de l'adonis vernalis dans l'épilepsie.

Les opinions sur l'efficacité à l'égard de l'épilepsie de l'adonis vernalis, introduit dans la thérapeutique de cette affection par M. le professeur Bechterev (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 555), sont encore très partagées et il est des cliniciens qui ne reconnaissent à ce remède aucune action sur les attaques du mal comitial. Cela étant, M. le docteur G. Gianni a jugé opportun d'instituer à l'asile d'aliénés de Rome des essais comparés qui ont consisté à administrer à des épileptiques, pendant des périodes de durée égale, tantôt une simple infusion d'adonis vernalis, tantôt du bromure de potassium associé ou non à la belladone. Notre confrère a aussi laissé ces malades pendant un même laps de temps sans aucun traitement.

Ces expériences ont montré que l'adonis n'influence en aucune façon la fréquence des accès convulsifs, mais qu'il est cependant susceptible d'en modérer l'intensité. En conséquence, si dans la mixture que M. Bechterev a préconisée contre l'épilepsie et qui se compose d'une infusion de feuilles d'adonis vernalis, de bromure de potassium et de codéine, le médicament actif est incontestablement le bromure, on ne saurait cependant nier que l'adonis ne puisse y être d'une certaine utilité.

CLINIQUE DES MALADIES SYPHILITIQUES

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur A. FOURNIER.

Evolution du tertiarisme.

Lorsque nous essayons de répartir en périodes, en stades chronologiques, les manifestations successives d'une maladie quelconque, nous n'avons en rien la prétention d'établir entre les divers groupes de symptômes qui composent cette maladie des limites précises, des frontières mathématiques. La nature en effet (et pas plus la nature pathologique que la nature physiologique) ne se prête guère à ces délimitations précises et absolues.

Il en est ainsi en l'espèce, bien que la syphilis procède, plus que toute autre maladie, avec une certaine discipline chronologique.

Il est donc impossible d'établir une limite formelle où finit la période secondaire et où commence la période tertiaire. Il est parfois impossible même (la chose est rare, mais vraie) de définir le caractère secondaire ou tertiaire de certains accidents de la diathèse. La preuve en est qu'on a taxé quelques-uns de ces accidents (le sarcocèle, par exemple, ou certaines formes de syphilides ulcéro-crustacées) du nom d'accidents *secondo-tertiaires* ou d'*accidents de transition*, parce qu'ils participent à la fois des caractères propres aux manifestations de l'une et de l'autre période. Je le répète, toujours un certain vague et quelque peu d'arbitraire président aux divisions pathologiques, et la division de la syphilis en étapes n'échappe pas plus qu'aucune autre au reproche en question.

Mais, cela dit, il n'en est pas moins vrai que, pour la généralité des cas, la période tertiaire se différencie absolument de la secondaire, et cela de par les caractères propres de ses accidents et de par ses *échéances d'apparition* qu'il me reste à déterminer.

I. — *Tout d'abord, comment se fait le passage de la période secondaire à la période tertiaire?*

De deux façons : l'une rare, voire presque exceptionnelle; l'autre habituelle, constituant ce qu'on peut appeler la règle.

La première consiste en une sorte de *fusion* contemporaine et momentanée des deux périodes, par une sorte de *chevauchement* réciproque de l'une de ces périodes sur l'autre.

Dans ce cas, voici ce qu'on observe : au milieu d'accidents d'ordre secondaire, entrée en scène d'un accident d'ordre tertiaire. Exemple : un malade est atteint, je suppose, d'une poussée secondaire caractérisée par des syphilides papuleuses, des syphilides psoriasiformes de la paume de la main et des croûtes du cuir chevelu; puis, au milieu de ce groupe morbide, apparaît un sarcocèle ou bien une gomme du tissu cellulaire. En sorte que, simultanément, on constate sur ce malade des manifestations relevant et de la période secondaire et de l'état tertiaire.

Mais cela est rare, relativement rare tout au moins, et je ne pense guère exagérer en disant que cette entrée en scène du tertiarisme en coïncidence avec une poussée secondaire ne s'observe guère plus de 2 ou 3 fois sur 100.

Le second mode est, au contraire, *le mode usuel*, courant, celui qu'on rencontre 97 ou 98 fois sur 100.

Il consiste en ceci :

Entr'acte plus ou moins long et entr'acte absolument silencieux séparant les deux périodes. Auquel cas, la scène est la suivante :

La période secondaire a évolué, et ses derniers accidents ont disparu. Alors, plus rien ne se produit pour un temps. Silence morbide complet. On pourrait croire le sujet guéri; et c'est là, en effet, le leurre usuel de nombre de malades qui, trompés par cette accalmie, se croient débarrassés, « libérés » à l'égard de la syphilis, et se disent : « C'est fini; n'y pensons plus : je suis guéri ».

Les choses, alors, restent ainsi en l'état un laps de temps des plus variables que tout à l'heure nous apprécierons mieux, à savoir des mois ou des années, voire de longues années (dix, quinze, vingt ans et plus, par exemple). Puis, à échéance quelconque, se produit ce qu'on appelle l'*explosion tertiaire*.

Ainsi procède l'évolution syphilitique dans la quasi-totalité des cas.

II. — *A quel âge de la syphilis se fait la première entrée en scène du tertiarisme?*

Formulée de la sorte, cette question ne comporte d'autre réponse générale que celle-ci : l'entrée en scène du tertiarisme peut se faire *à tout âge* de la syphilis.

A tout âge, c'est-à-dire soit d'une façon précoce, très précoce, par exemple dès la première année de l'infection; — soit d'une façon tardive, très tardive, extraordinairement tardive, à savoir trente, quarante, cinquante ans et au delà après le chancre; — soit enfin, et beaucoup plus fréquemment, entre ces deux limites extrêmes.

Gardons-nous bien d'établir entre ces éventualités diverses et opposées une moyenne qui ne serait que trompeuse, et disons simplement ceci : « La première invasion du tertiarisme est possible à tout âge de l'infection », nous réservant d'évaluer dans un instant les proportions de fréquence suivant lesquelles se fait cette première invasion aux divers âges de la maladie.

III. — *Jusqu'où s'étend la période tertiaire?* C'est-à-dire jusqu'à quel âge de la syphilis se prolonge l'état tertiaire, à savoir la faculté pour la maladie de se traduire par un accident spécifique?

Cela nous l'ignorons, et pourquoi? Parce que nous n'avons pas encore de critérium différentiel entre *l'état tertiaire latent*, c'est-à-dire ne s'accusant par aucun phénomène morbide, et un état syphilitique *éteint*, si tant est que la syphilis puisse s'éteindre. Je m'explique : voilà un homme qui, syphilitique, n'a plus rien éprouvé de syphilitique depuis trente ou quarante ans, je suppose. Cet homme est-il encore sous le coup de la syphilis, ou bien en est-il guéri? Impossible à nous de le dire, car nous n'en savons rien et nous n'avons aucun moyen de le savoir. Et même — remarquons ceci au passage — ce n'est pas pour les malades un des côtés les moins poignants de la syphilis que cette *pérennité d'incertitude* sur leur état de guérison ou de non-guérison. Combien de fois n'ai-je pas entendu mes clients se lamenter à ce propos : « Docteur, de grâce, dites-moi où j'en suis avec ma syphilis? En ai-je ou non fini avec elle? Car c'est un supplice de vivre ainsi dans des transes continuelles, toujours avec l'incertitude du lendemain, toujours en ignorance de mon état de guérison ou de non-guérison ».

En revanche, ce que nous savons très bien, de par d'innombrables faits cliniques, c'est que l'état tertiaire dure certainement un laps de temps *fort long*.

D'abord, les cas abondent où l'on a vu des accidents tertiaires se produire quinze et vingt ans après le début du chancre.

Au delà de trente et quarante ans d'infection on compte encore des exemples assez nombreux et aussi incontestables que possible de manifestations de même ordre.

Puis, de tels exemples deviennent naturellement de plus en plus exceptionnels, et pour cause, la mort s'étant chargée pour sa part d'en diminuer le nombre. Mais, enfin, on a vu des cas bien avérés d'invasion tertiaire à cinquante et cinquante-cinq ans de date au delà du début morbide. Tel est un fait que j'ai communiqué jadis à la Société médicale des hôpitaux, fait relatif à un vieillard qui avait contracté la syphilis à l'âge de dix-sept ans. Cet homme, à soixante-neuf ans, fut atteint d'une lésion osseuse du maxillaire, lésion qui fut diagnostiquée syphilitique par Ricord, Nélaton et Demarquay. Et ce n'est pas tout, car, trois ans plus tard, c'est-à-dire à soixante-douze ans, je constatai sur lui une énorme gomme de la cuisse, gomme incontestable, qui guérit avec une rapidité significative sous l'influence de l'iodure de potassium.

Ainsi, voilà une syphilis ayant duré plus d'un demi-siècle!

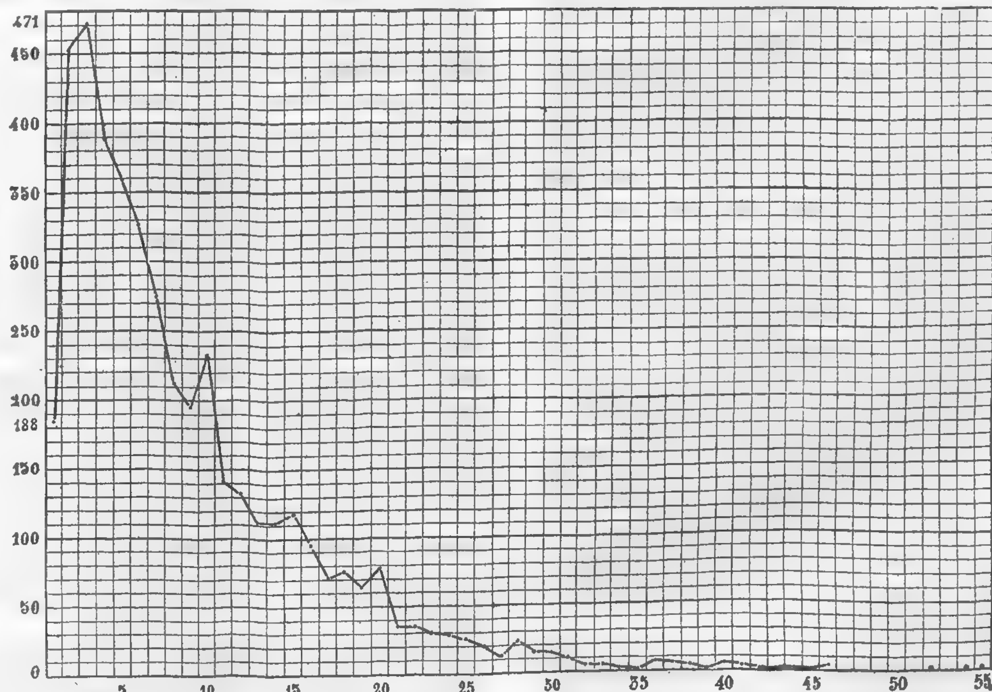
Encore n'est-ce pas là le terme maximum de longévité qu'on ait reconnu à la syphilis, car on a cité quelques cas où des accidents tertiaires se seraient produits sur des sujets dont l'infection remontait à soixante, soixante-cinq, soixante-sept ans! Rappelez-vous le cas du docteur Petit, concernant un vieillard qui fut atteint, à *quatre-vingt-sept ans*, d'une syphilide tuberculo-crustacée comme conséquence d'une syphilis contractée à l'âge de *vingt ans!*

Soit dit au passage, ces échéances du tertiarisme à termes aussi prodigieusement éloignés du début de l'infection contiennent pour nous, médecins, un enseignement majeur, à savoir que : étant donné en pratique un accident qui semble devoir être rattaché à la syphilis, il ne faut pas craindre d'en rechercher l'origine dans les antécédents même les plus éloignés.

IV. — *Quelle est la fréquence relative du tertiarisme aux divers âges de la syphilis?*

La fréquence des invasions tertiaires est essentiellement variable suivant les divers âges de la maladie.

De cela témoigne d'abord l'observation courante; de cela va témoigner numériquement une statistique faite à cette intention et que j'ai schématisée dans le graphique et le tableau que je fais passer sous vos yeux.



Sur 4,400 malades de la ville (4,000 hommes et 400 femmes), j'ai pu déterminer exactement la date d'apparition d'accidents tertiaires de divers ordres ou, pour mieux dire, de tous ordres, et je suis arrivé aux chiffres que voici.

ACCIDENTS DE FORME TERTIAIRE AYANT FAIT LEUR INVASION AUX ÉCHÉANCES SUIVANTES :

1re année....	188 (1)	26e année.....	20
2e —	453	27e —	14
3e —	471	28e —	21
4e —	388	29e —	15
5e —	357	30e —	17
6e —	326	31e —	11
7e —	274	32e —	6
8e —	211	33e —	7
9e —	195	34e —	4
10e —	233	35e —	2
11e —	142	36e —	5
12e —	134	37e —	5
13e —	114	38e —	3
14e —	113	39e —	3
15e —	117	40e —	5
16e —	95	41e —	4
17e —	70	42e —	2
18e —	75	43e —	2
19e —	66	44e —	1
20e —	78	45e —	1
21e —	36	46e —	2
22e —	35	52e —	1
23e —	30	54e —	1
24e —	29	55e —	1
25e —	26		

De cette statistique découlent des notions de toute première importance. Ainsi :

1° L'entrée en scène du tertiarisme se fait *dès la première année* de l'infection, et cela dans une proportion importante (4.2 %), presque équivalente au quotient du tertiarisme au cours des huitième et neuvième années de la syphilis.

2° Dès la seconde année commence un brusque *élan ascensionnel* du tertiarisme, dont le quotient de fréquence se trouve immédiatement plus que doublé (dans la proportion de 2.4 à 1). Avec cette seconde année, donc (qu'on remarque bien ceci), le tertiarisme avoisine déjà l'apogée de fréquence qu'il doit atteindre.

3° *Il atteint cet apogée avec la troisième année* de la maladie, où le quotient de fréquence devient au pourcentage de 10.7.

C'est dire que cette troisième année réalise à elle seule environ 11 % du total complet des échéances morbides du tertiarisme. Elle constitue donc l'année *culminante* du tertiarisme, l'année féconde par excellence en accidents tertiaires, l'année *terrible* pour les malades.

4° La quatrième année inaugure le *déclin* de fréquence du tertiarisme.

En autres termes, dès cette quatrième année les manifestations de la maladie deviennent de moins en moins communes, et le decrescendo ne fera plus que s'accentuer dans toutes les années suivantes sans exception.

Ce déclin, à peu près régulièrement progressif, est tel que, vers la neuvième année, le quotient tertiaire devient environ la moitié de ce qu'il était au cours de la quatrième année. C'est-à-dire que la neuvième année compte à peu près moitié moins d'accidents tertiaires que n'en comptait la quatrième.

5° Au delà, même décroissance continue, mais plus lente; si bien que, vers la vingt et unième année, le quotient tertiaire devient le *quart* de ce qu'il était dix ans auparavant (0.8 % au lieu de 3.2 %).

6° Dix ans plus tard, il s'est encore abaissé d'un tiers environ (0.3 % au lieu de 0.8 %).

7° Au delà de la trente et unième année l'abaissement devient tel que les cas de tertiarisme se réduisent à quelques unités.

Puis, finalement, après la quarantième année on n'en trouve plus que quelques cas très clairsemés (une quinzaine pour quinze ans). C'est l'*extinction* du tertiarisme.

De tout ce qui précède qu'avons-nous à retenir comme résultats majeurs, comme grandes lignes de l'évolution du tertiarisme ? Ceci :

C'est que le quotient annuel du tertiarisme s'élève rapidement de la première à la troisième année, pour atteindre son *fastigium au cours de cette troisième année*.

C'est qu'au delà il ne fait plus que décroître très rapidement jusque vers la onzième année, plus lentement après.

C'est que, au delà de vingt ans, le tertiarisme s'abaisse, au pourcentage, au-dessous de l'unité, c'est-à-dire devient relativement rare; — pour devenir très rare après trente ans environ; — et quasi-exceptionnel (relativement, toujours) au delà de quarante.

Voilà pour les grandes lignes.

C'est qu'enfin, dans toute l'étape tertiaire, il y a surtout *trois années tristement privilégiées* par le contingent considérable qu'elles apportent au tertiarisme, à savoir : la *deuxième*, la *troisième* et la *quatrième*, avec prédominance pour la troisième. Ce sont là, peut-on dire, les *trois années néfastes* du tertiarisme, puisque, à elles seules, elles fournissent à peu près le tiers (exactement les trente centièmes) du total des accidents tertiaires.

Finalement, si l'on découpait l'existence totale de la syphilis tertiaire par tranches de dix années on arriverait, comme quotient fourni au tertiarisme par chacune de ces tranches décennales, aux résultats suivants :

Pour le groupe des dix premières années, 70 % ;

Pour le groupe des dix années suivantes (onze à vingt), 22.3 % ;

Pour le groupe des dix suivantes (vingt et un à trente), 5 % ;

Pour le groupe des dix suivantes (trente et un à quarante), 1 % ;

Et, pour le groupe des années ultimes (quarante et un à cinquante-cinq), 0.28 %.

Permettez-moi de le dire, je considère comme majeurs les résultats de cette statistique, et cela à deux points de vue que voici :

1° Scientifiquement, ils nous fournissent des documents numériques d'une précision que je crois vraie sur l'évolution générale du tertiarisme et sur sa fréquence relative aux diverses étapes de l'infection.

2° D'autre part, ils sont de nature à offrir aux malades une véritable *consolation*. Je m'explique.

Il n'est pas que des indifférents vis-à-vis de la syphilis, c'est-à-dire il n'est pas que des malades qui en prennent leur parti et qui, résignés, ne s'en soucient plus. Il en est, au contraire, bon nombre (j'ai appris cela, non pas à l'hôpital, mais dans mon cabinet de par les doléances de mes clients) que l'inquiétude de leur état poursuit, obsède et persécute presque indéfiniment, si bien qu'après dix, quinze et vingt ans d'infection, ils ne sont guère plus consolés ni moins anxieux qu'au début.

Combien n'en ai-je pas entendus me dire, même à propos de syphilis anciennes et depuis longtemps muettes : « Docteur, je sais de reste qu'on ne guérit jamais de la syphilis; mais dites-moi donc, de grâce, ce à quoi je dois m'attendre encore et si je dois bientôt devenir infirme ou gâteux »; ou bien encore (et c'est là le prétexte usuel qu'ils inventent pour être renseignés sur leur état) : « Docteur, on me propose en ce moment une grosse affaire, une grande entreprise; mais je n'ose me risquer, car avec la syphilis on ne va pas bien loin, et, si je suis destiné à disparaître bientôt, je ne voudrais pas me hasarder dans une aventure où pourraient sombrer avec moi ma fortune et celle des miens ».

Eh bien, à ces *affligés de la vérole* nous sommes autorisés à répondre, de par nos connaissances acquises sur l'évolution de la syphilis, que *les dangers du tertiarisme décroissent singulièrement avec le temps*, que plus la syphilis vieillit, plus ses méfaits deviennent rares, et cela dans des proportions considérables, à ce point qu'un malade, surtout s'il s'est traité, n'a guère plus *rien à craindre d'elle* à une étape distante du début de l'infection.

De cela témoignent péremptoirement les chiffres que je viens de produire, et, ne seraient-ils bons qu'à cette démonstration, je ne regretterais pas d'avoir attiré votre attention sur ce point particulier.

(1) Le chiffre brut des accidents tertiaires constatés dans cette première année est de 278; mais j'ai cru devoir déduire de ce chiffre 90 cas relatifs à une forme toute spéciale de syphilis, dite syphilis maligne précoce.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 mars 1900.

Sur les abcès dysentériques du foie.

M. Kelsch, à propos de trois cas d'hépatites suppurées qu'il a observés récemment, présente les remarques suivantes :

Le caractère fondamental de la suppuration hépatique des pays chauds réside dans sa connexion étroite avec la dysenterie. Mais quelle est la nature de la relation qui unit ces deux affections ?

En 1845, Budd s'efforça d'établir que la dysenterie précède toujours l'abcès du foie. Cette théorie de la métastase pyémique fut accueillie avec une grande faveur et resta longtemps classique; il semble même qu'elle subsiste encore dans l'esprit de beaucoup de médecins. Rien pourtant n'est plus faux.

Tout d'abord l'évolution clinique de ces abcès est bien différente de celle des abcès pyémiques, tandis que par sa marche irrégulière, ses rémissions, ses paroxysmes, ses tendances aux récidives et à la chronicité, l'hépatite suppurée rappelle les traits fondamentaux de l'évolution de la dysenterie.

D'autre part, le processus anatomique de cette hépatite est semblable à celui de la dysenterie : dans les deux cas, la lésion fondamentale est une nécrose, dont la différence d'allures, dans le foie et l'intestin, tient à la différence de structure des deux organes.

Enfin, l'analyse minutieuse de près de 500 observations m'a permis de constater que, 85 fois sur 100, l'hépatite suppurée se trouve associée à la dysenterie.

Dans la grande majorité des cas, les déterminations intestinales et hépatiques débutent simultanément; d'autres fois elles apparaissent à des époques distinctes, et, alors, c'est tantôt la dysenterie, tantôt l'hépatite qui ouvre la scène; souvent la rétrocession de l'une de ces affections est le signal de l'entrée en scène de l'autre; ces alternatives peuvent se présenter plusieurs fois dans le cours de la maladie et témoigner ainsi d'une sorte de pénétration mutuelle des deux affections l'une par l'autre.

Il me semble donc de toute évidence qu'une relation étroite unit les deux déterminations hépatique et intestinale. Tout porte à croire que l'hépatite suppurée et la dysenterie relèvent d'une seule et même cause, mais ce n'est encore là qu'une hypothèse. Nous ne serons fixés à cet égard que lorsque nous connaîtrons le microbe pathogène de la dysenterie et que nous aurons réalisé avec cet agent l'abcès du foie. Or, malgré les intéressantes recherches bactériologiques qui ont été publiées dans ces derniers temps sur cette question, ce microbe reste encore à découvrir.

Du traitement de l'obésité.

M. Debove. — Je vous présente un homme de cinquante-cinq ans que je viens de soumettre à une cure d'amaigrissement.

A son entrée dans mon service, il pesait 147 kilogrammes; actuellement, c'est-à-dire après moins d'un an de traitement, il ne pèse plus que 94 kilogrammes, soit 53 de moins que son poids primitif.

La mère et un frère de cet homme sont obèses; il était donc héréditairement prédisposé à sa maladie. C'est à partir de vingt-cinq ans qu'il a commencé à engraisser; l'obésité a été favorisée chez lui par une existence sédentaire, par une suralimentation habituelle et par des habitudes alcooliques.

A cette obésité vinrent s'ajouter deux maladies qui l'accompagnent fréquemment, la gravelle et la goutte.

Il était nécessaire de faire maigrir ce malade, car il était devenu complètement impotent.

Quelle méthode curative fallait-il employer?

Il y en a trois principales: la première consiste dans l'administration de médicaments, les préparations thyroïdiennes, par exemple; mais cette médication est dangereuse, surtout si elle doit être continuée longtemps; en outre, ses résultats sont purement passagers; pour ces deux raisons, je n'ai pas cru devoir y recourir chez mon malade.

Dans la seconde méthode, on cherche à augmenter la dépense, en faisant prendre de l'exercice au sujet. Ce procédé ne pouvait être conseillé dans le cas actuel, le patient étant incapable de quitter le lit.

Restait la troisième méthode, dans laquelle on se borne à nourrir insuffisamment le malade, de façon à l'obliger à brûler sa graisse; c'était la seule applicable dans l'espèce.

Cet homme prit, pendant le premier mois de la cure, 2 litres et demi de lait cru par jour, le second mois 2 litres et le troisième 1 litre seulement. Il perdit ainsi 15 kilogrammes les deux premiers mois et 5 kilogrammes le troisième.

Pendant les quatre mois suivants, le malade ne prit qu'un litre de lait chaque jour; au bout de ce temps, il ne pesait plus que 105 kilogrammes, mais il cessait de maigrir.

Je lui prescrivis alors le régime suivant: légumes cuits, salades et fruits à discrétion. Sous l'influence de cette alimentation, il perdit encore une dizaine de kilos. Actuellement, comme je l'ai dit, il ne pèse plus que 94 kilos. Cet homme n'a pas seulement maigri, il a recouvré la santé et récupéré son activité physique et morale, et j'espère que ces résultats se maintiendront.

Rapports de l'appendicite avec la grossesse.

M. Pinard relate un certain nombre d'observations qui démontrent que l'appendicite peut se rencontrer chez les femmes enceintes, primipares ou multipares, à toutes les périodes de la grossesse.

En raison de l'allure foudroyante que revêt souvent cette maladie chez les femmes gravides, il importe, d'après l'orateur, de la reconnaître le plus tôt possible.

Ce diagnostic précoce ne présente pas, en général, de grandes difficultés. L'utérus gravide, pas plus que les signes dits sympathiques de la grossesse, ne masquent les symptômes fondamentaux de l'appendicite. La douleur et la défense musculaire, en particulier, ne font jamais défaut.

Si l'utérus est incliné à droite et s'il se contracte pendant la grossesse, on se rappellera que les contractions normales de cet organe sont indolores. Toute douleur abdominale doit donc éveiller l'attention chez les femmes enceintes, surtout lorsqu'elle apparaît et reste localisée au niveau de la fosse iliaque droite.

Si cette douleur n'est pas le résultat des contractions de l'utérus, c'est-à-dire s'il n'y a pas menace d'avortement ou d'accouchement prématuré, on doit penser immédiatement à la possibilité de l'existence d'une appendicite.

De même, les vomissements de la femme enceinte présentent un cachet spécial dont la caractéristique est de ne pas être accompagnés ni suivis d'hyperthermie. Même dans le cas de vomissements dits incoercibles, on peut noter de l'accélération du pouls, mais la température reste toujours normale. Il faut donc se méfier, pendant la gravidité, de toute indigestion accompagnée de vomissements et de fièvre.

Quant à la péritonite de la grossesse, elle n'existe pas en tant qu'entité morbide essentielle. A l'époque où l'on ne connaissait pas l'appendicite, on disait que les femmes enceintes mouraient de péritonite causée par des ruptures d'adhérences, par des déchirures de la matrice, etc., etc. On sait aujourd'hui que ces déchirures et ces ruptures ne s'observent jamais, si ce n'est à la suite de traumatismes.

Il résulte de ces considérations que le diagnostic de l'appendicite peut se faire dans la majorité des cas pendant la grossesse. Le point capital est de penser à la possibilité de cette affection.

M. Ducroquet présente huit enfants qu'il a traités, par la réduction et l'immobilisation dans un appareil, pour des luxations congénitales de la hanche. Chez tous ces petits malades, la tête du fémur a repris sa place dans la cavité cotyloïde, ainsi que l'a montré la radiographie.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 février 1900.

Sérothérapie du charbon symptomatique.

M. S. Arloing. — Les résultats fournis jusqu'ici par la sérothérapie du charbon symptomatique étant très imparfaits, j'ai expérimenté le sérum d'une génisse préparée depuis six mois. Ce sérum s'est montré doué de propriétés préventives et curatives; en effet, injecté à la dose de 10 c.c. dans le tissu cellulaire d'un mouton de 30 kilogrammes, il rend celui-ci réfractaire à l'inoculation sous-cutanée d'une dose mortelle de virus; si le sérum est injecté dans une veine, une dose dix fois plus petite est suffisante pour conférer l'immunité; enfin, il suffit d'une dose quarante fois moindre, si le sérum et le virus, préalablement mélangés, sont injectés ensemble.

Au point de vue des effets curatifs, on n'obtient de résultats favorables que si le sérum intervient très rapidement après l'infection: par voie sous-cutanée, une dose largement préventive ne peut arrêter la marche d'une inoculation mortelle que pendant les trois premières heures; par voie sanguine, la même dose est encore curative au bout de neuf heures, mais elle ne l'est plus à la douzième heure. Ce sérum conserve ses propriétés quand on le dessèche rapidement à l'air libre, à la température de 38°.

Traitement de l'infection tuberculeuse par le plasma musculaire.

MM. Héricourt et **Richet.** — Pour étudier le mécanisme de l'action thérapeutique de la viande crue dans la tuberculose, nous avons fait une série d'expériences desquelles il résulte d'abord que si la viande cuite ne produit pas les mêmes effets que la viande crue, cela tient à ce que la cuisson détermine la coagulation de certains ferments albuminoïdes. Mais le point important de nos recherches visait la partie active de la viande: pour cela nous avons séparé la pulpe d'avec le plasma musculaire et nous avons trouvé que ce dernier était seul véritablement actif. Ce sont donc les principes solubles dans l'eau qui représentent la partie active de la viande.

Il ne s'agit pas ici d'un phénomène de suralimentation ni même d'alimentation, la quantité d'azote contenue dans le plasma étant très faible, mais d'une action immunisante analogue à celle des produits animaux injectés dans les veines; c'est une véritable opothérapie musculaire, que nous proposons de nommer *zômothérapie*.

Action des courants de haute fréquence et de haute tension sur la tuberculose pulmonaire chronique.

M. E. Doumer. — Depuis plus de quatre ans, je poursuis l'étude de l'action que les courants de haute fréquence et de haute tension exercent sur la marche et sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire chronique. Mes essais thérapeutiques ont porté sur 17 malades des deux sexes, tuberculeux à des degrés divers, et soignés dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille. Chez tous ces malades, je promenais pendant cinq à douze minutes, chaque jour ou seulement tous les deux jours, l'effluve provenant d'un puissant appareil sur la surface du thorax correspondant aux lésions tuberculeuses, tant en avant qu'en arrière, et sans chercher à éviter les étincelles longues et grêles qui éclatent parfois entre l'électrode et le malade.

La conclusion que je puis tirer des résultats obtenus, c'est que la plupart des symptômes cèdent au bout d'un temps variable, et que l'évolution de la maladie est enrayée.

Dès la cinquième ou huitième application, les transpirations nocturnes commencent à diminuer, pour cesser complètement vers la quinzième séance; l'atténuation et la disparition de la fièvre vespérale se font à peu près dans le même délai; c'est aussi vers la quinzième application que l'appétit commence à être heureusement influencé.

Vers la fin du second mois, la toux devient moins persistante et moins pénible, l'expectoration subissant des modifications parallèles; mais pour ces deux symptômes, on assiste à de fréquents retours en arrière, et ils ne disparaissent d'une façon définitive qu'à la fin du traitement.

Enfin, plus tard, au bout de trois à quatre mois, les signes stéthoscopiques eux-mêmes se modifient et finissent par n'être plus perceptibles vers le sixième ou le huitième mois.

Chez 5 de mes 17 malades, le traitement est terminé depuis plus de deux ans, et la guérison symptomatique s'est maintenue parfaite.

Elimination du cacodylate de soude par les urines après absorption par la voie stomacale.

MM. H. Imbert et **E. Badel.** — Nous avons constaté qu'après ingestion de cacodylate de soude l'arsenic peut être décelé dans l'urine dès la première miction, et que son élimination se poursuit pendant près d'un mois; nous avons en outre vérifié, au cours de nos recherches, le fait déjà observé par M. A. Gautier, à savoir que le cacodylate de soude administré par la bouche diminue notablement, pendant plusieurs jours, la quantité d'urine émise.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 février 1900.

Traitement de l'hématocèle rétro-utérine.

M. Reynier. — Depuis 1890, j'ai opéré 39 hématocèles, grossesses extra-utérines ou inondations péritonéales, en comprenant sous le nom d'hématocèles les épanchements sanguins limités, coïncidant avec une salpingite hémorrhagique. Déjà, en 1895, j'ai communiqué au Congrès français de chirurgie (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 475) une série de 12 laparotomies, pour 9 hématocèles, 2 grossesses extra-utérines et 1 inondation péritonéale; toutes avaient été suivies de guérison. Sur les 39 cas que je vous apporte aujourd'hui, j'ai pratiqué 31 fois la laparotomie: 6 fois il s'agissait d'une grossesse de deux à quatre mois; 4 fois je me suis vu en présence d'une inondation péritonéale, et j'ai eu 2 morts et 2 guérisons; dans 21 cas j'ai trouvé des hématocèles simples, et il ne s'est produit qu'un seul décès.

Parmi les cas dans lesquels j'ai fait l'incision du cul-de-sac, j'ai dû pratiquer une fois l'hystérectomie consécutive pour remédier à une infection du foyer qui se vidait mal et qui remontait jusque dans les fosses iliaques; la malade succomba. Dans un autre fait, la laparotomie immédiate m'a été imposée par une hémorrhagie grave.

Sur mes 31 laparotomisées, 8 ont subi l'ablation bilatérale des annexes, trouvées malades; plusieurs fois, j'ai vu des femmes réclamer une nouvelle intervention pour des lésions semblables, après avoir été antérieurement opérées pour une hématocèle par la simple incision vaginale.

Je désire ajouter à cette statistique quelques cas que j'ai pu recueillir, dans lesquels l'incision du cul-de-sac postérieur a été suivie d'hémorrhagie grave, immédiate ou tardive. Je vous en ai déjà cité un; M. Peyrot vient de m'en communiquer un autre; M. Routier a également fait une laparotomie dans les mêmes conditions; de même M. Potherat a observé, sept jours après la colpotomie, une hémorrhagie grave qui a nécessité la laparotomie; enfin M. Richelot a vu une hémorrhagie tardive être suivie de mort.

Je crois que les résultats donnés par la laparotomie justifient mon opinion sur la colpotomie qui, suffisante pour de petites hématocèles, est une opération peu sûre lorsqu'on est en présence d'hématocèles trop volumineuses et de date relativement récente.

Cancer de l'estomac.

M. Hartmann. — La mortalité de la pylorectomie est actuellement inférieure à celle que donnait l'hystérectomie pour fibromes il y a une dizaine d'années. Tout le monde est donc d'accord au point de vue de l'indication opéra-

toire, mais il est un certain nombre de points qu'il importe de préciser.

Le cancer se propage peu sur le duodénum, mais il s'étend cependant quelquefois assez loin, par les lymphatiques, au-dessous de la muqueuse qui paraît saine, de sorte qu'il est nécessaire de placer la section du duodénum bien au delà des limites apparentes de la lésion épithéliomateuse. Outre la tendance qu'a l'épithélioma du pylore à se propager principalement sur la petite courbure, c'est encore dans cette région que se fait l'envahissement ganglionnaire. Il faut donc toujours enlever presque totalement la petite courbure, dans les résections de l'estomac pour cancer; c'est là une règle opératoire qui découle des constatations anatomiques que je viens d'indiquer.

M. Delagénière (du Mans) communique une observation de kyste du pancréas traité par la marsupialisation et suivi de guérison.

M. Laurens lit une observation d'abcès extra-dural, consécutif à une mastoïdite d'origine otitique, et ouvert avec succès.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 mars 1900.

De la médication cacodylique.

M. Widal. — J'ai expérimenté avec M. Prosper Merklen la médication cacodylique chez différents malades, notamment chez des tuberculeux et des leucocythémiques.

Nous avons fait usage de cacodylate de soude en injections sous-cutanées à la dose quotidienne de 0 gr. 05 ou 0 gr. 10 centigr., exceptionnellement de 0 gr. 02 centigr.

Chez des tuberculeux avancés atteints de lésions ulcéreuses ou de pneumonie caséeuse, ce traitement n'a pas eu grande action. Par contre, chez des tuberculeux au début, ne présentant que des lésions encore localisées, le cacodylate de soude a relevé rapidement l'appétit et les forces et s'est montré un excellent adjuvant des divers traitements employés contre la tuberculose.

Administré à deux leucocythémiques, ainsi qu'à une femme atteinte d'adénie et à un homme porteur d'un lymphadénome du cou, le cacodylate a réveillé pendant un certain temps l'appétit et l'énergie des malades, mais il est resté sans effet sur l'évolution générale de la maladie et sur la formule leucocytaire du sang.

Les recherches que nous avons faites sur le sang des malades atteints de diverses affections nous ont montré que, aux doses indiquées, le cacodylate de soude ne déterminait pas, en général, une augmentation du nombre des globules blancs. Dans quelques cas seulement nous avons noté une légère multiplication du nombre des leucocytes, avec polynucléose.

Il n'en est pas de même des globules rouges dont le chiffre s'accroît très rapidement dans des proportions considérables sous l'influence du cacodylate, et cela presque exclusivement chez les sujets anémiés; mais le plus souvent le nombre des globules rouges est élevé à un certain taux, qui reste inférieur à la normale et qui ne peut pas être dépassé malgré l'emploi prolongé du médicament. Il ne s'agit donc pas d'hyperglobulie au sens exact du mot.

L'augmentation du nombre des hématies persiste parfois un certain temps après que l'on a cessé la médication; toutefois, chez presque tous les sujets, au bout de quelques jours le chiffre des globules rouges revient progressivement au taux primitif.

Les numérations systématiques que nous avons faites chez quelques patients nous ont montré que l'augmentation du nombre des globules rouges se fait parfois avec une rapidité vraiment surprenante.

Le dosage de l'hémoglobine, pratiqué dans un certain nombre de cas, nous a fait voir que cette substance augmente parfois dans le sang des malades soumis à la médication cacodylique, mais non d'une façon proportionnelle au nombre des hématies.

La rate étant considérée, en général, comme un organe destructeur des globules rouges, il était intéressant de rechercher si l'injection de cacodylate de soude, chez des animaux splénectomisés, n'amènerait pas une augmentation plus grande encore du nombre des hématies. Les résultats n'ont pas été ceux que l'on aurait pu prévoir. Chez des lapins, dératés depuis quelques jours et dont le sang présentait, du fait de l'opération, un nombre de globules voisin de 6,000,000, les injections de cacodylate ont ramené ce chiffre à la normale.

On sait que M. Besredka est parvenu à immuniser des lapins contre une dose mortelle d'acide arsénieux et a montré que le sérum des animaux ainsi immunisés possédait des propriétés à la fois préventives et antitoxiques, mais seulement contre une dose d'acide arsénieux tuant en quarante-huit heures. Nous avons cherché si l'on ne pourrait pas obtenir des sérums plus puissants en inoculant à des animaux des doses massives de cacodylate de soude, correspondant à des quantités relativement considérables d'acide arsénieux; mais nos expériences ne nous ont donné, jusqu'à présent, que des résultats négatifs.

M. Hayem. — J'ai essayé la médication cacodylique chez les chlorotiques, par la voie rectale d'abord, par la voie sous-cutanée ensuite; les résultats n'ont pas sensiblement différé de ceux que l'on obtient avec les autres arsenicaux, et, après comme avant ces expériences, le fer reste, suivant moi, le véritable spécifique de la chlorose. En ce qui concerne la tuberculose, mes recherches sont trop récentes, ainsi que je l'ai dit dans la dernière séance, pour que je puisse me prononcer sur la valeur du cacodylate de soude. J'incline, toutefois, à croire que ce médicament peut être efficace au même titre que les autres arsenicaux dans les anémies symptomatiques de la tuberculose, du cancer, et, d'une façon générale, de toutes les maladies qui s'accompagnent d'une diminution dans la production des globules rouges. Ces médicaments sont, au contraire, impuissants dans les anémies résultant d'une altération plutôt que d'une diminution de ces mêmes globules.

M. A. Gautier insiste à nouveau sur la nécessité de n'administrer le cacodylate de soude que par la voie hypodermique (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 364). Introduit par les voies rectale ou stomacale, ce médicament subit, en effet, des transformations qui le rendent extrêmement toxique et dangereux.

L'orateur ajoute qu'il est prématuré d'affirmer que la médication cacodylique est impuissante contre la tuberculose arrivée à la deuxième ou à la troisième période. En ce qui le concerne, il a guéri un tuberculeux qui était manifestement au deuxième degré de l'affection et il en soigne plusieurs autres qui sont considérablement améliorés.

M. Gautier termine en disant que les injections sous-cutanées de cacodylate de soude peuvent être continuées pendant plusieurs années, sans phénomènes d'intolérance et sans accoutumance, à la condition qu'on prescrive en même temps de petites doses d'iodure de sodium.

M. Hirtz dit avoir obtenu d'excellents résultats au moyen du cacodylate de soude dans les premières phases de la tuberculose.

M. Galliard fait remarquer, à propos de la communication de MM. Soupault et Guillemot (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 77), qu'il a observé un malade chez lequel la pénétration dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque de gaz manifestement septiques provenant de l'intestin a déterminé seulement un emphysème souscutané bénin.

M. Variot relate, à propos de la communication de M. Widal (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 76), deux cas d'ascite lactescente dont l'origine chyleuse était manifestement démontrée par la présence d'une grande quantité de matières grasses dans toutes les humeurs de l'économie (sérum sanguin, urines, etc.).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 mars 1900.

Etiologie du rhumatisme articulaire.

M. Charrin. — On a récemment trouvé, chez des malades atteints de rhumatisme articulaire, différents microbes, dont aucun ne paraît constant. Le plus fréquemment observé est à coup sûr le staphylocoque blanc, signalé par M. Bouchard et après lui par un grand nombre d'auteurs. C'est également ce microorganisme que j'ai plusieurs fois isolé, en particulier dans deux cas de rhumatisme des petites jointures consécutif à une amygdalite dont le pus contenait aussi ce microbe.

Il est difficile d'attribuer un rôle pathogène absolu à une bactérie à l'exclusion des autres, puisque la présence d'aucune n'est absolument constante et que divers agents sont aptes à reproduire des lésions dans les articulations ou les séreuses. Peut-être, au point de vue microbien, doit-on reconnaître plusieurs types de rhumatisme, de même que l'on admet plusieurs espèces de pleurésie, de bronchite, d'angine, de péritonite, etc., dépendant de divers microorganismes, tels que les staphylocoques blanc et doré, le colibacille, le streptocoque, etc. Ce sont eux, du reste, qu'on décèle le plus souvent dans les cas de rhumatisme subaigu ou chronique, en dehors des formes graves ou compliquées qui peuvent être dues à des éléments spéciaux anaérobies.

On sait, d'autre part, que ces microbes se développent aisément si l'on injecte à l'animal des acides, surtout de l'acide lactique, même en petite quantité, de façon à diminuer le pouvoir bactéricide. Or, dans le rhumatisme, qui depuis longtemps est rangé parmi les dyscrasies acides, une pareille tare n'est pas exceptionnelle. Que l'hérédité, en viciant la nutrition, que le froid, surtout humide, en retenant les acides qui s'éliminent d'ordinaire par la peau, que des réactions nerveuses anomales, en perturbant le pouvoir trophique du névraxe, diminuent l'alcalinité des plasmas, et le processus évoluera avec ou sans bactéries, mais le plus souvent par l'intermédiaire de celles qui préexistent dans l'organisme.

Ainsi apparaît la part de vérité renfermée dans chacune des principales théories (chimique ou humorale, infectieuse, nerveuse, etc.) qui ont été proposées pour expliquer la genèse du rhumatisme.

Hyperglycémie consécutive à l'injection intraveineuse d'une culture de staphylocoques.

M. R. Lépine. — On sait qu'une glycosurie passagère a été parfois constatée chez des sujets atteints de furonculose. Pour l'expliquer, on admet généralement qu'il s'agit dans ces cas d'un diabète latent, qui se révèle par la glycosurie. Mais on peut se demander si cette dernière n'est pas favorisée par l'infection staphylococcique, certaines infections produisant de l'hyperglycémie, l'infection charbonneuse (Bouchard et Roger), par exemple. D'autre part, MM. Charrin et Kaufmann ont observé de l'hypoglycémie dans l'infection pyocyanique; mais ils n'ont dosé le sucre du sang que *plusieurs* jours après l'injection de culture pyocyanique. Or, il se pourrait que l'hypoglycémie ait été précédée d'une période d'hyperglycémie. Quoi qu'il en soit, j'ai constaté dans plusieurs expériences faites sur le chien qu'une demi-heure ou une heure après l'introduction dans les veines d'une culture pure de staphylocoques il existe une hyperglycémie plus ou moins considérable, qui peut atteindre, en deux heures, jusqu'à plus de 3 grammes, dans le cas où la culture a été injectée en grande quantité. Autrement, l'hyperglycémie décroît rapidement et peut même faire place à de l'hypoglycémie.

Corrélativement à l'hyperglycémie, on constate l'élévation (relativement à la température du rectum) de la température du foie; puis, corrélativement à l'hypoglycémie, l'élévation de la température du pancréas (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 414).

Névrite périphérique expérimentale produite par la toxine typhique.

M. H. Vincent. — En injectant, au voisinage du nerf sciatique du cobaye, quelques gouttes de toxine typhique très active, j'ai pu reproduire les symptômes et les lésions de la névrite périphérique typhique. L'injection est indolore. A faible dose, elle n'amène aucun symptôme anormal; si la quantité est plus élevée, il y a, le lendemain, un peu de douleur et de gonflement local. Puis on voit survenir une atrophie rapide du membre, qui devient inerte; les orteils sont recourbés en griffe, la patte est refroidie et a perdu sa sensibilité. Ces divers troubles moteurs, sensitifs et trophiques commencent à apparaître vers le sixième jour.

L'examen microscopique des nerfs fait voir que la lésion initiale déterminée par la toxine typhique frappe d'abord la myéline au niveau des étranglements interannulaires, phénomène qui s'explique par la dialyse plus facile du poison à ce niveau. Au voisinage de ces points, la myéline est raréfiée ou bien commence à se segmenter en une ou plusieurs petites boules formant chapelet. Les fibres moyennes et les petites sont les plus atteintes. Il existe parfois une multiplication des noyaux.

Lorsque l'inoculation est plus ancienne, la dégénérescence du nerf est considérable. La myéline est fragmentée en une infinité de boules irrégulières ou conglomérée en masses volumineuses; parfois elle a disparu. Le cylindre axe est variqueux, déformé, bosselé, filiforme en certains points, et se colore à peine par les réactifs. Ces lésions rappellent celles qui ont été signalées chez l'homme par MM. Pitres et Vaillard.

Les muscles ne sont pas moins altérés : la plupart des fibres musculaires ont perdu leur double striation; le protoplasma est granuleux, mal coloré, rose grisâtre, ou bien amorphe, presque vitreux, rappelant ainsi les lésions décrites autrefois par Zenker. Dans quelques fibres, le protoplasma a disparu ou n'est plus représenté que par de petits blocs homogènes, d'un gris rosé, enfermés dans la gaine affaissée et vide.

Les noyaux du sarcolemme sont conservés; quelques-uns sont en voie de multiplication. Mais c'est surtout dans le tissu conjonctif interfasciculaire que la prolifération cellulaire m'a paru le plus abondante.

Elaboration du glycogène pendant la grossesse.

MM. Charrin et **Guillemonat.** — On sait qu'il n'est pas rare d'observer de la glycosurie au cours de la grossesse, et que ce phénomène peut être attribué au moins en partie à un ralentissement de la nutrition.

Nous avons dosé récemment le glycogène du foie chez 30 cobayes femelles (17 pleines et 13 non pleines). 14 fois le glycogène s'est montré en plus grande quantité chez les premières que chez les secondes. Dans 3 cas, c'est le phénomène inverse qui a été constaté. Il résulte encore de ces expériences que la quantité de glycogène augmente à mesure que la grossesse approche de son terme.

D'autre part, si l'on injecte du sucre à des cobayes, on constate que la différence dans la teneur du foie en glycogène dans les deux catégories d'animaux devient encore plus considérable.

Toutes ces expériences concordent donc pour montrer que chez les animaux gravides la consommation du glycogène est diminuée, ce qui explique son facile passage dans les urines.

Microbe de la rougeole.

M. Lesage dit avoir trouvé dans le mucus nasal et dans les sécrétions bronchiques d'enfants atteints de la rougeole un microbe ressemblant au bacille de Pfeiffer, qu'il a pu cultiver sur gélose mais qui ne se colore pas par le Gram.

L'inoculation de ce microbe à des lapins n'a donné que des résultats négatifs; mais le sang des petits malades injecté aux mêmes animaux a déterminé un œdème localisé dans la sérosité duquel on a retrouvé le microbe en question.

MM. Lyon et **Theohari** décrivent les lésions histologiques qu'ils ont observées au niveau de la muqueuse gastrique à la suite de la section des filets stomacaux du nerf vague.

M. Langlois relate, au nom de M. Camus et au sien, des expériences qui semblent démontrer que les capsules surrénales exercent une action régulatrice sur la pression sanguine.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 1er mars 1900.

A propos du traitement de l'épithélioma de la face.

M. Hallopeau présente une femme chez laquelle M. Morestin a pratiqué au mois d'août dernier une autoplastie pour réparer la mutilation consécutive à l'excision d'un épithélioma du nez. Deux lambeaux cutanés avaient été empruntés à la région frontale et rabattus sur la moitié supérieure du nez. La récidive ne s'est pas fait longtemps attendre, car le centre de la face est actuellement le siège d'un véritable cloaque. Cependant, les lambeaux de l'autoplastie ont été respectés par le processus destructeur et leur pourtour se trouve pour ainsi dire disséqué, sans qu'ils aient été attaqués. Ce fait doit certainement être attribué à ce que ces lambeaux avaient été prélevés en un point relativement éloigné du siège du néoplasme.

M. Brocq. — Ce cas est intéressant à un double point de vue. Il confirme d'abord cette notion théorique, à savoir que l'infiltration épithéliomateuse est bien souvent beaucoup plus étendue que les apparences de la lésion ne le laisseraient supposer. Il amène aussi à une conclusion pratique : c'est que lorsqu'il s'agit de pratiquer une autoplastie à la suite de l'excision d'un épithélioma, il convient de prélever les lambeaux dans une région suffisamment éloignée du néoplasme.

Lorsqu'on détruit les tissus cancéreux à l'aide de la curette ou du galvanocautère, on est guidé par la sensation de friabilité des tissus déjà envahis et on peut constater qu'elle se prolonge souvent de 1 centimètre à 1 centim. 1/2 au-delà des limites apparentes du néoplasme, en des points où l'on rencontre encore des perles épithéliales.

M. Du Castel. — L'histologie confirme ce fait, car en enlevant un fragment de peau au niveau de la zône qui circonscrit le néoplasme, sensiblement en dehors de toute lésion visible, on constate au microscope des amas épithéliomateux qui ont déjà pénétré les tissus.

M. E. Besnier. — Les caustiques, et plus particulièrement l'acide arsénieux, présentent l'avantage d'avoir une certaine action élective sur les tissus cancéreux et atteignent ainsi les parties malades en dehors des limites de la lésion initiale. Malheureusement, on n'est pas toujours maître des destructions qu'ils produisent et j'ai vu notamment un caustique placé au niveau d'une lésion minime du nez déterminer des délabrements si étendus qu'il fallut recourir à une grande restauration chirurgicale. Quant aux applications ignées, elles sont bien souvent insuffisantes.

M. J. Darier. — Je crois qu'il faut distinguer au point de vue du traitement deux variétés d'épithéliomas de la face : l'une bénigne et facilement curable, l'autre maligne et essentiellement envahissante.

En dehors de l'*ulcus rodens*, spontanément curable, qui présente une structure histologique spéciale, celle de l'épithélioma tubulé de Cornil et Ranvier, et qui est enfermé dans une gangue de sclérose, véritable processus de cicatrisation étouffant sur certains points les éléments néoplasiques, il existe à la face de petites tumeurs épithéliomateuses enkystées dans du tissu fibreux et représentant histologiquement un type papillaire superficiel. L'excision réussit fort bien dans ces cas; mais les applications caustiques ou l'emploi du galvanocautère donnent également des guérisons.

A côté de ces formes bénignes, se placent des épithéliomas plongeants, avec prolongements dans les voies lymphatiques. Ceux-ci sont par essence envahissants et récidivants. C'est certainement à ce groupe qu'appartient la tumeur que porte la malade de M. Hallopeau. L'intervention chirurgicale, aussi étendue que possible, est alors indiquée, mais elle reste trop souvent insuffisante.

La distinction entre ces deux formes est, à mon avis, suffisamment nette pour qu'il y ait utilité à pratiquer, avant toute intervention, une biopsie à la limite d'un épithélioma de la face. L'examen histologique fournit alors des indications précieuses au point de vue du pronostic : suivant que le néoplasme est papillaire ou qu'il se montre franchement pénétrant à travers les voies lymphatiques (carcinomateux au sens que les Allemands attachent à ce mot), on peut prévoir si la lésion restera bénigne ou deviendra infectante avec menace d'une récidive prochaine et étendue.

M. Dubois-Havenith (de Bruxelles). — Je crois que la question du siège de la tumeur a aussi son importance. D'une manière générale, j'ai vu l'épithélioma de la face rester curable lorsqu'il se trouve à la joue ou sur le lobule du nez; il n'en est plus de même quand il s'est développé à l'angle de l'œil.

Comme caustique, je me trouve bien de l'emploi de la pâte de Bougard, qui se rapproche beaucoup de la pâte de Canquoin.

M. Gastou. — La valeur des indications fournies par l'examen histologique dans les épithéliomas de la face est incontestable. Dans un cas qui paraissait au début devoir bénéficier du traitement de Czerny-Trunecek, le microscope montra que la structure du néoplasme comportait un pronostic fâcheux, d'autant qu'un petit ganglion, dont on fit l'ablation, se montrait déjà histologiquement atteint. En effet, peu de temps après, les lésions devinrent rapidement envahissantes.

D'après ce que j'ai vu, il me semble que chez les syphilitiques l'épithélioma de la face a une tendance particulière à la malignité et fait souvent des progrès assez rapides pour contre-indiquer toute opération chirurgicale.

M. J. Darier. — Dans un cas, j'ai apporté à la méthode de Czerny-Trunecek une modification qui m'a donné d'assez bons résultats pour que je la signale ici. Il s'agit d'un malade que M. Hermet avait présenté à la Société et qui paraissait avoir été guéri, par les applications d'acide arsénieux, d'une tumeur épithéliomateuse étendue à toute la région temporale et à l'angle de l'œil. Il existait à ce moment, au niveau de la cicatrice, des nodules suspects qui permettaient de présager que la guérison ne se maintiendrait pas. En effet, cinq mois après, les lésions avaient repris leur dimension primitive. Le malade me fut alors confié, et, comme il refusait toute autre thérapeutique que les applications caustiques, j'eus recours de nouveau à la méthode de Czerny-Trunecek. Mais, jugeant que l'action élective de l'acide arsénieux n'était pas assez pénétrante pour s'exercer jusque dans la profondeur du néoplasme qui était volumineux, je pratiquai préalablement, à l'aide du galvanocautère, des tranchées dans l'épaisseur des tissus malades, de façon à faire porter aussi loin que possible l'action du caustique. Actuellement, cet épithélioma offre les apparences d'une guérison complète, qui se maintient depuis huit mois; on ne constate aucun nodule suspect au niveau de la cicatrice.

M. E. Besnier. — La pratique indiquée par M. Darier est à recommander chaque fois que l'épithélioma présente une certaine épaisseur. On pourrait même, dans quelques cas, faire précéder les applications d'acide arsénieux d'une rugination des tissus cancéreux pratiquée sous l'anesthésie locale au moyen du chlorure de méthyle.

Applications des méthodes d'électrothérapie à la cure des dermatoses.

M. Gastou. — Grâce à la création d'une installation électrothérapique complète dans le laboratoire nouvellement fondé à l'hôpital Saint-Louis, j'ai pu étudier avec M. Chabry sur plus de 60 malades les applications de l'électricité au traitement de diverses affections cutanées. Nous pouvons déjà vous en montrer les résultats sur quelques malades et d'après de nombreuses photographies.

D'une façon générale, les hautes fréquences, sous forme d'effluves ou d'étincelles, ont une action modificatrice favorable sur les lésions pilo-sébacées et vasculaires de la peau. Les effluves, peu douloureuses, bien supportées, produisent une vaso-dilatation intense de la peau, accompagnée quelquefois de sudation, de desquamation ou de croûtelles consécutives et suivie de vaso-constriction et d'anémie. Les étincelles, douloureuses, beaucoup plus actives, agissent sur les éléments d'infiltration qu'ils font pâlir, leur action vaso-constrictive pouvant aller, si elle est prolongée, jusqu'à l'érosion et l'ulcération.

Les courants de haute fréquence diminuent les phénomènes de congestion locale, facilitent la régression des infiltrations dans les cas d'acné, de lupus érythémateux et tuberculeux; ils modèrent la chute des cheveux et des poils dans les pelades et semblent en faciliter dans certains cas la régénération; ils aident à la disparition des cônes kératosiques. L'action de désagrégation cellulaire sous l'influence des courants de haute fréquence est très intense.

Les douches ou effluves statiques agissent surtout sur la nutrition générale. Leur application provoque d'abord de l'excitation, puis une détente qui, dans certains cas de prurigo, par

exemple, s'accompagne de la diminution des démangeaisons et du retour du sommeil. Localement les effluves statiques modifient les lichénifications.

Les bains de lumière, que nous avons expérimentés contre les dermatoses squameuses, semblent plutôt agir par la chaleur développée que par l'action de la lumière ou de l'électricité.

Nous avons, enfin, eu recours à l'électrolyse pour la destruction des verrues et des tatouages, et nous nous proposons d'en essayer les effets dans certaines malformations et néoplasies cutanées.

M. Brocq. — Parmi les malades que vient de nous montrer M. Gastou, c'est certainement une femme atteinte de lupus érythémateux qui a plus particulièrement bénéficié de l'électrothérapie. Or, sur mes indications, M. Bisserié a étudié et signalé, il y a déjà un certain temps, les bons effets des effluves de haute fréquence dans le lupus érythémateux.

J'ai vu aussi cette méthode thérapeutique faire disparaître en quelques séances, chez un jeune homme de quatorze ans, un prurit scrotal intolérable, qui avait jusque-là résisté à tous les traitements.

M. Barthélemy. — J'ai déjà eu maintes fois l'occasion de me louer de l'emploi de l'électrothérapie dans le traitement des affections cutanées. J'ai même obtenu des résultats encourageants en appliquant l'électrolyse intra-utérine dans des cas de blennorrhagie chronique.

M. Dubois-Havenith. — L'électrothérapie m'a également donné des succès chez quelques malades, mais ces résultats m'ont paru très inconstants. Dans un cas de prurit ano-vulvaire, j'ai vu disparaître le prurit vulvaire sous l'influence des courants de haute fréquence, tandis que les démangeaisons persistaient au niveau de l'anus.

Eczéma artificiel provoqué par la manipulation du houblon.

M. Danlos. — Voici une femme qui présente une eczématisation très marquée de la face et des mains. Cette éruption est survenue chez elle à deux reprises après qu'elle eut manipulé du houblon. Il y a cinq ans, elle avait été employée à trier du houblon et, un mois après, elle fut atteinte d'accidents cutanés identiques à ceux qu'elle offre aujourd'hui. Ces temps derniers, elle a de nouveau manipulé du houblon, et deux jours après, elle présentait l'éruption que vous voyez. Il semble bien qu'il y ait un rapport étroit entre cette dermatose et le genre de travail auquel se livrait cette femme. Elle triait du houblon sec, et elle attribue les accidents qui sont survenus aux poussières jaunes de lupulin qu'il renfermait. Le lupulin est, en effet, un produit résineux irritant, qui paraît avoir provoqué un eczéma artificiel chez cette malade.

Cas anormal de pityriasis rosé de Gibert.

M. Hallopeau montre une femme chez laquelle on constate une éruption de pityriasis rosé de Gibert remarquable par l'étendue et le siège de la plaque initiale, par sa longue incubation et par le caractère ortié de certains de ses éléments. La plaque initiale localisée à la partie supéro-interne de la cuisse a précédé de deux mois la dissémination des éléments; ses dimensions atteignent celles d'une pièce de cinq francs. L'éruption des placards secondaires occupe surtout le bas-ventre et la partie antérieure des épaules.

ETRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 21 et 28 février 1900.

Des érosions hémorrhagiques de la muqueuse gastrique.

M. C. Pariser. — Les érosions hémorrhagiques de la muqueuse gastrique ont été rencontrées jusqu'ici presque uniquement à l'amphithéâtre, car on ne les diagnostique guère pendant la vie. Les sujets atteints de cette affection se plaignent de vives douleurs, survenant environ une demi-heure après l'ingestion des aliments; ces douleurs irradient dans presque toute la région épigastrique; pour les éviter, les malades diminuent leur ration alimentaire et finissent toujours par maigrir considérablement. L'acidité du suc gastrique reste normale, et la palpation aussi bien que le cathétérisme ne fournissent que des résultats négatifs.

Quand on pratique le lavage de l'estomac à jeun, chez ces sujets, le liquide qui s'écoule par la sonde est légèrement sanguinolent, et on peut y constater la présence de petits débris de muqueuse qui témoignent de l'existence d'érosions hémorrhagiques.

Ces érosions sont sous la dépendance d'un catarrhe chronique de l'estomac; elles guérissent en général par cicatrisation, mais peuvent aussi se transformer en ulcères chroniques.

Le traitement de cette affection consiste, en dehors du régime alimentaire usité contre l'ulcère chronique, à pratiquer des lavages de l'estomac avec une solution de nitrate d'argent au titre de 0.50 à 0.75 ‰; chaque lavage au sel d'argent doit être suivi d'un second lavage au chlorure de sodium.

M. Virchow fait observer qu'il n'y a en réalité aucune différence entre une érosion et une ulcération, si ce n'est que la première est en général plus limitée que la seconde; mais le processus anatomique est identique dans les deux cas.

Fissure congénitale du sternum.

M. Virchow montre un homme âgé de quarante ans chez lequel existe une fissure congénitale complète du sternum, recouverte d'une simple couche de tissu fibreux qui permet de voir les battements du cœur.

Pendant les grandes inspirations, la peau se déprime au niveau de la fissure; au contraire, elle bombe en avant pendant les expirations forcées. On distingue nettement deux temps dans le soulèvement de la paroi thoracique : le premier correspond à la contraction des oreillettes, le second à la dilatation de l'aorte.

Atrophie idiopathique de la peau.

M. Heller présente un homme de quarante-cinq ans atteint depuis son enfance d'une atrophie idiopathique de la peau à marche progressive, qui a envahi actuellement les membres et la moitié droite du tronc : le derme ainsi que les glandes de la peau paraissent avoir été complètement détruits par le processus atrophique; on ne note aucun trouble de la sensibilité, mais la nutrition des téguments semble considérablement amoindrie.

M. Benas montre une femme qui présente trois paires de petites mamelles surnuméraires, siégeant au-dessus et un peu en dehors des seins normaux. Les quatre paires de glandes sécrètent du lait après les couches.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séances des 19 et 26 février 1900.

Des différentes formes du rhumatisme articulaire chronique.

M. Rubinstein. — Il existe actuellement une grande confusion en ce qui concerne la nosographie et la terminologie des affections articulaires chroniques.

Je comprends sous cette dénomination : 1° le rhumatisme articulaire chronique; 2° l'inflammation chronique ankylosante de la colonne vertébrale avec ses variétés : spondylite déformante (Braun) et spondylose rhizomélique (P. Marie), cyphose hérédo-traumatique (P. Marie et Astié), rigidité de la colonne vertébrale avec courbure concave en arrière (Bechterev); 3° le rhumatisme déformant; 4° la polyarthrite chronique villeuse hyperplasique (Schüller); 5° le rhumatisme noueux; 6° le *morbus coxæ senilis*.

Comme rhumatisme articulaire chronique, on ne doit comprendre que les cas de synovites infectieuses, conséquences du rhumatisme articulaire aigu, et les synovites subaiguës, également infectieuses, des petites articulations, surtout des mains et des pieds. Ce qui caractérise toutes les variétés de cette affection, c'est la tendance à l'ankylose.

J'incline à croire que le rhumatisme chronique des petites jointures, que l'on observe chez les blanchisseuses, est le résultat de la pénétration à travers la peau ramollie des doigts d'un microbe contenu dans l'eau.

La dénomination de rhumatisme chronique déformant s'applique à la synovite chronique des petites jointures des mains et des pieds. Ces synovites sont habituellement symétriques, s'accompagnent de la production de nodosités et se terminent souvent par une subluxation des doigts sur les métacarpiens.

Baumler a confondu la polyarthrite chronique hyperplasique villeuse et le rhumatisme articulaire chronique déformant; pour moi, il s'agit là de processus anatomo-pathologiques foncièrement différents. L'hyperplasie villeuse peut faire défaut dans les cas d'arthrite déformante, et, de plus, ce ne sont pas les villosités qui constituent la caractéristique de l'affection.

Cliniquement, ces deux maladies sont également très différentes; elles ne se montrent pas au même âge, et, tandis que les douleurs du rhumatisme déformant sont peu prononcées, au moins au début, celles du rhumatisme villeux sont, au contraire, très vives.

Enfin, elles ne relèvent pas du même traitement. En effet, pour améliorer les arthrites déformantes, il suffit en général de modifier les échanges organiques; or, ce traitement est tout à fait inefficace contre le rhumatisme villeux. Celui-ci se modifie, par contre, à la suite d'injections de glycérine au gaïacol et à l'iodoforme, méthode qui n'a aucune action contre le rhumatisme déformant.

La dénomination de rhumatisme noueux convient plus spécialement aux polyarthrites déformantes avec production de nodosités péri-articulaires (Senator).

D'après Baumler et Senator, le *morbus coxæ senilis* serait le type des arthrites déformantes; Schüller considère, au contraire, cette affection comme une variété spéciale de rhumatisme chronique.

Quoi qu'il en soit de ces divergences d'opinions, je crois qu'il y a lieu de n'admettre actuellement que quatre formes de rhumatisme articulaire chronique : le rhumatisme articulaire chronique type avec tendance à l'ankylose, le rhumatisme déformant, le rhumatisme villeux hyperplasique et le *morbus coxæ senilis*.

M. Lippmann. — La polyarthrite villeuse chronique mérite une attention particulière, car son traitement peut être couronné de succès, ce qui n'est pas le cas des autres formes de rhumatisme articulaire chronique.

C'est ainsi que dans un cas très grave de cette affection, datant déjà de fort longtemps, l'opération de Schüller fit disparaître les douleurs au point que le malade put marcher, malgré une ankylose consécutive du genou.

M. Rubinstein. — L'excision des villosités hyperplasiques par la méthode de Schüller n'est pas suivie d'ankylose, lorsqu'on a soin de faire exécuter au malade des mouvements actifs et passifs après l'opération.

Anévrysme de l'aorte traité par les injections gélatinées.

M. A. Fränkel. — La pièce anatomique que je vous présente provient d'un homme de cinquante-cinq ans. Il y a vingt-deux ans, ce malade contracta la syphilis; au mois de mars 1899 il entra dans mon service pour un anévrysme de l'aorte. Je le confinai au lit et lui pratiquai chaque semaine deux injections sous-cutanées d'une solution de gélatine; au bout d'un mois et demi, il quitta l'hôpital très amélioré.

Il revint dans mon service le 20 octobre dernier, son état s'étant aggravé de nouveau; on lui fit alors une seconde série de 26 injections gélatinées et il sortit encore une fois notablement soulagé. Il y a huit jours, on nous le ramena moribond, et il succombait quelques heures après.

Vous voyez que la volumineuse poche anévrysmale dont il était porteur est en grande partie remplie de caillots anciens, qui se sont produits sans doute sous l'influence des injections de gélatine.

M. Litten. — Le seul et unique traitement efficace des anévrysmes est le séjour au lit.

Les méthodes qui ont pour but de déterminer la coagulation du sang dans le sac anévrysmatique ne donnent que des résultats négatifs. Les coagulations qui viennent de nous être présentées ne sont nullement une preuve de l'utilité des injections de gélatine, car on les rencontre également dans des cas où l'on n'a employé que le repos au lit.

Double paralysie faciale d'origine traumatique.

M. Jolly présente un homme d'une cinquantaine d'années qui est atteint d'une double paralysie faciale. Cette paralysie s'est développée à la suite d'une chute sur la tête; presque tous les muscles innervés par les nerfs faciaux sont intéressés, sauf ceux du voile du palais. On constate, en outre, chez ce malade, une kératite neuroparalytique au niveau de l'œil gauche, et une cataracte du même côté.

La localisation des troubles paralytiques semble indiquer que le facial a dû être lésé dans son passage à travers le rocher, cet os ayant été probablement fissuré au moment de l'accident.

Tumeur du cerveau.

M. Jacobson. — Je vous présente une volumineuse tumeur provenant du cerveau d'un enfant de treize ans : cette tumeur intéressait les noyaux gris centraux des deux hémisphères, ainsi que les tubercules quadrijumeaux postérieurs. Les ventricules latéraux étaient dilatés et remplis de liquide. Les symptômes constatés pendant la vie furent une augmentation du volume de la tête qui était déviée à droite, de l'incertitude de la marche, un léger ptosis, une parésie des quatre extrémités et des muscles de la face, de la langue et du voile du palais, une scansion de la parole, des accès de suffocation, etc., etc.

De la mobilité du cœur.

M. Determann lit un travail sur les déplacements que subit le cœur dans les différentes positions du corps à l'état normal et à l'état pathologique.

M. A. Fraenkel fait observer que la mobilité anormale du cœur a été considérée par Traube comme un symptôme précoce d'artériosclérose.

M. Gerhardt. — Il ne faut pas oublier que la mobilité du cœur peut être diminuée par la surcharge graisseuse du péricarde.

M. Litten. — L'augmentation de la mobilité du cœur chez les anémiques peut tenir à la rétraction des poumons, qui est elle-même une conséquence de la quantité plus faible de sang traversant ces organes.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 3 mars 1900.

Traitement chirurgical du lupus.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. E. Lang** a montré plusieurs malades actuellement guéris d'un lupus. Sur 74 sujets atteints de cette affection qu'il a traités par l'excision des foyers lupiques suivie d'une transplantation de peau saine, il a pu en suivre 44 dont 37 n'ont jamais présenté de récidive, bien qu'ils aient été opérés pour la plupart depuis plusieurs années.

Contracture hystérique du membre inférieur simulant une arthrite du genou.

M. Em. Schwarz a présenté un homme devenu hystérique, il y a sept ans, à la suite d'une peur; depuis cinq mois, ce malade ne peut plus se servir de son membre inférieur droit, qui est complètement contracturé. Cette contracture cesse pendant l'anesthésie chloroformique, mais se reproduit au réveil. Sous l'influence d'un traitement par la suggestion, le malade récupéra en partie la faculté de mouvoir le membre atteint; on s'aperçut alors que chaque mouvement d'extension s'accompagnait d'un craquement intense au niveau du genou. On crut d'abord à une lésion organique, mais l'examen radioscopique permit de constater que le craquement était dû à l'entrechoquement brusque des surfaces articulaires.

Du traitement des affections du système nerveux central par la gymnastique.

M. Max Herz a appelé l'attention sur l'utilité de la gymnastique dans le traitement des affections du système nerveux central, et notamment dans les diverses paralysies fonctionnelles ou organiques, la sclérose en plaques, les paralysies infantiles, la chorée, l'hystérie, etc. La gymnastique agit dans tous ces cas en excitant les centres corticaux et, par conséquent, en provoquant le réveil des fonctions qui en dépendent; elle permet, en outre, le passage de l'influx nerveux à travers des conducteurs dont le fonctionnement était aboli.

Centres spinaux de la sécrétion sudorale.

Dans la séance du 28 février du CLUB MÉDICAL DE VIENNE, **M. H. Schlesinger** a communiqué le résultat de ses observations sur les troubles de la sudation consécutifs à des lésions purement médullaires. Il a reconnu que le corps humain peut être divisé, à ce point de vue, en un certain nombre de territoires sudoraux : tels sont la moitié de la face, la moitié supérieure du tronc avec la partie correspondante de la nuque, du cou et du cuir chevelu, les membres supérieurs et inférieurs, etc.; à leurs limites, ces territoires empiètent généralement un peu les uns sur les autres; ils se confondent à peu près avec les départements sensitifs innervés par les mêmes segments médullaires.

La topographie de ces territoires est en rapport avec la distribution segmentaire des fibres sudorales dans la moelle; chacun d'eux représente donc plusieurs centres spinaux. Il est probable que trois de ces centres — ceux de la partie supérieure du corps — sont situés tout près l'un de l'autre, car leur fonctionnement est en général altéré simultanément.

Les fibres sudorales doivent être situées, d'après les observations cliniques de M. Schlesinger, dans les cordons latéraux de la moelle, depuis la partie supérieure de la région cervicale jusqu'au segment lombaire. Il est probable que ces fibres cheminent avec les fibres motrices jusqu'à la substance grise de la moelle.

Les anomalies de la sudation varient suivant que la lésion atteint la substance blanche ou la substance grise. Dans le premier cas, on observe une hyperhydrose de toute la moitié homolatérale du corps; au contraire, lorsque c'est la substance grise qui est atteinte, il existe seulement des sueurs exagérées sur les territoires dont les centres sudoraux se trouvent intéressés.

Lésion traumatique du cône médullaire.

M. Kienboeck a présenté une femme de quarante-cinq ans, qui a fait, il y a vingt mois, une chute de la hauteur d'un premier étage; à la suite de cet accident, elle éprouva de vives douleurs dans la région lombaire et fut atteinte de paralysie des membres inférieurs, du rectum et de la vessie. Ces troubles se sont actuellement très amendés et la marche est redevenue possible; cependant, il existe encore une exagération des réflexes rotuliens avec abolition des réflexes plantaires, du clonus du pied des deux côtés, une hyperesthésie avec analgésie et thermo-anesthésie au niveau des régions fessière et péri-anale, etc.

L'orateur estime qu'il s'agit dans ce cas d'une lésion traumatique du cône médullaire.

Névralgie hépatique rebelle.

M. Th. Fuchs a relaté l'observation d'une femme de cinquante-quatre ans, dont le poids est tombé à 37 kilogrammes, et qui souffre depuis quatre ans de violentes douleurs dans la région du foie et de l'estomac. Ces douleurs reviennent par accès à des intervalles très irréguliers et s'accompagnent souvent de vomissements, mais jamais d'ictère. Les repas ne paraissent avoir aucune influence sur l'apparition de ces crises douloureuses.

Tous les traitements usités en pareil cas étant restés sans résultats, on pratiqua la laparotomie, mais on ne trouva aucune lésion du foie ni de l'estomac pouvant rendre compte des douleurs éprouvées par la malade. L'état étant resté le même après l'intervention, l'orateur pense qu'il s'agit ici d'une névralgie hépatique rebelle.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

De l'obstruction intestinale chez les hystériques, par M. SCHLOFFER.

Parmi les nombreuses manifestations de l'hystérie, il en est une qui, sans être très fréquente, mérite cependant d'attirer l'attention du chirurgien. Nous voulons parler de l'obstruction intestinale. L'auteur ajoute au nombre de faits de cet ordre connus jusqu'à ce jour 3 nouveaux cas, dont 1 observé dans le service de M. Slajmer et les 2 autres à la clinique de M. Wölfler.

Le premier se rapporte à une femme, âgée de vingt-six ans, atteinte d'hystérie grave et qui avait été traitée, trois ans auparavant, pour des symptômes de rétrécissement intestinal. Au moment de son admission dans le service de M. Slajmer, elle présentait un météorisme considérable, surtout à gauche de l'ombilic. Il n'y avait pas eu d'évacuation de matières ni de gaz depuis huit jours, mais l'état général n'offrait rien d'inquiétant. Le lendemain, la malade se mit à vomir des matières fécaloïdes. On pratiqua la laparotomie, au cours de laquelle on constata qu'une anse de l'intestin grêle, d'environ 25 centimètres de long, était excessivement contractée, tandis que le segment sus-jacent présentait une dilatation notable. Cette différence entre les deux portions d'intestin s'effaça peu à peu, et l'abdomen fut fermé, le chirurgien n'ayant pu trouver aucune autre cause pour expliquer les symptômes d'occlusion. Le jour suivant, l'intestin récupéra ses fonctions, et la patiente se rétablit sans encombre. Quelques mois plus tard, on vit réapparaître les phénomènes hystériques, en même temps qu'on notait une ptose viscérale. On fit la néphrorrhaphie, mais cette intervention resta sans effet sur les troubles du côté de l'intestin.

Le deuxième cas a trait à une femme, âgée de vingt-huit ans, traitée à plusieurs reprises pour une hystérie grave à manifestations viscérales. Ayant été prise, après une période de constipation opiniâtre, de vomissements fécaloïdes, cette femme fut amenée à la clinique de M. Wölfler. A ce moment son pouls était à 110 et la température à 38°. L'abomen se trouvait légèrement dilaté, sans qu'on constatât de la matité. La palpation ne dénotait rien d'anormal. On décida d'intervenir. La laparotomie fit voir qu'il n'existait aucun obstacle mécanique. Toutefois, la portion inférieure de l'intestin grêle offrait des contractions musculaires très fortes sur une étendue de 10 centimètres. La plaie fut fermée et les suites opératoires ne présentèrent rien de particulier. La patiente se remit entièrement et reprit ses occupations.

Dans le troisième cas, il s'agissait encore d'une femme, âgée de trente et un ans, qui se fit recevoir dans le service de M. Wölfler pour un météorisme peu marqué de l'abdomen, avec vomissements fécaloïdes. On supposa avoir affaire à une occlusion chronique de l'intestin et on pratiqua la laparotomie, qui ne permit de déceler rien d'anormal, si ce n'est des contractions très intenses de quelques parties de l'intestin grêle. Les suites furent régulières, mais la malade se présenta de nouveau, cinq mois plus tard, pour un anus contre nature qui s'était établi spontanément au niveau de la cicatrice résultant de la première intervention. M. Wölfler fit la résection de l'intestin et la patiente se rétablit; toutefois, au bout de quelques mois on vit encore se reproduire l'anus contre nature.

En terminant, M. Schloffer insiste, au point de vue du diagnostic différentiel, sur ce fait que dans l'iléus vrai les matières fécaloïdes sont toujours de consistance liquide, de sorte que la présence dans les vomissements de matières moulées constitue une forte présomption en faveur de l'existence d'une occlusion intestinale de nature hystérique. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 2.) — F. DE Q.

Sur la dissémination des germes de la tuberculose, par M. A. MOELLER.

L'auteur relate les résultats d'expériences qu'il a entreprises en vue de déterminer le danger d'infection provenant des particules projetées par les sujets tuberculeux, au moment où ils toussent, éternuent ou parlent. A cet

effet, des lames porte-objet furent suspendues à proximité des malades, enduites ou non de gélatine ou de glycérine. Ces lames sont restées stériles dans tous les cas où elles avaient été fixées en arrière ou sur le côté des malades; par contre, disposées à moins de 1 mètre en avant des sujets, elles ont été trouvées infectées 16 fois sur 30, soit dans plus de la moitié des cas. Pour pouvoir déceler des bacilles de Koch sur ces lames, il est nécessaire, le plus souvent, de les exposer durant cinq à six heures. Le nombre des germes ainsi recueillis est généralement très peu élevé. Encore oscille-t-il, pour le même malade, entre des limites assez étendues, à telles enseignes que pendant certaines périodes on a la plus grande peine à déceler quelques rares bâtonnets, tandis qu'à d'autres moments les bacilles sont beaucoup plus nombreux. C'est surtout dans les gouttelettes projetées après l'expectoration qu'on rencontre le plus grand nombre de bacilles de Koch. Comme ces gouttelettes renferment aussi des fibres élastiques, on doit en conclure que cette teneur en microbes provient, non pas de la salive, mais de parcelles du crachat restées attachées à la muqueuse pendant la traversée buccopharyngée. Dans la salive on n'a d'ailleurs trouvé que 3 fois sur 30 des bacilles de la tuberculose.

L'examen laryngoscopique donne lieu à une très abondante projection de gouttelettes renfermant des bacilles de Koch avec des fibres élastiques et qui vont se déposer sur le laryngoscope, le miroir frontal, le dossier de la chaise du médecin, bref, sur tous les objets entourant le sujet pendant l'examen.

Une expérience intéressante a été faite par M. Moëller pour déterminer, sur des animaux, la virulence des substances projetées au moment de quintes de toux : des cobayes ont été placés à portée des malades qui les maintenaient à 25 ou 30 centimètres pendant l'accès de toux; 6 de ces animaux ont succombé au bout de trois à six semaines sans qu'il fût possible de déceler chez eux la présence de bacilles de la tuberculose; chez 2 d'entre eux on a, cependant, trouvé des cellules géantes sur des coupes de ganglions bronchiques; 2 autres cobayes ont péri de la tuberculose en l'espace de dix et onze semaines.

L'auteur a également constaté que les mouches renferment des bacilles, notamment dans leurs excréments. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 2.) — F. M.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le tamponnement intra-utérin contre la rétention placentaire après l'avortement.

Dans les cas de rétention du placenta consécutive à une fausse couche, on a le choix entre deux méthodes de traitement : on peut, ou bien s'en tenir à l'expectation en se bornant à combattre l'hémorrhagie par le tamponnement vaginal et les accidents septiques par les injections intra-utérines, ou bien évacuer l'utérus soit avec le doigt, soit au moyen de la curette. D'aucuns ont eu recours aussi au tamponnement intra-utérin, mais seulement à titre de moyen hémostatique. Or, M. le docteur Bonnaire, professeur agrégé à la Faculté de médecine et accoucheur des hôpitaux de Paris, tamponne l'utérus dans le but de provoquer et d'accélérer l'issue du placenta, comme nous le fait connaître M. le docteur S.-P. Grosjean, dans sa thèse inaugurale.

Voici quelle est la façon de procéder de M. Bonnaire :

La femme étant placée dans la position obstétricale, on pratique un nettoyage antiseptique de la vulve et du vagin et on cathétérise la vessie; on amène alors le col de l'utérus à l'orifice vaginal au moyen d'une pince à griffe que l'on confie ensuite à un aide, on fait une injection iodée dans la cavité de la matrice, puis on procède au tamponnement. Pour cela on prend une bande de gaze iodoformée faite d'une seule pièce, très longue et peu large, qu'on introduit dans l'utérus avec une pince à pansement. Si l'avortement s'est produit avant le troisième mois ou s'il s'agit d'une rétention placentaire déjà ancienne, on se trouve souvent arrêté d'abord à l'orifice interne du col, puis au niveau de l'anneau de contraction; on parvient cependant à vaincre ces obstacles, à condition de procéder avec douceur. Après avoir ainsi rempli de tarlatane iodoformée toute la cavité utérine et le col, on enlève la pince et on laisse une courte mèche de gaze dans le vagin. Le tamponnement, pour être efficace, doit être serré.

Sur 13 cas dans lesquels ce procédé de traitement a été employé, 12 fois l'expulsion du placenta a eu lieu au bout d'un laps de temps qui a varié entre sept et vingt-quatre heures, et dont la moyenne a été de quinze heures. Chez deux femmes, on a dû renouveler le tamponnement; chez une autre, trois applications ont été nécessaires; enfin, dans un seul cas, le tamponnement est resté sans effet, et cela malgré quatre essais successifs.

On voit, d'après ce qui précède, que le procédé de M. Bonnaire, tout en étant aussi efficace que le curettage digital ou instrumental dans le traitement de la rétention placentaire *post abortum*, offre sur cette dernière méthode l'avantage d'être d'une application plus facile.

Emploi de solutions étendues de quinine en injections sous-cutanées.

Les solutions de quinine qu'on administre par la voie hypodermique dans les formes graves de l'impaludisme sont généralement très concentrées. Aussi ces injections sont-elles douloureuses et provoquent-elles souvent la formation d'abcès. Or, d'après M. le docteur T. Gualdi, médecin de l'hôpital du Saint-Esprit à Rome, et son assistant, M. le docteur P. Gallenga, il est possible d'éviter ces accidents en employant une solution très diluée de quinine, qu'on injecte en quantité relativement considérable.

A cet effet, nos confrères se servent du liquide employé par M. le professeur Baccelli en injections intraveineuses contre l'infection malarique, et dont voici la formule :

Chlorhydrate neutre de quinine	5 à 10 grammes.
Chlorure de sodium	0 gr. 75 centigr.
Eau distillée stérilisée	100 grammes.

Comme cette solution laisse déposer lentement de la quinine, on doit la chauffer chaque fois que l'on veut s'en servir; il est bon de pousser le chauffage jusqu'à l'ébullition, pour stériliser à nouveau le liquide. Dès que ce dernier est suffisamment refroidi, on en injecte de 10 à 40 c.c. dans le tissu sous-cutané, au moyen d'une seringue de la capacité de 10 c.c.

Si l'on procède avec douceur, en observant toutes les règles de l'asepsie, et si, en outre, on a soin de pratiquer un massage de la région injectée, le patient n'éprouve aucune douleur, et il ne se forme ni abcès ni empâtement.

L'opothérapie ovarienne contre l'angine de poitrine de la ménopause.

D'après M. le docteur Th. K. Geissler, privatdocent de médecine à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, il y a lieu d'admettre, parmi les troubles imputables à la ménopause, l'existence d'accès d'angine de poitrine vraie, bien que ne relevant pas de la sclérose des artères coronaires. Notre confrère a eu l'occasion d'observer ces crises chez quatre femmes. Dans 2 cas, on ne constatait pas la moindre trace d'une affection cardio vasculaire; mais les 2 autres malades étaient atteintes d'une insuffisance mitrale, parfaitement compensée d'ailleurs, et sans trace d'artériosclérose. Dans ces observations, l'accès débutait brusquement par une douleur intense au niveau du sternum, de l'hypocondre gauche ou de l'épigastre, avec irradiations dans le dos, l'omoplate gauche, le bras gauche ou les deux bras. Les accès, dont la durée variait de quinze minutes à six heures, étaient accompagnés d'une angoisse précordiale des plus nettes, d'arythmie et de faiblesse du pouls, avec dilatation du cœur rendue évidente par l'augmentation transversale de la matité cardiaque. Ces symptômes, de même que l'exagération des phénomènes douloureux au moindre mouvement de la patiente, montrent qu'il s'agissait bien dans l'espèce d'angine de poitrine vraie, et non de ces troubles plus ou moins vagues d'*angor pectoris* qu'on observe chez les neurasthéniques et les hystériques. D'autre part, comme les accès en question ont apparu à l'âge critique, qu'ils se répétaient tous les mois à l'époque où les malades avaient autrefois leurs règles, et qu'enfin ils se laissaient peu influencer par les médicaments narcotiques, M. Geissler estima que dans ces cas l'angine de poitrine était d'origine vasomotrice et se trouvait liée à la ménopause. Cette supposition fut confirmée par le succès de l'opothérapie ovarienne, qui, chez les quatre malades, ne tarda pas à supprimer les accès. Toutefois, comme il était facile de le prévoir, ce résultat ne fut que temporaire : lorsqu'on cessa le traitement, l'angine de poitrine ne tarda pas à se reproduire; mais il suffit de faire ingérer de nouveau de la substance ovarienne pour obtenir la disparition rapide des troubles paroxystiques.

Les appareils plâtrés avec armature en étain.

M. le docteur C. Hübscher, privatdocent d'orthopédie à la Faculté de médecine de Bâle, recommande de confectionner les appareils plâtrés (notamment en temps de guerre) au moyen de grillages en étain ou en étain-aluminium dont on se sert couramment, sous le nom de « métal déployé », pour la construction des murs, des planchers et des plafonds.

Le métal déployé est assez souple pour s'adapter à n'importe quelle partie du corps; il est, en outre, léger et d'un prix modique.

S'agit-il, par exemple, d'un appareil pour la jambe, on découpe dans le métal déployé, avec des ciseaux, une feuille de dimensions et de forme voulues, et on l'applique sur le membre, recouvert préalablement d'une couche d'ouate et enveloppé d'une toile d'emballage à larges mailles, qui doit dépasser partout les bords de l'armature métallique. On la recouvre ensuite de plâtre délayé dans de l'eau chaude additionnée d'une petite quantité d'alun, en ayant soin de faire pénétrer la pâte jusque dans les mailles de la toile d'emballage. Enfin, on rabat les portions excédantes de cette toile sur les bords du grillage. On obtient de la sorte un appareil d'immobilisation très solide et en même temps très léger.

Une précaution qu'il est indispensable de prendre pendant le découpage du métal déployé consiste à revêtir des gants de cuir, afin de ne pas se blesser les mains aux aspérités des surfaces de section.

Le collodion ichtyolé contre les nævi vasculaires des nourrissons.

M. le docteur P. Unna (de Hambourg) a pu se convaincre que les nævi vasculaires et même les angiomes — qu'il est si difficile de faire disparaître chez l'adulte et chez les enfants ayant dépassé un certain âge — peuvent être traités avec succès, lorsqu'il s'agit d'un nourrisson, par la compression au moyen du collodion ichtyolé.

Pour ce faire, on badigeonne le nævus deux ou trois fois par jour avec un mélange de 9 parties de collodion et de 1 partie d'ichtyol, jusqu'à ce qu'il se forme une croûte noirâtre épaisse qu'on laisse ensuite se détacher d'elle-même; puis on recommence les mêmes badigeonnages. Dans ces conditions, on voit le nævus s'affaisser de plus en plus et pâlir. Afin d'éviter les récidives, il faut continuer le traitement longtemps après la guérison apparente de la tache vasculaire.

On peut aussi associer ce procédé thérapeutique aux attouchements avec la pointe fine du thermocautère ou du galvanocautère. On pratique ces cautérisations immédiatement avant de commencer une série d'applications de collodion ichtyolé.

Les bains d'acide carbonique réalisés au moyen de simples enveloppements humides.

Un confrère autrichien, M. le docteur Hatschek, remplace avec avantage les bains chargés d'acide carbonique — que l'on emploie dans le traitement de certaines affections neuro-arthritiques — par un procédé fort simple qui consiste à produire un dégagement du gaz en question au niveau même de la peau.

On enduit le corps du patient de bicarbonate de soude (60 grammes environ) additionné d'eau chaude en quantité suffisante pour obtenir une masse de consistance pâteuse: puis on l'enveloppe d'un drap imbibé d'une solution de 50 à 55 grammes d'acide tartrique dans 2 litres d'eau; enfin, on frictionne à travers ce drap. Il se produit alors un dégagement abondant d'acide carbonique, qui exerce sur les téguments une action excitante et rubéfiante énergique.

REVUE GÉNÉRALE

De la hernie de force.

La question de l'origine traumatique des hernies a présenté jusqu'à ces dernières années un intérêt plutôt théorique, et les traités de chirurgie ne lui accordent qu'un espace fort restreint. Mais l'extension prise par l'assurance contre les accidents dans différents pays a eu pour conséquence d'en faire une question d'actualité, ce qui s'est traduit par un assez grand nombre de travaux tendant à ranger la hernie de force soit parmi les accidents traumatiques, soit parmi les affections qui n'ont rien à voir avec l'assurance.

L'activité des Sociétés d'assurance contre les accidents ayant augmenté en France aussi, il ne nous paraît pas inutile d'exposer ici les notions qui se rattachent à la question de la hernie de force.

I

On comprend par *hernie de force* l'apparition brusque d'une hernie sous l'influence d'un effort ou d'un traumatisme. Il paraîtrait donc rationnel de désigner cet accident sous le nom de hernie traumatique, si cette dénomination n'était pas réservée aux éventrations traumatiques produites par une solution de continuité des parois abdominales en dehors des ouvertures herniaires habituelles. Le terme employé dans la littérature médicale allemande est celui de *hernie par accident*.

Les traumatismes pouvant occasionner la formation d'une hernie sont très variables. Parfois, il s'agit d'un trauma extérieur, tel qu'une contusion de l'abdomen et de la région inguinale, ou une chute combinée avec un effort musculaire considérable, surtout chez des sujets chargés d'un fardeau plus ou moins lourd. Mais le plus souvent on a affaire à un effort sans traumatisme extérieur.

Des exemples de la première catégorie ont été relatés, entre autres, par M. Berger (1) et par M. Kaufmann. Le premier de ces auteurs a relevé dans 12 observations, comme cause de la hernie, un coup de pied de cheval; dans d'autres cas, il s'agissait de la chute d'un corps pesant sur l'abdomen d'un sujet tombé à la renverse, du passage d'une roue de voiture sur le corps, etc.

En ce qui concerne les hernies causées par des chutes, nous ne rappellerons, pour donner quelques exemples typiques, que le cas rapporté par M. Berger du clairon de zouaves qui, sonnant la charge à l'assaut de Malakoff, met le pied dans un trou, tombe et se relève avec une hernie; l'histoire de l'ouvrier qui soulève une lourde barre de fer, glisse en arrière et tombe pour se relever atteint de la même infirmité, et, enfin, le cas de l'individu qui en patinant se fait une hernie à la suite d'un mouvement brusque destiné à maintenir l'équilibre.

Dans tous ces cas, la contraction brusque des muscles abdominaux paraît jouer, comme le croit également M. Berger, le rôle principal dans la genèse de la hernie.

En fait de hernies déterminées par un traumatisme extérieur, il y a lieu de rappeler encore ces hernies artificielles que les habitants d'une partie de la Russie savent produire pour éviter le service militaire, en élargissant le canal inguinal au moyen d'un objet dur (2).

Quant aux hernies occasionnées, au dire des malades, par un simple effort, sans coopération d'un accident proprement dit ou d'une chute, elles constituent, d'après la statistique de M. Berger, la majorité des hernies de force.

(1) Berger. Résultats de l'examen de dix mille observations de hernies recueillies à la consultation des bandages au Bureau central du 4 février 1881 au 11 août 1884. Paris, 1896.

(2) Galin. Ueber Brüche in der Leistengegend künstlich-traumatischen Ursprungs. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 1.)

Il convient, à ce point de vue, de distinguer les cas de hernie dus à un effort répété (hernies professionnelles), et ceux dans lesquels la hernie survient chez un individu qui paraissait exempt de cette infirmité, sous l'influence d'un effort unique bien déterminé, et où ce phénomène s'accompagne d'une vive douleur. Il est évident que les faits de cette dernière catégorie méritent seuls d'être désignés sous le nom de hernies de force.

Pour ce qui est de la fréquence relative des hernies de force en général, M. Berger a trouvé que leur nombre constitue 30.8 % de toutes les hernies observées chez des sujets du sexe masculin âgés de plus de quinze ans.

Les chiffres fournis par les statistiques allemandes sont sensiblement inférieurs, ce qui s'explique par une interprétation plus restreinte du terme de hernie de force.

II

Il est évident que le traumatisme à lui seul ne suffit pas pour expliquer la formation d'une hernie, et il est indispensable d'admettre qu'il existe dans la plupart des cas une cause anatomique prédisposante. Cette cause n'est pas toujours la même. Nous devons, en effet, distinguer ici deux grandes catégories.

A la première appartiennent les sujets porteurs d'un sac préformé, existant, à leur insu, depuis la période embryonnaire. Il s'agit tout simplement de la persistance, sur une étendue plus ou moins considérable, du canal péritonéo-vaginal. Les faits de ce genre, connus depuis fort longtemps, sont devenus plus fréquents au fur et à mesure que le nombre des cures radicales a augmenté. L'opération d'une hernie, récente au dire du patient, permet le plus souvent de constater la présence d'un sac herniaire bien formé, et dont la nature congénitale ne saurait faire l'objet d'aucun doute. Il y a plus : il nous est fréquemment arrivé, en opérant, au cours de la même séance, l'autre côté qui paraissait présenter un élargissement anormal du canal, de trouver un sac herniaire parfaitement net. C'est ainsi que nous avons fait récemment une cure radicale chez un individu porteur d'une petite hernie inguinale gauche, sortie pour la première fois au moment où le patient soulevait une charge assez lourde. A droite, le canal inguinal était également élargi, sans que le malade eût jamais constaté une hernie de ce côté-là. Les parois abdominales étaient bien constituées et on ne remarquait point les trois saillies des ventres faibles. La cure radicale de la hernie gauche révéla la présence d'un sac herniaire dont la séreuse portait un épaississement manifeste et d'ancienne date, au niveau de l'anneau interne. Il s'agissait donc évidemment de la sortie de l'intestin dans un sac préformé et inoccupé jusqu'au moment du traumatisme. Nous profitâmes de l'anesthésie générale pour opérer aussi, selon le désir du patient, le côté droit. Ici, nous trouvâmes un sac herniaire de 5 à 6 centimètres de long, offrant un calibre à peine plus grand que celui d'un crayon. La séreuse portait, comme à gauche, une plaque épaissie au niveau de l'anneau interne. Ce sac était évidemment trop étroit pour être habité par l'intestin ou par une portion d'épiploon quelque peu appréciable, mais un effort plus ou moins considérable aurait pu suffire pour l'élargir et pour amener la formation d'une hernie à droite.

Nous avons été frappé de la bilatéralité de cette forme de prédisposition herniaire, surtout chez les enfants des deux sexes. Elle se rencontre, d'ailleurs, chez les sujets dont les parois abdominales sont normalement constituées aussi bien que chez les individus à muscles abdominaux faibles.

Une autre forme de prédisposition herniaire, sur laquelle M. Kocher a attiré l'attention (1), consiste en une proéminence conique du péritoine au niveau de l'anneau interne, sans qu'il y ait un sac herniaire proprement dit. La cause première de cette prédisposition réside en un élargissement, souvent congénital, de l'anneau inguinal interne, avec défaut de résistance des parois du canal (hernie de faiblesse de Kingdon). C'est dans cette forme que l'on constate à l'examen du patient ce choc intestinal caractéristique de la pointe de hernie. Ajoutons que cette pointe de hernie ne doit pas être confondue, comme on le fait fréquemment, avec la hernie inguinale interstitielle.

(1) Kocher. Ueber Hernien-Disposition. (*Corresp.-Bl. Schweiz. Aerzte*, 15 juin 1898.)

Reste à savoir si le traumatisme peut occasionner la formation d'une hernie en l'absence de toute prédisposition. Cette éventualité n'est pas admise par la plupart des chirurgiens. Toutefois, M. Kaufmann (1), dans son excellent travail, n'écarte pas d'une manière absolue la possibilité de l'origine traumatique d'une hernie sans altération préexistante du péritoine et il invoque, à l'appui, la production de hernies de force après des cures radicales dans lesquelles le sac avait été entièrement enlevé. Quoi qu'il en soit, cette étiologie ne paraît pas être fréquente, et l'on ne se trompera guère en admettant, dans la plupart des cas de hernies de force, l'existence antérieure d'une prédisposition anatomique.

III

Nous allons maintenant passer en revue les différentes lésions produites par les traumatismes en n'envisageant que la hernie inguinale externe, qui est de beaucoup la plus fréquente.

En ce qui concerne le *sac herniaire*, la conséquence du traumatisme consiste le plus souvent dans la sortie de l'intestin et de l'épiploon dans un sac préformé. Il en résulte un élargissement plus ou moins notable de ce sac, tant au niveau du collet que sur le reste de son étendue. Cette dilatation devient, à partir de ce moment, un fait acquis, et elle rend possible une sortie de la hernie à l'occasion d'efforts beaucoup moins considérables que le premier.

Chez les prédisposés qui ne présentent pas de sac herniaire proprement dit, mais une proéminence conique du péritoine (pointe de hernie, d'après la définition de M. Kocher), le traumatisme amène, avec la sortie de l'intestin, un élargissement indéniable du péritoine et la formation d'un sac. Ce processus se trouve facilité par le défaut de résistance des parois du canal inguinal, d'une part, et par la grande élasticité du péritoine, d'autre part. Ici également c'est le traumatisme, dans le sens le plus large du mot, qui crée la hernie.

Au point de vue des lésions subies par les *parois du canal inguinal*, nous pouvons distinguer trois éventualités. Dans la première, la sortie de l'intestin dans un sac herniaire préformé ne s'accompagne d'aucune altération des éléments du canal inguinal. Dans d'autres cas, les plus fréquents, elle est suivie d'une dilatation plus ou moins notable de l'anneau interne d'abord, puis du canal lui-même et de l'anneau externe. Enfin, dans une troisième série de faits, dont M. Stucki (2) a relaté un exemple, il s'agit non seulement d'une dilatation du canal, mais encore d'une déchirure de sa paroi antérieure. Dans le cas observé par M. Stucki, l'examen pratiqué après l'accident permit de constater la présence d'un épanchement sanguin, et l'opération, effectuée séance tenante, montra une déchirure de la paroi antérieure du canal, sur une étendue de 4 centimètres, accompagnée d'une imbibition des tissus par le sang épanché. Ce fait est d'autant plus remarquable que le traumatisme avait consisté ici tout simplement dans un effort auquel l'individu s'était livré en jouant aux quilles.

(1) Kaufmann. Handbuch der Unfallverletzungen, p. 278. Stuttgard, 1897.

(2) Stucki. Zur Frage der Haftpflicht bei Hernienunfällen. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er oct. 1899, p. 589.)

IV

Nous n'avons eu en vue jusqu'à présent que les hernies inguinales, qui constituent la grande majorité des hernies par accident. Les hernies crurales, ombilicales et épigastriques peuvent cependant aussi être d'origine traumatique.

En ce qui concerne la hernie crurale, nous rappellerons le cas publié par M. Eonnet (1), sur lequel nous reviendrons plus loin.

Pour ce qui est des hernies ombilicales, M. Kaufmann en relate plusieurs observations.

Quant à la hernie épigastrique, M. Witzel est d'avis que, dans la moitié des faits tout au moins, elle est d'origine traumatique; mais M. König est loin de partager cette manière de voir, et M. Rinne estime que les hernies de ce genre ne peuvent être de nature traumatique que dans des cas exceptionnels (2).

V

Il nous paraît indispensable, en traitant de l'origine traumatique des hernies, d'étudier les complications qui peuvent se produire chez les sujets atteints de hernie, soit au moment de la formation de cette dernière, soit une fois la hernie établie.

Il résulte de nombreuses observations que l'*étranglement* accompagne assez souvent l'apparition des hernies de force. Il serait, cependant, exagéré de prétendre, à l'exemple de quelques auteurs, que cette coïncidence constitue une règle absolue.

Quant aux hernies produites par l'action d'une force extérieure (contusion, écrasement, chute), nous en citerons un exemple emprunté à notre pratique personnelle. Il s'agit d'un homme qui, en urinant la nuit par la fenêtre, tomba d'un second étage et se fit une fracture du bassin et du fémur du côté droit, avec étranglement d'une hernie inguinale épiploïque. Cet étranglement était causé par une fracture en bec de flûte du pubis dont la branche horizontale venait comprimer la région de l'anneau inguinal interne.

Kries a relaté le cas d'un charpentier qui, après avoir sauté d'une certaine hauteur, éprouva une vive douleur, et chez lequel on constata l'existence d'une hernie étranglée.

Les hernies de force produites par un effort sans coopération d'une force extérieure, se combinent souvent avec un étranglement, et ce dernier se rattache généralement à un effort.

Nous pourrions rappeler ici le fait observé par M. Eonnet et que nous avons mentionné plus haut : un ouvrier, âgé de quarante ans, qui n'avait jamais présenté la moindre trace de hernie, reçut sur l'épaule droite le tronc d'un chêne qu'il venait de déraciner. Sous l'influence du poids, il se pencha brusquement en avant, mais ne tomba pas; il put aussitôt se redresser, fit une dizaine de pas et s'affaissa en vomissant. Il éprouva comme un coup de fouet dans l'aine droite. Deux heures après, le médecin trouva, en dehors d'une compression de la moelle épinière par lésion de la colonne vertébrale, une grosse hernie crurale longeant l'arcade et venant contourner l'épine iliaque antérieure et supérieure, pour se terminer en arrière, à 8 centimètres au-dessous de la crête iliaque. Le blessé succomba au bout de quarante-huit heures à une paralysie ascendante de la moelle épinière. L'autopsie permit de constater la présence, dans le tissu cellulaire sous-cutané, d'une anse intestinale de 42 centimètres de long, qui s'était échappée à travers l'anneau crural. Le fascia superficialis et la lame criblée se trouvaient refoulés et déchirés par l'intestin grêle qui ne paraissait pas être enfermé dans un sac herniaire.

Un accident beaucoup plus rare que l'étranglement est constitué par la *contusion de la hernie*, pouvant amener une rupture d'intestin.

(1) Eonnet. Hernie crurale énorme produite dans une flexion brusque et forcée de la colonne vertébrale en avant. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 10 nov. 1898.)

(2) Kaufmann. (*Loc. cit.*, p. 294.)

Cette contusion peut avoir encore une autre conséquence, comme le montre le fait relaté par M. Sick (1). Un ouvrier, porteur depuis nombre d'années d'une hernie inguinale externe, en essayant de soulever une caisse lourde, la fit tomber sur ses cuisses et sur le scrotum. La hernie augmenta de volume et devint irréductible. L'opération montra que le sac herniaire avait subi une déchirure par laquelle l'intestin était sorti pour venir se loger entre les enveloppes du cordon spermatique et les parois du sac.

VI

Nous en arrivons à la partie *médico-légale* de cette étude, qui donne à notre sujet un intérêt d'actualité au point de vue de l'assurance contre les accidents.

Il s'agit de trancher la question de savoir si la hernie de force doit être considérée ou non comme un accident.

Cette question a suscité, ainsi que nous l'avons dit au début, de nombreuses discussions dans les pays où les ouvriers sont assurés contre les accidents de par la loi. Les conclusions des différents chirurgiens et médecins légistes n'ont pas abouti à une entente générale. Les uns, avec M. Blasius et M. Krönlein, soutiennent l'opinion de Kingdon, à savoir que la hernie n'est pas un accident, mais une maladie. C'est ainsi que M. Blasius (2) n'admet pas la formation subite d'une hernie et prétend, d'autre part, que la sortie soudaine de l'intestin dans un sac herniaire préexistant amène régulièrement un étranglement. M. Krönlein (3) est d'avis que tout individu chez lequel on note une prédisposition herniaire doit être considéré comme étant atteint d'une hernie, puisqu'il est porteur d'un sac herniaire et que cette prédisposition anatomique doit aboutir fatalement tôt ou tard à la formation d'une hernie, qu'il intervienne ou non un traumatisme extérieur ou un effort. Ceux-ci ne joueraient que le rôle d'une cause occasionnelle dont l'importance est tout à fait minime, la hernie préexistant, pour ainsi dire, anatomiquement.

Ces arguments ne sont pas cependant restés sans provoquer d'objections. C'est ainsi que Socin (4) a fait très judicieusement remarquer que les sujets chez lesquels il existe un petit sac herniaire vide, loin d'être nécessairement prédestinés à devenir des hernieux, peuvent, au contraire, atteindre un âge avancé, sans que l'intestin s'échappe jamais de la cavité abdominale. Ces individus peuvent même présenter une capacité normale de travail, malgré l'existence de ce sac herniaire. Or, la sortie de l'intestin sous l'influence d'un traumatisme diminue cette capacité de travail.

M. Kocher, en établissant l'existence d'une prédisposition herniaire spéciale, caractérisée par la proéminence conique du péritoine et par la faiblesse de la région inguinale, insiste sur l'injustice qu'il y aurait de ne pas accorder d'indemnité aux malades de cette dernière catégorie, lorsqu'ils sont atteints d'une hernie de force.

M. Kaufmann est également d'avis que les cas de hernie de force dûment constatés doivent être considérés comme des accidents, et non pas comme une simple phase du développement d'une hernie. La même opinion est soutenue par M. Thiem.

Pour notre part, nous partageons l'avis de ces derniers chirurgiens, estimant qu'il est impossible d'identifier la prédisposition herniaire avec le fait de l'existence d'une hernie, et que tout prédisposé n'est pas nécessairement prédestiné à devenir hernieux dans le sens propre du mot. Admettons, du reste, avec M. Krönlein que toute apparition d'une hernie soit liée à l'existence antérieure d'un sac herniaire, et supposons qu'un jeune homme de vingt-cinq ans, offrant une prédisposition herniaire, se soit fait une hernie de force. Or, d'après les tableaux établis par M. Berger (1), sur 12,437 hernies observées chez des sujets du sexe masculin, 7,197 se sont développées entre l'âge de vingt-cinq et soixante ans et 1,930 après soixante ans. En tenant compte, en outre, que notre sinistré, âgé de vingt-cinq ans, peut vivre encore jusqu'à soixante ans (durée moyenne de la vie pour les individus du sexe masculin), nous constatons qu'il aurait eu 20 % de chances de ne pas devenir hernieux. Ajoutons que, même en se trouvant parmi les individus devenus hernieux avant l'âge de soixante ans, il aurait eu toutes les chances, d'après les calculs de M. Berger, d'être frappé de cette infirmité entre quarante et quarante-cinq ans seulement, et non pas à vingt-cinq ans.

Ce simple calcul prouve que la prédisposition herniaire peut rester latente pendant de longues années, sinon durant toute la vie, et que ce n'est, par conséquent, pas en raison de l'évolution de la maladie que l'individu prédisposé devient hernieux sous l'influence d'un traumatisme.

Il n'est pas sans intérêt de connaître la juridiction établie à cet égard dans les différents pays, notamment dans ceux où fonctionne l'assurance obligatoire des ouvriers.

En Allemagne, le *Reichsversicherungsamt*, l'autorité suprême en matière d'affaires d'accidents, reconnaît aux sujets porteurs d'une hernie de force le droit à une indemnité, pourvu que la sortie de la hernie sous l'influence d'un traumatisme ou d'un effort extraordinaire soit suffisamment prouvée, et que l'individu n'ait pas présenté de hernie en ce même endroit avant l'accident. Le droit à l'indemnisation n'est pas diminué par l'existence d'une prédisposition herniaire.

En Autriche, on considère comme des accidents les hernies produites par une contusion de l'abdomen ou une chute, ainsi que celles qui résultent d'un effort violent.

En Suisse, le Tribunal Fédéral s'est basé jusqu'à présent sur des principes analogues à ceux qu'a adoptés le Reichsversicherungsamt. Il est, cependant, d'usage de diminuer l'indemnité quand il s'agit d'un individu manifestement prédisposé à la formation d'une hernie.

En France, l'assurance obligatoire des ouvriers n'existant pas, la question ne s'est pas encore posée d'une manière officielle.

Quant à l'assurance individuelle, indépendante de la loi, la pratique des différentes Compagnies d'assurance contre les accidents est sensiblement variable. Si les unes (parmi lesquelles nous comptons des Sociétés françaises importantes) excluent, de parti pris, de l'indemnisation la hernie de force, il en est d'autres qui la considèrent comme accident.

On nous objectera que cette dernière pratique expose à des abus inévitables et constitue une lourde charge pour les Compagnies d'assurance, si l'on tient compte du chiffre de 30.8 % indiqué par M. Berger. Mais nous ferons remarquer que ce danger est moins grave qu'on ne le croit, pourvu qu'on procède dans chaque cas à un examen minutieux de toutes les circonstances pouvant élucider la nature de la hernie. C'est grâce à cette mesure que, en Suisse, le nombre des hernieux indemnisés, sur un chiffre de 200,000 assurés, n'atteint qu'une moyenne annuelle de 14 cas.

Comme première précaution contre les abus, on doit exiger que le sinistré se fasse examiner aussitôt que possible après l'accident et que le médecin procède à cet examen avec toute la minutie indispensable dans une question aussi délicate.

(1) Sick. Ein Fall von Bruchsackruptur. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, XLVII, 2-3.)

(2) Blasius. Bruchschäden und Unfallversicherungsgesetz. (*Monatssch. f. Unfallheilk.*, 1894, p. 373.)

(3) Krönlein. Rapport médico-légal, cité par M. Hiestand, *in* Unterleibsbruch und Unfallsbegriff. Zurich, 1897.

(4) Socin. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er déc. 1898, p. 729.)

(1) Berger. (*Loc. cit.*, p. 106.)

Parmi les signes susceptibles de mettre en évidence la nature traumatique d'une hernie, nous mentionnerons surtout la douleur vive que le patient éprouve au moment de la sortie de l'intestin dans le sac herniaire. Cette douleur oblige en général le sujet à interrompre son travail et à consulter le médecin, et il y a lieu de ne pas croire à l'existence d'une hernie d'origine traumatique, si l'individu a pu continuer son travail. Cette règle souffre cependant certaines exceptions, notamment quand il s'agit de sujets indolents. Dans un cas relaté par M. Maréchaux (1), le sinistré ne ressentit d'abord qu'une forte secousse, tandis que la douleur ne survint qu'au moment de l'examen médical et fut très violente quelques instants après.

La manière dont l'accident s'est produit joue également un rôle assez important dans la question de l'origine traumatique de la hernie. Toute discussion devient inutile si la formation de la hernie a eu lieu au moment d'un traumatisme grave. Il n'en est pas ainsi lorsqu'il s'agit d'un simple effort. C'est pour cette raison qu'on exige généralement la preuve d'un travail ou d'un effort extraordinaire, ou dépassant sensiblement les efforts fournis d'habitude par l'individu en question. Cette restriction a certainement son utilité, bien qu'il soit injuste, comme le dit M. Stucki, d'en faire une règle absolue. Il est, en effet, fort possible que l'accident se produise chez un homme fournissant un travail à peu près normal mais dans une position défavorable, telle que l'écartement des extrémités inférieures. Nous rappellerons ici que M. Berger insiste tout particulièrement sur ce fait que les hernies de force se produisent chez des sujets se trouvant dans une « fausse position ».

A côté de ces signes positifs — traumatisme ou effort plus ou moins considérable, douleur intense au moment de l'accident, étranglement éventuel —, le médecin doit rechercher soigneusement les symptômes qui plaident en faveur d'une hernie préexistante, et non pas d'une simple prédisposition herniaire. Il s'informera surtout si le patient a déjà été examiné au point de vue de l'existence d'une hernie, à l'occasion du service militaire par exemple. Il est évident que le résultat positif d'un examen antérieur fera écarter l'hypothèse d'une hernie de force. Quant au résultat négatif, il n'offre une certaine importance que dans le cas où l'exploration a été pratiquée à une date assez rapprochée du moment de l'accident, et encore est-il fort possible qu'une petite hernie — peut-être interstitielle — ait échappé à l'attention du médecin chargé de l'examen.

Les constatations objectives faites sur le sinistré ont une valeur plus considérable encore que les commémoratifs. C'est ainsi qu'une largeur considérable du canal inguinal permettra d'écarter avec beaucoup de probabilité le diagnostic de hernie de force, surtout si ce canal a perdu sa direction oblique. Le volume de la hernie présente également une certaine importance. D'après M. Kaufmann, on doit se prononcer contre l'origine traumatique d'une hernie qui est plus grosse qu'un citron. Cette règle n'est pas cependant absolue, comme le prouve le cas observé par M. Eonnet.

Un signe important, relevé également par M. Kaufmann, consiste dans le fait de l'irréductibilité de la hernie sans coexistence de symptômes d'étranglement. Cette irréductibilité est l'indice d'anciennes adhérences du contenu avec le sac herniaire.

Nous n'avons guère besoin d'ajouter que la simulation de la part du prétendu sinistré est évidente dans le cas où l'on constate au niveau du canal inguinal des traces du port d'un bandage herniaire.

On se prononcera avec réserve toutes les fois que le sinistré dit s'être fait deux hernies de force à la fois, car la sortie simultanée de deux hernies inguinales constitue un fait d'une extrême rareté.

La coexistence d'une ectopie testiculaire plaide également, d'après M. Kaufmann, contre le diagnostic d'une hernie de force, cette ectopie s'accompagnant très souvent, non seulement d'une prédisposition herniaire, mais encore d'une hernie bien développée.

L'existence d'une hernie ou d'une prédisposition herniaire du côté opposé à celui de la prétendue hernie de force est faite aussi pour éveiller des soupçons.

Enfin, comme circonstances qui militent plutôt en faveur d'un développement lent de la hernie, nous mentionnerons encore l'âge avancé du prétendu sinistré, et le fait qu'il s'était montré, antérieurement à l'accident, incapable de travaux pénibles, malgré une constitution robuste.

Il est évident que le médecin doit pouvoir constater l'existence de la hernie incriminée. Il nous est arrivé, à plusieurs reprises, de voir des ouvriers porteurs d'une épididymite aiguë ou d'un bubon inguinal, se croyant ou tout au moins se disant atteints d'une hernie de force.

La hernie de ce genre une fois constatée, les autorités compétentes pourront demander au médecin légiste de déterminer si le sinistré offrait une prédisposition herniaire ou non. On ne peut répondre d'une façon catégorique lorsqu'il s'agit de sujets à parois abdominales normales mais qui portent un petit sac herniaire congénital, à moins qu'on ne constate une hernie parfaitement développée ou seulement interstitielle du côté opposé. Par contre, la réponse sera affirmative pour des individus à parois abdominales flasques, à ventre trilobé, surtout si la région inguinale du côté sain est le siège d'une pointe de hernie. Enfin, la prédisposition est probable chez des sujets issus d'une famille de hernieux.

Dans les cas où le sinistré a subi la cure radicale, on demandera au médecin s'il a constaté lors de l'opération les signes d'une hernie traumatique, question souvent fort délicate et qui, d'après notre propre expérience, ne pourra pas être élucidée dans la plupart des cas. On notera, cependant, que l'existence d'un sac herniaire mince, sans adhérences anormales avec les éléments du cordon ni épaississement des enveloppes de ce dernier, permet d'admettre une hernie récente, traumatique ou non, tandis qu'un épaississement diffus du sac et des adhérences avec le cordon plaident en faveur d'une hernie ancienne. C'est ainsi que nous avons été à même récemment d'exclure l'origine traumatique d'une hernie chez un sujet prétendant être atteint d'une hernie de force, mais dont la porte était large et dont le sac herniaire accusait un épaississement diffus et des adhérences notables avec le cordon. Il n'en est pas ainsi d'un épaississement circonscrit du péritoine, au niveau de l'anneau interne, épaississement qui peut se rencontrer dans un sac herniaire absolument inhabité. On se trouvera rarement dans des conditions analogues à celles qui, dans le cas relaté par M. Stucki, ont rendu évident le traumatisme par le fait de l'existence d'une déchirure des parois du canal et d'un épanchement sanguin. Cette preuve décisive du traumatisme s'observerait peut-être plus souvent si l'on était à même d'opérer toutes les hernies traumatiques dès les premiers jours qui suivent l'accident.

VII

Il nous reste à examiner l'influence que la hernie de force est susceptible d'exercer sur la capacité de travail du patient, car il est évident que le sinistré n'aurait aucun droit à une indemnité, si le développement d'une hernie n'entraînait pas de diminution de ses facultés physiques.

Ici encore, les avis sont partagés. D'après M. Blasius, l'existence d'une hernie ne diminue pas la capacité de travail, pourvu que cette hernie puisse être retenue par un bandage. Cet auteur estime même qu'un sujet porteur d'une hernie manifeste se trouve dans de meilleures conditions, à partir du moment de l'apparition de la hernie, puisqu'il peut se préserver de l'étranglement herniaire par le port d'un bandage. Nous n'avons pas besoin de dire que ces arguments sont loin d'être probants. La plupart des chirurgiens déclarent, au contraire, que l'existence d'une hernie constitue toujours une infirmité. Cette infirmité est subjective, comme le dit Socin (1), parce que, étant porteur d'une hernie, l'ouvrier sera refusé dans nombre d'emplois, et objective, parce que la hernie a désormais une tendance marquée à sortir et à incommoder le patient. Le second argument de M. Blasius est encore moins valable, puisque nous savons que le port d'un bandage ne préserve en aucune façon de l'étranglement.

M. Hiestand soutient — en se basant sur les conclusions formulées par M. Krönlein — l'opinion que la première sortie de l'intestin dans le sac herniaire pourrait être empêchée par le port d'un bandage, et que l'infirmité est toujours antérieure à l'accident incriminé. Mais, en réalité, il existe une diminution de la capacité de travail à partir du moment de la première sortie de la hernie, et le port d'un bandage est loin d'être aussi efficace que paraissent le croire M. Blasius et M. Hiestand.

Ceci dit, reste à savoir quel est le degré de diminution de la capacité de travail qu'occasionne l'existence d'une hernie. Il est évident que cette appréciation ne peut être qu'approximative. En Allemagne, le Reichsversicherungsamt accorde en général au sujet atteint d'une hernie unilatérale de force une indemnité équivalente à 10 % de diminution de la capacité de travail. Cette indemnité est augmentée jusqu'à 50 % si la nature de l'occupation du sinistré est incompatible avec l'existence d'une hernie, et si le sinistré est obligé par le fait de changer de métier. Quand il s'agit de hernies doubles, l'indemnité accordée est de 15 %. En Suisse, où les indemnités sont payées en une fois et non pas sous forme de rentes, les sommes déboursées aux ouvriers par les Compagnies d'assurances, en vertu des décisions des tribunaux, varient de 500 à 2,000 fr., la prédisposition herniaire étant d'ailleurs considérée comme un fait susceptible de diminuer la responsabilité du patron et de la Compagnie.

Ce dernier point mérite d'être pris en considération. Il semble, en effet, injuste à l'égard du patron ou de la Compagnie d'assurances, de les rendre responsables des conséquences d'une prédisposition pathologique de leur ouvrier, et l'on peut se demander si, en cette matière, la jurisprudence des tribunaux suisses n'est pas préférable à celle du Reichsversicherungsamt allemand. Les sujets offrant une faiblesse incontestable de la région inguinale ne devraient pas, en effet, embrasser des métiers trop pénibles qui les exposent à la production de hernies. Il serait donc rationnel, à notre avis, de tenir compte d'une manière générale, dans l'appréciation de l'indemnité, de la fréquence de la prédisposition herniaire chez les sujets atteints de hernies de force, et de faire valoir cette considération dans les cas surtout où les signes de cette prédisposition sont manifestes.

VIII

En terminant, nous allons examiner rapidement la question de savoir si la Compagnie d'assurances a le droit d'imposer au sinistré la cure radicale. Jusqu'à présent, cette question a toujours été résolue négativement. Ce serait évidemment un avantage pour les Compagnies que de pouvoir borner l'indemnité aux frais de l'opération, et il faut reconnaître que la cure radicale est dans l'intérêt même du sinistré. Mais il est incontestable qu'une Compagnie n'a pas le droit d'obliger ses assurés à subir une opération qui ne paraît pas indispensable. Rap-

(1) Maréchaux. Leistenbrüche und Unfallversicherungsgesetz. (*Aerztliche Sachverständig.-Ztg.*, 1899, n° 17.)

(1) Socin. (*Loc. cit.*)

pelons, cependant, que dans l'armée suisse la seule indemnité accordée aux soldats chez lesquels une hernie de force s'est produite pendant le service consiste dans la cure radicale gratuite, et dans l'indemnisation du temps perdu par suite de cette cure. Sans prétendre que les Compagnies d'assurances puissent adopter cette règle de conduite, nous estimons que tout individu porteur d'une hernie d'origine traumatique, et auquel la Compagnie ne reconnaîtrait pas d'infirmité permanente, doit tout au moins avoir le droit d'exiger le payement des frais de la cure radicale comme minimum d'indemnisation.

Dr F. DE QUERVAIN,
Chirurgien de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds.

MÉDECINE PRATIQUE

Le cacodylate de soude administré par le tube digestif.

Le 2 mars, il y a eu à la Société médicale des hôpitaux de Paris une levée de boucliers quasi unanime contre l'administration du cacodylate de soude *par le tube digestif*.

Donner le cacodylate par la bouche ou par le rectum, a dit M. le professeur A. Gautier, c'est transformer, déformer le traitement, et le rendre plus ou moins inactif ou nuisible. Rien n'est plus inoffensif que l'acide cacodylique quand il pénètre par la peau; mais rien aussi n'est plus instable que ce médicament, ni plus facile à transformer partiellement en un produit extrêmement vénéneux, lorsqu'il est absorbé par le conduit gastro-intestinal. Là, l'acide cacodylique trouve en abondance des matières réductrices, qui le transforment partiellement en un produit toxique que décèle l'odeur d'ail intense, très désagréable, fatigante, que prennent la peau et l'haleine. D'un médicament inoffensif, on fait en agissant ainsi un produit vénéneux qui traduit son action par des troubles gastro-intestinaux, des douleurs épigastriques, de la fatigue générale, quelquefois de la diarrhée et de la perte de poids du sujet. L'urine diminue, devient albumineuse..... M. le professeur Teissier (de Lyon) a confirmé cliniquement ce dernier fait.

Pour M. Hirtz, l'usage du cacodylate à l'intérieur se heurte, en général, à des répugnances justifiées par l'odeur alliacée que ce médicament donne à l'haleine.

M. Rendu a vu, chez ses malades, le cacodylate administré par la bouche produire rapidement des phénomènes d'intolérance.

Seul, M. Dalché n'a jamais observé d'accidents ni de phénomènes d'intolérance proprement dits, en administrant le médicament par cette voie.

La cause semble donc entendue.

Par le tube digestif, le cacodylate est mal toléré; au lieu de faire du bien, il est dangereux. Il faut, par conséquent, renoncer à ce mode d'administration.

Les praticiens seront impressionnés par cette proposition qui réduit considérablement les applications du cacodylate hors de l'hôpital, car, dans la clientèle, et plus particulièrement à la campagne, l'injection hypodermique ne peut être qu'un mode rare d'application thérapeutique, surtout pour un médicament qui doit être administré régulièrement et pendant longtemps.

Je considère, pour ma part, *comme prématurée cette condamnation de l'administration du cacodylate par la voie digestive.*

Comme tous les médecins, j'ai beaucoup employé le cacodylate pendant ces derniers mois; le plus souvent, je l'ai administré par la bouche ou par le rectum : je puis le dire très nettement, *l'intolérance a été l'exception*, et, dans beaucoup de cas, le cacodylate pris *per os* non seulement a été bien supporté, mais encore a produit de très heureux effets thérapeutiques.

N'ayant pas le temps de remonter bien haut, j'ai réuni, avec l'aide de mon chef de clinique, M. le docteur Gibert, des notes sur mes 13 derniers malades de la clinique et sur 3 de la consultation. En voici le résumé :

Aucun n'a présenté l'odeur alliacée. Chez une jeune fille qui a pris du cacodylate durant tout l'hiver, la mère a constaté que l'haleine de la malade était devenue désagréable; mais la jeune fille elle-même ne s'en est pas doutée. Un jeune homme, étudiant en médecine, s'observant et s'analysant à dessein, a éprouvé un goût fade peu agréable, mais nullement l'odeur de l'ail, qu'il connaît très bien et que d'ailleurs il ne peut pas supporter.

Chez aucun malade, il n'y a eu de phénomènes d'intolérance gastro-intestinale, et, chez aucun, il n'a fallu supprimer le médicament pour ce motif. Une des patientes a cependant l'estomac très délicat et fragile. Une autre avait même de l'entérite que je considérais comme tuberculeuse.

Plusieurs de ces malades ont notablement engraissé. Je citerai particulièrement une choréique et une basedowienne qui ont très bien supporté le médicament pris par la bouche pendant longtemps et ont augmenté de plusieurs kilogrammes. 4 tuberculeux (sur cette série de 16 malades) ont également engraissé.

Chez tous les malades qui ont engraissé, il y a eu d'abord *augmentation de l'appétit.*

Les résultats que j'indique là sont appuyés sur un nombre de cas bien supérieur aux 16 observations que j'ai sous les yeux.

A quoi tiennent ces conclusions, si différentes de celles de mes confrères de Paris?

Je ne pense pas qu'on admette que *dans le Midi* nous sommes tellement habitués à l'ail, que l'oxyde de cacodyle perde, en Provence, ses propriétés désagréables et vénéneuses.

Il y a deux conditions plus sérieuses sur lesquelles je puis attirer l'attention.

D'abord, dans le traitement par le cacodylate, comme dans tous les traitements de longue durée, je fais toujours des coupures : dix jours de repos après chaque période de dix jours de traitement, par exemple.

En second lieu, j'emploie toujours des doses faibles, de 0 gr. 02 à 0 gr. 05 centigr. par jour.

A ce dernier point de vue, je dirai cependant que mon collègue M. Brousse prescrit de beaucoup plus hautes doses (0 gr. 25 ou 0 gr. 30 centigr. par jour) dans son service de dermatologie et qu'il n'a pas non plus observé de phénomènes d'intolérance en utilisant la voie digestive. Un de ses malades a même ingéré, par erreur, 0 gr. 50 centigr. par jour pendant trois jours et n'en a pas éprouvé de grands inconvénients.

Quoi qu'il en soit, je me permets de conclure que si l'injection hypodermique reste le mode d'application de choix pour les hautes doses ou dans les cas d'intolérance gastro-intestinale, *on peut, en général,* chez la plupart des malades, *commencer par administrer le cacodylate par la bouche* (ou par le rectum). Dans beaucoup de cas, il y aura tolérance et l'on pourra obtenir de bons effets thérapeutiques. S'il y a intolérance ou si les effets attendus ne se produisent pas, on devra avoir recours aux injections hypodermiques.

Dr J. GRASSET,
Professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mars 1900.

La gripe et son traitement.

M. Fernet. — La grippe est une maladie toxi-infectieuse, contagieuse, caractérisée surtout par des troubles nerveux, de la fièvre et des congestions viscérales.

Le bacille de Pfeiffer en est la cause prochaine, mais ce sont les toxines fournies par ce bacille qui déterminent la plupart des accidents; l'élimination de ces toxines par les urines juge la maladie.

Ces principes étant posés, j'estime que la prophylaxie de la grippe consiste dans les pratiques d'isolement, quand elles sont réalisables, et dans l'antisepsie du nez et de la bouche, qui sont les portes d'entrée ordinaires du germe infectieux.

A défaut d'un remède spécifique qui reste encore à trouver, les indications thérapeutiques de la grippe sont les mêmes que celles des maladies toxi-infectieuses en général. Elles consistent : 1° à alimenter le malade dans la mesure du possible, de façon à lui permettre de résister à la maladie sans trop de dommages; 2° à favoriser l'élimination des éléments nuisibles par les divers émonctoires, et spécialement par les reins.

Le lait et la cure hydrique me paraissent répondre le mieux à ces deux indications.

Si l'absorption des boissons par l'estomac présente des difficultés, on y suppléera en prescrivant des lavements de lait pur ou coupé avec une eau alcaline, ou des injections sous-cutanées d'eau salée.

Lorsque la fièvre est intense, il faut la combattre par des lotions froides renouvelées suivant les besoins, par des enveloppements froids de très courte durée ou même par des bains froids.

Quant aux congestions viscérales et surtout aux congestions pulmonaires qui paraissent dépendre d'une parésie du pneumogastrique et qui sont accompagnées d'une tachycardie de même origine, je ne connais pas de meilleur remède à leur opposer que la compresse mouillée froide, appliquée sur la région malade, ou l'enveloppement de la poitrine, pendant une demi-minute, avec une serviette imbibée d'eau froide.

Ces applications, dont l'effet est immédiat, peuvent être renouvelées toutes les heures ou toutes les deux heures suivant les circonstances.

En ce qui concerne le traitement médicamenteux proprement dit (quinine, antipyrine, etc.), je considère son rôle comme tout à fait accessoire. Je dois faire cependant une exception pour la strychnine qui, administrée en injection sous-cutanée à la dose de 1/3 de centimètre cube d'une solution au centième, m'a donné dans certains cas de bons résultats.

M. le Secrétaire perpétuel lit une note de M. Mignot (de Chantelle) qui recommande de combattre l'état saburral des voies digestives, au début de la grippe, par l'emploi de 0 gr. 20 ou 0 gr. 30 centigr. de calomel administrés à doses fractionnées.

Si la toux persiste et s'accompagne des signes de la congestion pulmonaire, il faut prescrire un vésicatoire, suivi au besoin de plusieurs autres, au niveau du point douloureux.

On devra maintenir nuit et jour une température de 18 à 20° dans la chambre du malade.

Des luxations soudaines de la hanche dans la période de début de la coxalgie.

M. Kirmisson. — Je désire appeler l'attention sur une forme particulière de luxations de la hanche qui surviennent soudainement au début de la coxalgie.

Le traumatisme ne joue aucun rôle dans leur pathogénie, car le déplacement de la tête fémorale peut se produire même lorsque le malade est maintenu au lit. Il est probable que l'agent de la luxation est ici la brusque contraction des muscles péri-articulaires qui provoque si souvent les soubresauts, les douleurs vives et les cris des malades pendant la nuit, dès que le membre n'est pas suffisamment contenu par un appareil immobilisateur.

Ces luxations, par cela même qu'elles surviennent au début de la coxalgie, n'entraînent que peu de lésions du côté de l'articulation. Sans doute, on peut observer la présence de liquide ou de fongosités articulaires; mais, ainsi que la radiographie m'a permis de le constater, il n'y a pas de destruction osseuse. Sous ce rapport, les luxations en question sont comparables aux luxations traumatiques, ou, mieux encore, aux luxations qui se produisent au cours des maladies aiguës. Elles sont dès lors justiciables du même traitement, et de fait, dans les 5 cas que j'ai observés, j'ai pu obtenir la réduction sans la moindre difficulté.

La méthode qui me paraît mériter la préférence est la méthode de douceur. Le malade est endormi jusqu'à résolution musculaire complète, puis on commence par pratiquer des mouvements alternatifs de flexion et d'extension, d'abduction et d'adduction; on passe ensuite graduellement à des mouvements de plus en plus étendus de circumduction, au cours desquels on sent habituellement la tête glisser et réintégrer avec un bruit caractéristique la cavité cotyloïde.

Non seulement la réduction vraie peut être obtenue comme dans les luxations traumatiques, mais encore cette réduction est persistante.

C'est là le caractère principal qui différencie ces luxations soudaines du début d'avec celles qui surviennent dans les périodes avancées de la coxalgie.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 mars 1900.

Le travail des centres nerveux spinaux.

Mlle J. Joteyko. — Pour mesurer la durée de l'excitabilité des centres médullaires, j'ai produit, par l'excitation d'un des nerfs sciatiques, la tétanisation du muscle correspondant, en ayant soin d'empêcher la transmission réflexe de l'excitation à l'autre patte, au moyen de l'électrisation faible ou de l'éthérisation du second nerf sciatique. Puis, quand la tétanisation du premier muscle avait pris fin, ce qui démontrait qu'il était devenu inexcitable, je rétablissais le passage de l'influx nerveux dans le second sciatique. Dans ces conditions, j'ai toujours constaté la tétanisation des muscles de la seconde patte; or, comme la moelle n'avait cessé d'être excitée pendant toute la première partie de l'expérience, et comme elle se montrait cependant encore excitable alors que le premier muscle ne l'était plus — ce que démontrait la disparition des phénomènes tétaniques dans ce muscle —, je conclus que la résistance à la fatigue des centres spinaux est au moins deux fois plus considérable que celle des terminaisons nerveuses intramusculaires. L'éthérisation du nerf pouvant être prolongée plus longtemps que sa faradisation, j'ai vu, par cette méthode, que la moelle pouvait même être excitée pendant un temps quatre fois plus long que le muscle, sans manifester aucun signe de fatigue.

Enfin, une légère strychnisation de la moelle m'a permis de constater que cet organe, quand on exalte ainsi son pouvoir excito-réflexe, peut fournir une somme de travail cent fois plus considérable que la fibre musculaire.

Nouvelle méthode pour mesurer la sensibilité tactile de pression des surfaces cutanées et muqueuses.

MM. Toulouse et **Vaschide.** — Les esthésiomètres généralement employés ont le double inconvénient d'agir sur une surface plus ou moins étendue du tégument, et de ne pas permettre la mesure de la pression qu'on exerce par leur intermédiaire sur les terminaisons tactiles. Ces raisons nous ont amené à nous servir, pour la mesure de la sensibilité tactile, que l'on appelle aussi plus exactement sensibilité à la pression, d'aiguilles en acier à pointe fine, dont le poids est fonction de leur longueur et de leur diamètre. On maintient verticalement une de ces aiguilles sur la surface à explorer, au moyen d'une lame d'aluminium percée d'un trou dans lequel joue librement le corps de l'aiguille; dans ces conditions, si l'on a soin de déposer celle-ci sans vitesse appréciable, la pression qu'elle exerce est mesurée par son propre poids.

A propos de l'alternance physiologique des reins.

MM. Bardier et **H. Frenkel.** — La méthode des tracés oncographiques, ainsi que la comparaison des quantités d'urine qui s'écoulent par chacun des deux uretères, nous ont permis de constater qu'à l'état physiologique il n'existe pas d'alternance dans le fonctionnement des deux reins, ni au point de vue des phénomènes vasomoteurs, ni au point de vue de l'écoulement urinaire.

C'est sans doute par des obstacles siégeant du côté des uretères qu'il faut expliquer le fait que certains auteurs ont obtenu des résultats différents.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mars 1900.

Traitement des fistules vésico-vaginales.

M. Ricard. — Depuis ma communication au dixième Congrès français de chirurgie, j'ai appliqué un certain nombre de fois le procédé de dédoublement que j'ai préconisé pour la cure des fistules vésico-vaginales (Voir *Semaine Médicale,* 1896, p. 438). Dans un cas, notamment, il s'agissait d'une large fistule uréthro-vésicovaginale, le bas-fond de la vessie ayant été presque entièrement détruit par la chute de l'eschare qui avait déterminé la production de la fistule; grâce au dédoublement, la guérison a été facilement obtenue.

Je crois que ce procédé doit être préféré au procédé dit américain, couramment employé, car il permet de traiter, sans difficulté et avec un succès presque constant, les fistules vésicovaginales les plus compliquées.

M. Monod. — J'ai vu, chez une malade de mon service, le procédé de M. Ricard appliqué avec un succès presque complet dans un cas que je considérais comme inopérable; après l'intervention, il resta seulement une petite fistule qui a été oblitérée ces jours derniers.

Traitement des kystes hydatiques.

M. Peyrot. — Je suis intervenu récemment, pour des kystes hydatiques multiples du petit bassin, chez une jeune femme qui avait été opérée, quatre ans auparavant, d'un kyste hydatique du foie rompu spontanément dans le ventre. A la suite de la première intervention, cette femme n'a ressenti aucun trouble pendant deux ans, puis elle a vu de nouveau son ventre grossir progressivement, et lorsqu'elle est entrée dans mon service, au mois de février dernier, on sentait une masse kystique remplissant tout le petit bassin; dans la cavité abdominale, je trouvai cette masse formée par une douzaine de kystes de différentes dimensions, dont j'ai pu faire l'ablation complète; dans la paroi même de la plus grosse poche, il existait deux petits kystes secondaires. Après avoir établi un drainage pendant quarante-huit heures, j'ai laissé la plaie se fermer et la malade a guéri sans incident.

Je suis absolument partisan de la méthode préconisée par M. Delbet, et je crois qu'on ne doit pas hésiter à la préférer à la marsupialisation, avec laquelle la guérison est si lente à obtenir.

Laparotomie pour plaie de l'estomac par arme à feu.

M. Rochard fait un rapport sur une observation de M. Demoulin, relative à un cas de plaie de l'estomac et de la rate par balle de revolver, traité avec succès par la laparotomie.

M. Michaux relate à ce propos un fait qu'il a observé tout récemment, et dans lequel il s'est abstenu de pratiquer la laparotomie, n'ayant pas trouvé, dans une exploration avec débridement de la plaie pariétale, l'orifice d'entrée dans la cavité abdominale; or, il existait une double perforation de l'estomac, et le malade a succombé.

M. Potherat cite une observation de laparotomie pour plaie de l'estomac par balle de revolver; le blessé succomba malgré l'intervention, à la suite de l'hémorrhagie déterminée par la lésion gastrique.

M. Hartmann pense qu'il ne faut pas attacher une trop grande importance à l'exploration du trajet, dans les plaies de la paroi abdominale par armes à feu, car cette exploration laisse souvent méconnaître la pénétration dans l'abdomen; il est donc préférable de faire d'emblée la laparotomie.

Epiploïte consécutive à l'appendicite.

M. Walther. — Depuis deux ans, j'ai opéré 103 appendicites, dont 20 à chaud et 83 à froid; sur ces 83 derniers cas, j'ai rencontré 18 fois des adhérences de l'épiploon et de l'intestin, le plus souvent au niveau du cæcum et du côlon ascendant.

Des poussées d'épiploïte se reproduisent parfois dans ces adhérences, même après l'ablation de l'appendice.

Les adhérences anciennes peuvent déterminer aussi des coudures de l'intestin et des troubles digestifs très sérieux.

C'est pourquoi je suis d'avis qu'il faut enlever l'épiploon adhérent, au cours des opérations d'appendicite, pour éviter tout accident ultérieur.

A propos du traitement de l'hématocèle rétro-utérine.

M. Potherat. — M. Reynier a cité, dans la dernière séance, le cas d'une femme opérée par moi, et chez laquelle la colpotomie avait dû être suivie d'une laparotomie pour une hémorrhagie grave (Voir *Semaine Médicale,* 1900, p. 81). Je tiens à préciser que, dans ce fait, la colpotomie avait été pratiquée parce que l'on croyait à une hématocèle; dans le cas d'hémorrhagie consécutive à une rupture de grossesse tubaire, la laparotomie, en effet, est indiquée; mais, quand il s'agit d'hématocèle, je pense, avec MM. Bouilly et Segond, que la colpotomie est l'opération de choix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 mars 1900.

Sur trois cas de leucocythémie à globules blancs mononucléaires.

M. Lion communique, au nom de M. Hayem et au sien, trois cas de leucocythémie remarquables par les caractères de la lésion hématologique.

L'augmentation du nombre des globules blancs, peu prononcée dans un cas (37,200 à 83,390), atteignait des chiffres considérables dans les deux autres (235,600 et 527,000). Cette augmentation portait seulement sur les leucocytes mononucléaires, qui existaient dans la proportion de 92 à 99.19 % du chiffre total des leucocytes. Enfin, les deux variétés normales de mononucléaires ne participaient pas également à la prolifération : les mononucléaires opaques ou colorés d'Hayem (lymphocytes d'Ehrlich) étaient peu nombreux, tandis que les mononucléaires translucides ou incolores d'Hayem (grands mononucléaires d'Ehrlich) formaient la majorité des éléments.

Ce type leucocytaire a été signalé pour la première fois par M. Fränkel dans la leucocythémie aiguë; en France, MM. Gilbert et Weil l'ont retrouvé dans la même forme morbide. Les observations de MM. Hayem et Lion prouvent que, contrairement à l'opinion soutenue par l'auteur allemand, cette variété de leucocytose n'est pas caractéristique de la leucémie aiguë; dans deux de ces cas, en effet, l'évolution de la maladie a été chronique et sa durée a dépassé respectivement trois et cinq années.

L'orateur ajoute que, pour M. Hayem et pour lui, à côté de cette forme de leucocythémie mononucléaire, il y a place pour une autre variété caractérisée par la multiplication prédominante des mononucléaires opaques ou colorés (lymphocytes). Ainsi donc, la leucocythémie mononucléaire (forme lymphatique de Virchow) comprendrait deux sous-variétés.

M. Vincent. — J'ai constaté exactement les mêmes altérations du sang chez un jeune homme de vingt-quatre ans qui était devenu leucocythémique à la suite d'une dysenterie. Pensant que cette leucocythémie avait peut-être une origine parasitaire, j'ai examiné le sang à diverses reprises et j'ai ensemencé sur tous les milieux de culture connus : les résultats de ces recherches ont été absolument négatifs.

M. Widal. — Dans le sang de plusieurs leucémiques, j'ai recherché, mais toujours sans succès, les sporozoaires décrits par Löwit. Je n'ai jamais réussi, d'autre part, à isoler des bactéries du sang ou des organes de ces malades, quelle que fût la technique employée. Aucun fait probant ne plaide en faveur de la nature parasitaire de la leucocythémie; le grand nombre de globules blancs constatés dans le sang n'est point un argument en faveur de cette origine. La leucocytose, qui est un témoin si fréquent des infections, est marquée, en effet, par la grande proportion de polynucléaires neutrophiles adultes, qui sont nos défenseurs dans la lutte contre les microbes. Dans le sang des sujets atteints de leucocythémie myélogène, au contraire, les polynucléaires neutrophiles ne sont plus aussi nombreux; ils sont mélangés

aux éosinophiles, aux basophiles et aux mononucléaires neutrophiles; dans le sang des lymphémiques, on trouve presque uniquement des mononucléaires qui sont dépourvus de toute action bactéricide.

Hydarthrose chronique des petites jointures.

M. Galliard. — Je vous présente un homme de cinquante-quatre ans atteint d'hydarthroses chroniques des articulations métacarpo-phalangiennes et phalango-phalanginiennes des quatre derniers doigts; les pouces seuls sont restés indemnes.

Les doigts ont un aspect fusiforme, mais ils ont conservé leur direction et leur attitude normales, contrairement à ce qu'on observe dans le rhumatisme fibreux; ils n'offrent pas les déformations des extrémités osseuses que l'on constate dans les cas de rhumatisme noueux banal.

Ces hydarthroses, très analogues à celles d'un autre malade que je vous ai présenté il y a deux ans (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 247), persistent depuis six ans et demi; elles coïncident avec une hydarthrose du genou droit qui dure elle-même depuis dix-huit mois, et avec une ankylose presque complète des deux poignets. Il existe en outre, à droite et à gauche, une synovite de la gaine du cubital postérieur. C'est vers l'année 1875 que cet homme a été atteint pour la première fois d'un rhumatisme articulaire aigu qui n'a présenté, à aucun moment, de localisations viscérales.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 mars 1900.

Des pancréas surnuméraires.

M. Letulle. — Parmi les malformations du duodénum, on rencontre assez fréquemment des glandes pancréatiques surnuméraires. Tantôt ces pancréas surnuméraires affectent la forme de petites tumeurs interstitielles situées à la face concave du duodénum et faisant saillie seulement au niveau de sa surface externe; tantôt ces tumeurs intéressent exclusivement la muqueuse de l'intestin et ne sont pas apparentes à l'extérieur; d'autres fois encore, c'est au niveau de l'embouchure du canal de Santorini que l'on trouve une petite glande pancréatique accessoire, isolée du pancréas.

Ces pancréas surnuméraires doivent être considérés comme des vestiges du développement embryonnaire.

Du rôle de la pression sanguine dans l'élaboration de la lymphe et la circulation lymphatique periphérique.

M. Moussu relate un certain nombre d'expériences qui tendent à prouver que, contrairement à l'opinion de Heidenhain, la pression sanguine joue un rôle dans l'élaboration de la lymphe.

Lorsque, chez un cheval, on élève la tension intravasculaire par injection intraveineuse massive de solution saline physiologique, l'écoulement de la lymphe se trouve notablement augmenté.

Au contraire, si l'on abaisse la tension intravasculaire en pratiquant une saignée abondante, la quantité de lymphe diminue.

Ces actions ne sont, il est vrai, que passagères, et, dès que la pression est redevenue normale, la circulation lymphatique reprend ses conditions primitives.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 7 mars 1900.

Des variétés de conformation des sinus annexes des fosses nasales.

M. Brühl. — J'ai pu constater, au moyen d'un dispositif spécial, que les dimensions du sinus maxillaire sont très variables et que, en plus de sa cavité principale, ce sinus est pourvu de petites cavités secondaires anfractueuses dirigées en divers sens. La limite d'un sinus maxillaire de dimensions moyennes est située entre la première prémolaire et la première molaire. Le sinus le plus développé que j'aie observé s'étendait jusqu'au niveau du cornet inférieur.

La ponction du sinus maxillaire par le méat nasal inférieur réussit même lorsque le sinus est de petites dimensions, tandis que la ponction par la fosse canine ne peut être suivie de succès qu'à la condition d'enfoncer le trocart immédiatement au-dessous du rebord orbitaire.

Les dimensions des sinus sphénoïdaux ne varient pas autant que celles des sinus maxillaires et frontaux; leur cubage est de 1 à 4 c.c.

La partie postérieure du labyrinthe ethmoïdal communique souvent avec les sinus sphénoïdaux, ce qui nous explique qu'une suppuration de ces derniers ait pu être prise pour une affection des sinus ethmoïdaux, et *vice versa*.

D'autre part, les cellules ethmoïdales postérieures étant en relations avec le méat nasal inférieur, on comprend qu'une affection du cornet moyen soit souvent symptomatique d'une suppuration des cellules ethmoïdales.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 5 mars 1900.

Propagation métastatique de l'actinomycose.

M. Benda. — On sait que l'actinomycose se propage ordinairement par continuité, l'envahissement du système lymphatique et surtout du système veineux étant chose très rare; c'est à cette particularité que les deux faits que je viens d'observer empruntent leur intérêt.

Le premier est un cas d'actinomycose du poumon avec propagation à la plèvre et au péricarde, perforation du diaphragme, abcès de l'espace de Douglas, et plusieurs autres métastases suppurées dans les reins. Les veines coronaires étaient en partie remplies de thrombus actinomycosiques.

Chez mon second malade, l'affection eut pour point de départ une pérityphlite actinomycosique. L'autopsie nous montra, en outre, un abcès actinomycosique du foie, qui communiquait avec une veine hépatique thrombosée; ce thrombus se continuait jusque dans la veine cave. Il existait aussi des métastases dans les poumons et dans les reins.

Accès maniaques consécutifs à une plaie du crâne par arme à feu.

M. Eulenburg. — Le sujet que je vous présente est âgé de trente-six ans; il y a treize ans, il s'est tiré un coup de revolver dans le crâne; la balle pénétra au niveau de la partie inférieure et postérieure de la tempe droite; sans faire aucune tentative d'extraction, on se borna à appliquer de la glace sur la plaie. Le malade se rétablit; mais, quatre ans plus tard, il fut pris de maux de tête violents, avec agitation maniaque, si bien qu'il fallut le placer dans une maison d'aliénés où il resta pendant cinq années.

En 1896, je pus m'assurer à l'aide de la radiographie que le projectile siégeait dans la fosse cérébrale moyenne, près de la limite qui sépare l'orbite de l'os sphénoïde; mais comme à ce moment le malade était redevenu calme, l'intervention chirurgicale me sembla contre-indiquée. Un nouvel accès de manie étant survenu ces jours-ci, je me propose de faire pratiquer l'opération.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 10 mars 1900.

Lésions de la cirrhose du foie.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Kretz** a dit avoir constaté que les granulations du foie cirrhotique ne correspondent pas exactement à un acinus, mais qu'elles intéressent soit plusieurs lobules, soit une partie d'un lobule. Le volume de ces granulations varie non seulement dans chaque cas, mais aussi chez le même malade dans les différentes régions du foie; elles sont plus grosses, en particulier, chez les individus jeunes. Le nombre des veines hépatiques est réduit, mais cette diminution n'est pas directement en rapport avec l'atrophie du parenchyme de la glande. Plusieurs acini n'ont plus de veine hépatique; sur d'autres, cette veine est située excentriquement. On trouve, en outre, dans les acini des foies cirrhotiques, une dilatation des capillaires; parfois on constate des anastomoses entre les veines hépatiques et les branches de la veine porte. L'ascite est la conséquence de ces modifications de la circulation du foie.

La cirrhose ne doit pas être considérée comme une hépatite interstitielle ni comme une sclérose atrophique chronique; l'altération principale consiste dans une régénération du tissu hépatique à laquelle participent tous les éléments de la glande. Cette régénération s'effectue par poussées successives; elle peut être assez considérable pour que la moitié ou les deux tiers du foie soient constitués par du tissu de nouvelle formation.

La cirrhose représente donc un processus de dégénération chronique à répétition, suivi de régénération du parenchyme.

Cette tendance des cellules hépatiques à la régénération explique pourquoi les adénomes et les sarcomes primitifs sont plus fréquents dans le foie cirrhotique que dans le foie normal.

La connaissance exacte du développement anatomique de la cirrhose hépatique n'est pas dépourvue d'intérêt clinique, et M. Kretz pense que la diminution de l'urée dans l'urine est un signe précoce de cirrhose.

Papillome de la vessie.

M. Pendl a relaté l'observation d'un malade qui avait présenté depuis deux ans plusieurs hématuries accompagnées de dysurie. A l'examen cystoscopique, on trouva un papillome situé tout près de l'embouchure de l'uretère droit. M. Pendl pratiqua la taille hypogastrique et enleva la tumeur avec une partie de la muqueuse vésicale, puis il sutura la vessie et introduisit un cathéter à demeure. Quelques heures après l'opération, le malade se plaignit de vives douleurs dans la région hypogastrique avec ténesme vésical; on constata alors qu'il ne s'écoulait pas d'urine par le cathéter et que la matité vésicale remontait jusqu'à l'ombilic. On ouvrit de nouveau la vessie et on la trouva remplie de 600 grammes de sang coagulé dont on ne put découvrir l'origine. On établit le drainage de la vessie pendant neuf jours et le malade guérit.

L'orateur estime qu'après les opérations endovésicales le drainage doit être préféré à la suture, même lorsque l'hémorrhagie paraît bien arrêtée.

Hématome môlaire.

M. K. A. Herzfeld a montré un hématome môlaire. Cette pièce provient d'une femme de vingt-deux ans, qui est devenue enceinte il y a un an et demi. Deux mois après, tous les signes de la grossesse disparurent; seules les règles ne revinrent pas, mais de temps à autre la malade perdait un peu de sang par le vagin. L'examen pratiqué à cette époque démontra que l'utérus était légèrement augmenté de volume. On soupçonna l'existence d'une môle vésiculaire, et on introduisit une sonde dans la cavité utérine, ce qui amena l'expulsion d'un œuf contenant un fœtus de 11 millimètres de longueur. Les membranes de l'œuf étaient le siège d'excroissances remplies de sang.

Cette dégénération a été décrite par Breus sous le nom d'hématome môlaire ou d'hématome tubéreux sous-choroïdal de la caduque. C'est vers le deuxième mois de la grossesse que l'embryon meurt, tandis que les membranes continuent à se développer et se tapissent d'excroissances dans lesquelles s'accumule le sang. Selon M. Jul. Neumann, ces excroissances sont produites par des hémorrhagies primitives dans les membranes.

Anévrysme de l'artère innominée.

M. Holzknecht a présenté un homme de cinquante-quatre ans atteint d'oppression depuis

sept mois, et chez lequel on constate des battements dans la fosse jugulaire. L'examen laryngoscopique permit de constater une compression de la trachée; la radioscopie montra à droite du sternum une partie ombrée, superposée à la crosse de l'aorte et qui se déplaçait en haut pendant les mouvements de déglutition. Ces caractères semblent prouver qu'il s'agit d'un anévrysme de l'artère innominée.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Trois cas de tumeur cérébrale à forme psycho-paralytique, par MM. BRAULT et LOEPER.

Certains néoplasmes du cerveau se manifestent presque exclusivement par des troubles psychiques et paralytiques, qui peuvent simuler le ramollissement cérébral ou l'hystérie. Ces tumeurs ne sont pas très rares, mais le diagnostic n'en est établi d'ordinaire qu'à l'autopsie.

MM. Brault et Loeper relatent trois observations de ce genre. L'une d'elles est assez complexe, car les lésions d'origine néoplasique (sarcome ayant détruit à gauche le pied de la troisième frontale, de la frontale ascendante et l'origine de la deuxième frontale) y étaient associées à des lésions congestives ou hémorrhagiques banales, siégeant autour de la tumeur; ces dernières provoquèrent un ictus avec hémiplégie droite totale, qui vint s'ajouter à la monoplégie et à l'aphasie préexistantes.

Les deux autres faits peuvent, au contraire, être considérés comme des types cliniques purs de la forme morbide en question.

Dans un de ces cas, il s'agissait d'une femme névropathique, dont les périodes menstruelles étaient accompagnées habituellement de troubles nerveux. Cette malade présenta d'abord, pendant plusieurs mois, des symptômes psychiques (idées de suicide, amnésie, crises de colère et torpeur intellectuelle) accompagnés d'une céphalée peu intense. Ensuite survint progressivement une hémiplégie droite, avec aphasie d'abord passagère, puis définitive. La malade succomba dans le coma. Le diagnostic était resté en suspens entre une gomme et une artérite cérébrales; or, à l'autopsie, on trouva un sarcome fasciculé, probablement d'origine dure-mérienne, qui avait détruit le centre cortical de Broca et la partie antérieure du faisceau pyramidal à son passage dans la capsule interne. Dans ce cas, l'hémiplégie provenait d'une lésion capsulaire, alors que l'aphasie était d'origine corticale.

La dernière observation concerne une femme alcoolique qui ne présenta, au début, que des phénomènes nerveux imputables à l'hystérie, tels que zones d'hyperesthésie ovarienne et mammaire, hémianesthésie sensitive complète du côté gauche, avec affaiblissement de l'odorat et de l'ouïe et rétrécissement du champ visuel du même côté. Puis on vit apparaître successivement une monoplégie brachiale gauche avec contracture, des hallucinations, des idées délirantes et de l'amnésie, un affaiblissement considérable de la vue des deux côtés, sans hémianopsie, une déviation de la tête à droite, avec rotation des globes oculaires vers la gauche; la céphalée paraissait intense; enfin, la mort survint dans le coma. L'autopsie permit de constater un kyste hydatique de la face inféro-externe du lobe temporo-occipital droit; ce kyste avait détruit graduellement les centres sensoriels corticaux, le faisceau temporo-occipital de Pitres et la partie postérieure de la capsule interne au niveau du carrefour sensitif. L'hémianesthésie reconnaissait donc une origine capsulaire, tandis que la monoplégie brachiale était due à une lésion corticale et sous-corticale.

Ces deux dernières observations montrent que les néoplasies de la région motrice du cerveau, quand elles sont pénétrantes ou destructives, peuvent se manifester uniquement par des troubles psychiques et paralytiques, constituant ainsi une forme de tumeurs cérébrales à évolution psycho-paralytique.

Pris à part, aucun de ces différents symptômes n'est pathognomonique. Seule, leur association permet de soupçonner un néoplasme cérébral. Ce diagnostic devient encore plus probable s'il existe de la céphalée et des vomissements, et il s'affirme lorsque l'examen ophtalmoscopique permet de constater des lésions papillaires. (*Arch. gén. de méd.*, mars 1900.)

Tuberculose pulmonaire et intestinale chez un enfant de quatre mois; tuberculose miliaire terminale apyrétique, par M. H. AUDEOUD.

On sait que la tuberculose des nourrissons passe souvent inaperçue, mais l'observation relatée par l'auteur n'en est pas moins intéressante, car elle montre des lésions bacillaires très étendues avec tuberculose miliaire terminale restée complètement latente.

Il s'agissait, dans ce cas, d'un garçon âgé de quatre mois et né deux semaines avant terme d'une mère phtisique, morte elle-même peu après. Cet enfant, élevé au biberon, offrait tous les symptômes de l'athrepsie banale des prématurés, et il ne tarda pas à succomber dans la cyanose.

A l'autopsie, on trouva une tuberculose caséeuse, à forme bronchopneumonique, ayant envahi la presque totalité des deux poumons, avec tuméfaction des ganglions trachéobronchiques, ulcérations tuberculeuses de l'intestin et granulations miliaires généralisées, notamment au foie, à la rate et aux reins. Cette granulie n'avait pas amené d'élévation thermique ni aucun des symptômes méningitiques qu'elle provoque d'ordinaire chez les petits enfants.

En étudiant la pathogénie de ces lésions, l'auteur établit que l'inoculation tuberculeuse n'a pu se produire par le sang ombilical, le foie ayant présenté, non pas des foyers anciens, mais des granulations de date récente, contemporaines de celles des reins et de la rate. L'hérédité n'a donc joué ici qu'un rôle indirect en créant une prédisposition à la tuberculose dont l'agent infectieux a pénétré par les voies respiratoires. Et, de fait, les ganglions trachéobronchiques étaient très gros, complètement caséifiés et constituaient, avec les foyers pulmonaires, les lésions les plus avancées. Quant aux ulcérations de l'intestin, elles étaient compliquées de lymphangite tuberculeuse et de dégénérescence caséeuse des ganglions mésentériques. Cette particularité est caractéristique de la tuberculose intestinale due à la déglutition de crachats bacillifères, forme rare chez le nourrisson. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, février 1900.)

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Deux cas de rougeole avec infection secondaire, par M. A. BAGINSKY.

L'auteur relate deux faits de rougeole chez de petits enfants, dans lesquels le processus morbilleux s'est compliqué d'une infection secondaire ayant provoqué des symptômes insolites, et dont l'agent pathogène a pu être déterminé.

La première de ces observations se rapporte à une petite fille âgée de onze mois, chez laquelle, à la période de déclin d'une coqueluche de moyenne intensité, on vit apparaître des signes certains de rougeole. Au bout de trois à quatre jours, alors que l'exanthème avait pâli et que la desquamation commençait à se produire, la fièvre se maintenant toujours à 40° environ, on constata une bronchopneumonie, ainsi que l'apparition sur le dos, sur les fesses et à la région anale, de quelques vésicules remplies de sérosité louche contenant des diplocoques à l'état de culture pure; au pourtour de ces éruptions bulleuses, la peau présentait une infiltration de consistance dure. Ces éléments éruptifs se transformèrent bientôt en ulcères gangreneux profonds et arrondis, taillés comme à l'emporte-pièce, et l'enfant ne tarda pas à succomber dans le collapsus. A l'autopsie on trouva une bronchopneumonie double avec épanchement pleurétique purulent à gauche, pleurésie séro-fibrineuse à droite, médiastinite purulente et péricardite. L'examen bactériologique du sang extrait du cœur au moyen d'une ponction immédiatement après la mort a donné un résultat négatif, mais les lymphatiques des poumons et le tissu interalvéolaire renfermaient des diplocoques analogues à ceux qu'on avait décelés dans la sérosité des éruptions bulleuses, et qui se sont montrés très virulents pour la souris.

Ainsi donc, on a eu affaire dans ce cas à une rougeole compliquée d'éruptions pemphigoïdes avec nécrobioses profondes de la peau, et dues à un diplocoque.

M. Baginsky estime que lorsque dans la rougeole l'exanthème revêt une forme bulleuse, il s'agit, probablement, d'un processus infectieux mixte. Cependant, l'agent pathogène de l'infection surajoutée n'est pas toujours le même, ainsi que le montre la seconde observation : il s'agissait également d'une petite fille âgée de dix-huit mois, chez laquelle, trois jours avant le début d'un exanthème incontestablement morbilleux, on remarqua des bulles de pemphigus disséminées sur tout le corps et qui continuèrent à se produire dans la suite. L'enfant ayant succombé à l'épuisement après avoir présenté de la contracture spasmodique des bras, on trouva à l'autopsie une méningite purulente avec thrombose du sinus longitudinal. En outre, on put constater l'existence d'une broncho-pneumonie caséeuse double, ainsi que de tubercules miliaires dans les poumons et d'une péritonite tuberculeuse. La sérosité des éruptions bulleuses, examinée pendant la vie de l'enfant, le sang, le foie, la rate et les poumons renfermaient des streptocoques pyogènes très virulents pour la souris.

Bien que ce cas ait été compliqué de tuberculose pulmonaire et péritonéale, il n'en est pas moins certain qu'on se trouvait ici en présence d'une infection mixte par le microbe encore inconnu de la rougeole et par le streptocoque pyogène, ce dernier ayant déterminé les éruptions bulleuses. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVIII, 1-2.)

Recherches expérimentales sur la thérapeutique générale des troubles de la circulation dans les maladies infectieuses, par M. H. PÄSSLER.

Comme complément du travail fait en collaboration avec M. Romberg (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 50), l'auteur a étudié l'effet des différents médicaments cardiotoniques sur des lapins infectés par des injections de cultures de pneumocoques ou de bacilles pyocyaniques. En se servant d'un dispositif expérimental identique à celui qui avait été employé dans les recherches précédentes, M. Pässler attendait l'apparition des premiers symptômes de paralysie vasomotrice pour administrer à l'animal le remède en injection intraveineuse. Suivant l'effet produit par l'injection sur la pression sanguine ou la sensibilité de l'appareil vasomoteur aux irritations des muqueuses ou à l'asphyxie, l'auteur concluait à l'efficacité plus ou moins grande de la substance expérimentée.

La digitale fait remonter la pression artérielle. Son action est de courte durée et cesse au bout d'une demi-heure. Si l'on répète l'injection, la pression augmente de nouveau mais pour diminuer peu de temps après. L'action de la digitale s'exerce exclusivement sur le cœur; elle est nulle sur l'appareil vasomoteur. L'alcool ne produit pas d'effet tonique appréciable sur le muscle cardiaque; son action sur les centres vasomoteurs peut être, par contre, considérée comme directement nuisible, en ce sens qu'il favorise la paralysie vasomotrice. M. Pässler s'abstient, cependant, de formuler une conclusion définitive au sujet de l'usage du vin et de l'alcool au lit du malade, admettant la possibilité d'une action particulière des éthers du vin. L'éther, sans action sur la pression sanguine, diminue l'excitabilité des centres vasomoteurs. La strychnine influence favorablement l'appareil vasomoteur et augmente son excitabilité; mais les doses nécessaires pour atteindre ce résultat provoquent en même temps une augmentation de l'irritabilité reflexe de la moelle, ce qui met obstacle à l'emploi de la strychnine en thérapeutique. L'ergotine à petites doses est sans effet sur les vasomoteurs.

Tandis que ces deux derniers médicaments n'agissent sur les centres vasomoteurs qu'à doses toxiques, le camphre augmente leur excitabilité à des doses indifférentes pour le reste de l'organisme. L'augmentation de la pression observée après une injection d'huile camphrée est due uniquement à une réaction des vasomoteurs, le camphre étant sans action sur le muscle cardiaque. L'augmentation de la tension sanguine a une durée au moins double de celle que produit la digitale. La caféine agit sur les

vasomoteurs d'une façon encore plus active et plus durable que le camphre : son action se manifeste même à un moment où le camphre n'a plus d'effet; elle a, en outre, sur le camphre l'avantage de pouvoir être dosée exactement. La coriamyrtine (glycoside de la *Coriaria myrtifolia*) détermine non seulement une augmentation considérable de la pression artérielle due à la vasoconstriction mais aussi une augmentation de l'activité respiratoire ainsi que de la diurèse, en même temps que la fréquence du pouls diminue. La durée de l'action de la coriamyrtine est supérieure à celle de la caféine. M. Pässler a obtenu les résultats les plus favorables en associant ces deux substances. Les injections d'eau salée à 0.6 % augmentent la pression artérielle, tout en restant sans effet sur l'excitabilité des vasomoteurs. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIV.) — A. J.

Recherches expérimentales sur les infections d'origine conjonctivale, par M. P. Römer.

En déposant des poussières diverses (poussier de charbon, limaille de fer, sciure de bois, tabac en poudre, poussière de la rue) dans le cul-de-sac de la conjonctive chez le cobaye ou le lapin, on détermine une irritation plus ou moins vive avec congestion et hypersécrétion. Le degré de l'irritation ainsi produite et qui persiste de vingt-quatre à quarante-huit heures dépend de la nature de la poussière expérimentée. Des grains de poussière gros et anguleux, tels que ceux du poussier de houille, sont plus irritants que ceux d'une poussière fine.

Pour établir à quel point la présence de poussière dans le cul-de-sac conjonctival favorise la pullulation des microorganismes, M. Römer a étudié la marche de l'infection suivant que celle-ci était produite par l'instillation d'une goutte de sang charbonneux ou de culture du charbon ou par le dépôt de poussières mélangées à des cultures desséchées. Il résulte de ces recherches que des spores charbonneuses fixées sur des poussières fines peuvent séjourner dans la conjonctive pendant deux à huit jours sans y manifester leur présence et conserver néanmoins toute leur virulence. Qu'un grain de poussière détermine alors sur la conjonctive une lésion quelconque, même minime et insignifiante, celle-ci pourra constituer la porte d'entrée par laquelle la bactéridie pénétrera dans l'organisme pour provoquer une infection généralisée. C'est là un fait dont il y a lieu de tenir compte dans l'étiologie de la maladie des trieurs de laine. L'influence de la poussière se trouve bien mise en lumière par le fait suivant : à l'infection qui s'est déclarée chez 4 animaux ayant reçu un mélange de poussière et de bacilles, 3 d'entre eux ont succombé, tandis que des 4 témoins qui n'avaient reçu que des bacilles aucun n'a été malade.

Quand on opère avec des spores, il en est tout autrement : sur 8 expériences, M. Römer n'a eu à enregistrer qu'un décès. Cela est d'autant plus remarquable que, vingt-quatre heures après l'inoculation, l'auteur n'a plus trouvé du tout de spores dans la conjonctive. Dans ces conditions, on était autorisé à penser que les microbes avaient traversé la conjonctive ou avaient été entraînés ailleurs par les larmes. Restait à savoir par où s'était produite l'invasion de l'animal. Des expériences ont prouvé que ce ne pouvait pas être au niveau de la conjonctive intacte. M. Römer a constaté, en effet, que la communication de la conjonctive avec les fosses nasales est indispensable pour que l'infection puisse se faire, tandis qu'elle n'a jamais lieu quand les voies lacrymales sont détruites. Or, l'auteur a trouvé qu'il suffit d'instiller dans une conjonctive parfaitement saine une ou deux gouttes d'une culture très virulente de microbes du charbon, de la septicémie des souris, du choléra des poules ou de pneumocoques pour que les animaux succombent très rapidement à une infection généralisée.

La possibilité de l'infection par cette voie étant ainsi établie, on est bien obligé d'admettre que les microbes franchissent la barrière épithéliale en un endroit qui n'est pas la conjonctive mais qu'on ne saurait, pour le moment, préciser. En ce qui concerne le pneumocoque, on peut supposer que, entraîné dans les voies lacrymales par les larmes, il traverse les fosses nasales et pénètre dans le tube digestif d'où il peut, comme on sait, faire irruption dans les lymphatiques. Une autre porte d'entrée a encore été indiquée par M. Römer : en instillant dans la conjonctive une goutte de liquide contenant en suspension des grains de carmin ou d'encre de Chine, il a constaté au bout d'un certain laps de temps que ces grains, sans traverser la conjonctive, sont entraînés dans les voies lacrymales, pénètrent dans les interstices des cellules épithéliales et vont s'accumuler dans le chorion de la muqueuse ; une fois que ces particules sont arrivées là, leur transport ultérieur et leur dissémination dans l'organisme sont aisés à concevoir. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 2.) — F. M.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Un procédé simplifié de cocaïnisation de la moelle.

Dans les cas encore peu nombreux où l'on a eu recours à la cocaïnisation de la moelle comme moyen d'anesthésie chirurgicale (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 156, 352 et 389), on s'est généralement servi de la méthode de Bier, qui consiste à pratiquer d'abord la ponction lombaire au moyen d'un fin trocart, puis, après s'être assuré, par l'issue de quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien, qu'on a pénétré dans l'espace intradural, à injecter le liquide anesthésique avec une petite seringue adaptée seulement alors au trocart.

Or, M. le docteur B. Schiassi, chirurgien de l'hôpital Humbert et Marguerite à Budrio, a pu pratiquer récemment trois grandes opérations (amputation de la jambe, taille sus-pubienne et ablation d'un cancer du rectum) après avoir injecté sous la dure-mère spinale 1 c.c. d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 % (additionnée dans un cas de 0 gr. 003 milligr. de morphine). Notre confrère italien a légèrement modifié le procédé de Bier. Il se sert, en effet, d'une seringue de Pravaz munie d'une longue aiguille, qu'il enfonce directement entre la seconde et la troisième vertèbre lombaire, le patient étant couché sur le ventre. On est averti, d'après M. Schiassi, de la pénétration de l'instrument dans l'espace sous-dural par une sensation des plus caractéristiques : celle que donne tout instrument pointu au moment où il parvient à vaincre la résistance d'une membrane fibreuse tendue, qui dans l'espèce n'est autre que la dure-mère. Il ne reste plus alors qu'à injecter la cocaïne.

Ce procédé, outre qu'il est d'une exécution facile, supprime tout écoulement de liquide céphalo-rachidien et permet d'éviter ainsi les inconvénients qui peuvent en résulter.

La gélatine en injections sous-cutanées dans les infections hémorrhagiques fébriles et contre la dysenterie.

L'usage des injections hypodermiques de gélatine tend à se répandre de plus en plus dans le traitement des anévrysmes, ainsi que des hémorrhagies les plus diverses, telles que hémoptysies, hématémèses, etc. Ce moyen thérapeutique a réussi aussi à M. le docteur V. Pensuti, médecin des hôpitaux de Rome, dans deux états morbides contre lesquels il ne paraît pas avoir été encore employé : dans certaines infections fébriles avec hémorrhagies multiples de la peau, des gencives, du tube digestif, des voies respiratoires et des reins, ainsi que dans la dysenterie chronique.

Dans les affections du premier groupe, notre confrère est parvenu, grâce à la gélatine, à enrayer la production d'épanchements sanguins multiples, qui avaient résisté aux injections sous-cutanées d'ergotinine, et qui menaçaient la vie du malade. Dans la dysenterie chronique, l'action de la gélatine, administrée par la voie hypodermique, s'est manifestée rapidement par la disparition du sang dans les selles; ces dernières, d'ailleurs, n'ont pas tardé à perdre leur caractère diarrhéique.

M. Pensuti, au lieu de se servir de gélatine diluée dans un grand volume d'eau salée, comme on l'a fait jusqu'ici, préfère employer une solution à 30 %, additionnée de quelques centigrammes d'acide phénique par centimètre cube. Ce liquide, très épais, doit être filtré à la température de 100°; comme il est aseptique, on n'a pas besoin de le stériliser chaque fois qu'on veut s'en servir. D'autre part, il suffit de le placer quelques instants au bain-marie pour pouvoir l'injecter facilement, même à travers une canule de très petit calibre. On pratique dans l'épaisseur des muscles fessiers des injections de 3 c.c., qui peuvent être renouvelées deux ou trois fois par jour. Ces injections sont peu douloureuses, contrairement à celles qu'on fait avec des solutions étendues qui provoquent toujours, du fait même du volume injecté, une douleur plus ou moins intense.

La santonine contre l'épilepsie.

Ayant constaté accidentellement que le principe actif du semen contra, administré comme vermifuge chez des enfants atteints d'éclampsie, calme parfois les accès convulsifs, dans des cas où il n'amène cependant l'expulsion d'aucun helminthe, M. le docteur F. G. Lydston (de Chicago) a eu l'idée d'employer la santonine pour combattre les attaques comitiales. Une expérience déjà longue lui a montré que le remède dont il s'agit est, en effet, un antiépileptique des plus efficaces, mais à des doses beaucoup plus fortes que celles qui sont utilisées comme vermifuges. Chez les épileptiques adultes, notre confrère commence par prescrire, trois fois par jour, de 0 gr. 12 à 0 gr. 30 centigr. de santonine, puis il augmente lentement les doses jusqu'à la limite de la tolérance, qui se traduit par des phénomènes d'irritation vésicale. M. Lydston a pu de la sorte administrer impunément, pendant plusieurs semaines, jusqu'à 3 grammes, et même plus, de santonine par jour, doses énormes qu'on se décidera difficilement à expérimenter en Europe, vu la toxicité bien connue de cet alcaloïde.

Comme médicament antiépileptique, la santonine présenterait sur les bromures, d'après M. Lydston, l'avantage de ne pas produire d'éruptions acnéiques ni de dépression mentale. Elle exercerait à l'égard des accès une action suspensive des plus nettes, même dans les cas où les sels de brome restent sans effet.

Traitement de l'orgelet à répétition par la levure de bière.

Les effets favorables qu'on a obtenus dans la furonculose par l'ingestion de levure de bière (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 56) ont suggéré à M. le docteur Alb. Terson (de Paris) l'idée d'avoir recours à cette même médication contre l'orgelet récidivant. Et de fait, dans plusieurs cas où cette affection palpébrale se répétait indéfiniment, les malades se sont très bien trouvés de l'usage de la levure : dès qu'apparaissait en un point fixe de la paupière la sensation douloureuse annonçant l'imminence d'un orgelet, il suffisait d'administrer de la levure de bière sèche, à la dose de 4 gr. 50 centigr. à 9 grammes par jour, à prendre en cachets avant les repas, pour obtenir le plus souvent la résolution complète de la tuméfaction inflammatoire. Lorsqu'on ne réussissait pas à faire avorter l'orgelet, on constatait tout au moins une sédation rapide des phénomènes douloureux.

L'huile thymolée et l'alcool cocaïné contre l'eczéma du conduit auditif.

D'après M. le docteur C. Schmidt (d'Odessa), le meilleur traitement de l'otite externe eczémateuse consiste dans l'emploi soit d'huile thymolée de 0.10 à 1 %, dans les formes sèches, soit d'alcool contenant 10 % de chlorhydrate de cocaïne, quand il s'agit d'eczéma humide.

Le malade verse lui-même directement le remède dans le conduit auditif, sans se servir de tampons d'ouate, qui sont souvent des agents d'infections secondaires.

Ces applications suffisent d'ordinaire pour obtenir la guérison des affections eczémateuses du conduit auditif, à moins que ce dernier ne devienne le siège d'une phlegmasie franche, localisée ou diffuse, résultant d'une infection secondaire qui exige un pansement antiseptique humide. M. Schmidt recommande spécialement dans ce cas le coton hydrophile imbibé d'une solution de sublimé à 1 ‰, pansement qui est d'un usage fréquent dans les cas de furonculose de l'oreille externe.

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Marfan.

Formes compliquées et traitement de la pneumonie infantile.

Dans une précédente leçon, je vous ai entretenus des formes communes de la pneumonie infantile (1); aujourd'hui j'aborderai l'étude des formes compliquées et du traitement de cette affection.

Si les complications de la pneumonie sont les mêmes chez l'enfant et chez l'adulte, il n'en est pas moins vrai que, dans le jeune âge, certaines d'entre elles se distinguent par leur fréquence, d'autres par leur expression symptomatique, et que quelques-unes, telles les complications nerveuses, offrent une physionomie vraiment spéciale; en sorte que les formes compliquées soulèvent de nouveaux problèmes cliniques.

Comme complications seulement plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte, je citerai l'otite à pneumocoques, puis la péritonite à pneumocoques, celle-ci ayant une prédilection très marquée pour le sexe féminin.

La pleurésie avec épanchement, qui survient au cours ou après la résolution de la pneumonie, n'est pas plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte; mais chez le premier, au-dessous de l'âge de cinq ans, elle est presque toujours purulente; de plus, chez les très jeunes sujets, l'empyème pneumonique se complique parfois d'une péricardite suppurée, très difficile à reconnaître pendant la vie, et qui d'ailleurs paraît être d'un pronostic toujours fatal.

La pneumonie des enfants peut s'accompagner de phénomènes éruptifs qui, bien que rares, méritent d'être connus en raison des erreurs de diagnostic auxquelles ils peuvent donner lieu, comme cela est arrivé pour la petite malade dont je vais vous parler. Ces phénomènes sont d'abord l'érythème pneumonique (rash) et ensuite la desquamation. L'un et l'autre, surtout lorsqu'ils se succèdent chez le même sujet, peuvent en imposer pour une scarlatine. L'érythème pneumonique, en effet, est généralement scarlatiniforme, rarement morbilliforme; il est initial ou tardif. Dans tous les cas, il est fugace et dure au plus quarante-huit heures. La desquamation se produit pendant la convalescence; elle est consécutive au dessèchement des vésicules des *sudamina* qui se produisent parfois au moment de la crise; elle a la même distribution que l'éruption sudorale, ce qui la distingue de la desquamation scarlatineuse : elle se montre sur le tronc, la racine des membres et le cou, jamais à la paume des mains ni à la plante des pieds.

Mais les complications qui, chez l'enfant, offrent vraiment des caractères particuliers, sont représentées par les accidents nerveux. Or, justement, une fillette de sept ans, couchée au n° 23 de la salle Parrot, vient de nous offrir un exemple remarquable de ces complications. Le 1er décembre, en pleine santé, elle a été prise, vers quatre heures de l'après-midi, de mal de tête et de vomissements; pendant la nuit, elle a eu une agitation très grande; les deux jours suivants, mêmes symptômes; le troisième jour, un médecin fut appelé; il constata une fièvre intense, avec grande agitation, et fut frappé surtout de l'état de la peau, qui était très rouge; il pensa à une scarlatine et c'est avec ce diagnostic qu'il l'adressa à l'hôpital. Ici, on ne trouva pas d'angine, on remarqua que la rougeur tégumentaire était diffuse, qu'elle atteignait le visage, presque toujours épargné dans la scarlatine; on eut des doutes sur le diagnostic et on mit la petite malade en observation. Le soir de son entrée, elle avait une température de 40°3; la nuit qui suivit fut très agitée, il y eut même un peu de délire.

Le lendemain matin, la température est à 39°5, c'est à ce moment que j'examine la fillette. Je suis frappé de la rougeur des deux pommettes et du caractère vultueux du visage; les téguments présentent une hyperémie diffuse, mais sans piqueté; l'examen de la gorge et de la langue permet d'ailleurs d'écarter le diagnostic de scarlatine; en raison de la brusquerie du début, je pense à l'existence possible d'une pneumonie, compliquée d'un de ces érythèmes, d'un de ces rash, dont je viens de vous signaler l'existence. Effectivement, en arrière et à gauche, entre le bord spinal de l'omoplate et la colonne vertébrale, on perçoit du souffle tubaire et des râles crépitants; il n'y a pas de doute, il s'agit bien d'une pneumonie. Je fais appliquer quatre ventouses scarifiées sous le sein gauche, j'ordonne une potion avec du cognac et de l'acétate d'ammoniaque, et je prescris de donner dans la journée trois bains à 34°. Le 6 décembre, cinquième jour de la maladie, le foyer pneumonique s'est étendu, la température est toujours très élevée; il y a eu du délire toute la nuit, l'enfant ne cesse de gémir et de crier; elle a le regard vague, fixe, avec quelque chose de cérébral; je joins à la médication un lavement avec 1 gramme de chloral et une injection sous-cutanée de 1 c.c. d'huile camphrée au 1/10. Mais le soir, à cinq heures et à sept heures, la petite malade a des attaques convulsives prédominant aux yeux et aux membres supérieurs. L'interne de garde est appelé; il constate une raideur de la nuque assez marquée et le signe de Kernig; il fait une injection de sérum artificiel et prescrit de donner un bain à 34° toutes les trois heures. La nuit suivante est encore très agitée, le délire incessant.

Le lendemain, la température est à 40°5; l'enfant est toujours agitée, gémissante, sa nuque est raide; elle a un certain degré de flexion spasmodique des genoux quand on la fait passer du décubitus dorsal dans la position assise (signe de Kernig). Le souffle tubaire et les râles crépitants occupent toute la moitié inférieure du poumon gauche. En présence de ces symptômes nouveaux : convulsions, raideur de la nuque, signe de Kernig, je suis porté à abandonner l'idée de méningisme simple et je me demande s'il n'y a pas une véritable méningite pneumococcique avec exsudats fibrineux et purulents. Je pratique une ponction lombaire qui donne issue à 25 grammes environ de liquide *clair, transparent* comme de l'eau de roche : ce résultat me laisse dans l'indécision. Si le liquide eût été louche ou purulent, j'aurais affirmé la méningite; mais l'absence de ce caractère ne permet pas de conclure.

Le 8 décembre, la température s'est abaissée à 38°2, mais la nuque est toujours raide, le signe de Kernig persiste; les urines renferment un peu d'albumine; les signes physiques n'ont pas subi de modification; l'enfant est prostrée, mais un peu moins gémissante.

Le lendemain, la température est à 38°8 le matin, 38°6 le soir; les symptômes nerveux se sont notablement atténués; le regard est meilleur, mais la fillette est hébétée; elle ne paraît pas entendre, ce qui me fait craindre une otite.

Au neuvième jour de la maladie, la température est à 37°5; le foyer de pneumonie est en résolution; le souffle a disparu et il n'y a plus que des râles crépitants humides; plus de raideur de la nuque, plus de signe de Kernig, plus d'albumine dans l'urine. Il n'existe qu'un abattement profond et un peu de surdité.

Le jour suivant, je considère l'enfant comme guérie, la température ne dépassant pas 36°8 et la nuit ayant été très bonne.

Le 16 décembre, on constata un écoulement purulent de l'oreille gauche, qui disparut deux jours après. Aujourd'hui, l'enfant, qui a repris son appétit et sa gaieté, vient de se lever pour la première fois.

Dans ce cas, ce qu'il y a eu de particulier, ce sont d'abord les phénomènes éruptifs qui ont fait penser à une scarlatine; en second lieu, les accidents nerveux qui ont atteint un haut degré d'intensité (délire, convulsions, raideur de la nuque, signe de Kernig). C'est sur ces derniers que je désire maintenant attirer votre attention.

Dans presque toute pneumonie infantile, il y a des phénomènes nerveux qui font partie des symptômes habituels : pendant le jour, le sujet est assoupi; pendant la nuit, il est agité, anxieux, parfois un peu délirant. Mais, dans quelques cas, heureusement assez rares, et qui s'observent surtout chez les enfants issus de névropathes ou d'alcooliques, les troubles nerveux atteignent un tel degré d'intensité que Rilliet et Barthez, frappés de leur prédominance sur les symptômes thoraciques, ont décrit ces cas sous le nom de *pneumonies cérébrales*, dont ils ont distingué deux formes : la forme éclamptique, et la forme méningée avec deux variétés, comateuse et délirante.

Les accidents convulsifs s'observent surtout chez les jeunes enfants, de quinze à trente mois; tantôt ils surviennent dès le début, tantôt ils apparaissent plus tard, du quatrième au sixième jour; dans certains cas à issue mortelle, ils se montrent à la période terminale. Le plus souvent, les convulsions sont partielles, limitées aux globes oculaires et aux membres supérieurs, et elles se répètent avec une extrême fréquence; parfois elles sont générales, épileptiformes, et alors les attaques sont peu nombreuses. « Après la disparition des convulsions générales, disent Rilliet et Barthez, dans le cas où elles ont eu lieu au début, l'enfant reprend toute sa connaissance; cependant, il conserve quelquefois encore dans son facies quelque chose de cérébral, l'œil est fixe, les mouvements sont saccadés, les bras tremblants; il y a de la tendance à l'assoupissement. Si les convulsions surviennent dans le cours de la maladie et surtout à la fin, elles sont suivies de raideur des membres, de contraction, d'assoupissement et même de coma. »

La forme comateuse est propre aux enfants âgés de deux à six ans. Elle est caractérisée par l'assoupissement avec des symptômes qui font penser à la méningite : céphalalgie, constipation, vomissements; l'assoupissement disparaît d'ordinaire du quatrième au cinquième jour; cependant, il peut persister sans interruption jusqu'à l'époque de la défervescence.

Le délire ne s'observe guère qu'après la sixième année; d'après Rilliet et Barthez, il se montre en général au moment de l'invasion et disparaît dans la suite. Ce n'est pas ainsi que les choses se sont passées chez notre malade, dont le délire est arrivé à son maximum le cinquième jour. Le délire chez les enfants atteints de pneumonie est surtout nocturne; les petits patients prononcent des paroles inintelligibles, crient, appellent, se lèvent, puis s'apaisent un peu jusqu'à une nouvelle crise.

Ce délire peut revêtir parfois la forme du délire alcoolique; c'est ce que j'ai observé chez un garçon de onze ans qui avait été élevé en Normandie et qui, depuis, avait gardé l'habitude de boire « la goutte », comme disait sa mère sans penser à mal; pendant toute la durée de sa pneumonie, il eut un délire furieux, avec loquacité, hallucinations visuelles, zoopsie, fuites nocturnes dans la salle; le délire disparut le huitième jour, au moment de la défervescence.

A ces symptômes classiques des pneumonies cérébrales, le cas qui fait l'objet de cette leçon nous permet d'ajouter la raideur de la nuque et le signe de Kernig. Chez notre fillette, les accidents nerveux ont offert un tableau complexe : délire, convulsions, raideur de la nuque et signe de Kernig; ces phénomènes m'avaient porté à penser qu'elle était atteinte d'une véritable méningite; le résultat de la ponction lombaire et l'issue rapidement favorable de la maladie ont montré qu'il ne s'agissait que de méningisme.

Les pneumonies cérébrales offrent une marche moins régulière que la pneumonie commune; elles durent parfois plus longtemps, et la défervescence ne s'opère pas toujours brusquement

(1) Marfan. Formes communes de la pneumonie infantile. (*Semaine Médicale*, 1900, p. 27-29.)

et franchement. Leur gravité est plus grande. Certes, elles peuvent guérir, voire même très rapidement; mais il est des cas à issue fatale et, dans ceux-ci, la mort semble due principalement aux accidents nerveux.

Quand le sujet succombe, l'autopsie ne révèle en général que des lésions insignifiantes : une légère hyperémie des méninges et de l'écorce cérébrale, plus rarement un peu d'augmentation du liquide sous-arachnoïdien ou ventriculaire, qui a d'ailleurs gardé sa limpidité normale. Nous ne disposons pas de recherches bactériologiques suffisantes pour savoir si ces altérations si légères sont dues au pneumocoque lui-même ou à ses toxines. En tout cas, c'est pour désigner ces accidents méningés qui guérissent rapidement ou qui, à l'autopsie, n'ont pas un substratum anatomique bien appréciable, qu'on a imaginé les mots « pseudo-méningite » ou « méningisme ». On a voulu par là les distinguer des véritables méningites. Mais ne représentent-ils pas réellement des méningites? méningites atténuées, si l'on veut, mais méningites tout de même. Néanmoins, pour la commodité du langage, on peut garder le mot de méningisme pour désigner ces méningites atténuées, dont les lésions sont si légères qu'elles sont susceptibles de guérir, et parfois même de disparaître avec rapidité. En ce qui concerne la pneumonie, la distinction que consacre ce mot est importante : les accidents de la pneumonie cérébrale des enfants sont dus au méningisme, tel que nous venons de le définir; et, en les désignant ainsi, nous les séparons de ceux qui sont dus aux véritables méningites pneumococciques, avec exsudats fibrineux ou purulents, dont l'issue est ordinairement fatale.

Les pneumonies cérébrales donnent fréquemment lieu à des erreurs de diagnostic. Les signes thoraciques étant très effacés, les symptômes nerveux étant au contraire très apparents, on est presque toujours tenté de rapporter ceux-ci à une autre cause que la pneumonie. Tant que la pneumonie n'est pas reconnue, et vous savez que chez l'enfant elle ne se révèle souvent d'une manière évidente qu'après le quatrième jour, on peut incriminer une des maladies aiguës susceptibles de provoquer le méningisme (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, otite, gastro-entérites, helminthiase, etc.); ou bien soupçonner la méningite tuberculeuse. Lorsque la pneumonie est reconnue, le problème diagnostique est loin d'être résolu, car on doit alors se demander si les accidents nerveux ne dépendent pas d'une méningite pneumonique véritable, avec exsudats fibrineux ou purulents. Mais vous voyez que c'est tout le diagnostic, si délicat, des méningo-encéphalopathies aiguës qui surgit ici. Sans l'étudier en détail, ce qui m'entraînerait trop loin de mon sujet, j'en indiquerai les principaux éléments.

Des accidents analogues à ceux qui caractérisent la pneumonie cérébrale, et rentrant comme eux dans le cadre du méningisme, peuvent, particulièrement chez les enfants issus de névropathes, s'observer au cours des maladies les plus diverses (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, grippe, otite, angine, bronchopneumonie, gastro-entérites, helminthiase, etc.). Je ferai d'abord deux remarques qui, d'une manière générale, faciliteront le diagnostic de méningisme. En premier lieu, les convulsions dues à une lésion intracrânienne sérieuse sont suivies de symptômes nerveux graves et continus qui n'existent pas dans le méningisme des maladies aiguës, particulièrement dans celui de la pneumonie. En outre, la torpeur comateuse du méningisme est moins marquée que celle des véritables lésions méningées ou cérébrales; on peut en faire sortir l'enfant en l'appelant avec force; la céphalalgie qui l'accompagne est généralement peu accentuée. J'ajouterai qu'une température très élevée, affectant le type continu ou subcontinu, avec de faibles rémissions matinales, devra toujours faire penser que les accidents cérébraux sont dus à une pneumonie.

Ce qui caractérise la méningite tuberculeuse et ce qui permet de la dépister même lorsque les circonstances ne sont pas favorables au diagnostic, c'est la phase prodromique, avec cet amaigrissement précoce que rien n'explique en apparence; c'est le début insidieux, progressif; c'est l'évolution subaiguë, avec une température qui atteint rarement un très haut degré; mais ce sont surtout les troubles oculaires : strabisme et diplopie, blépharoptose, indiquant que les nerfs oculo-moteurs, qui cheminent à la base du crâne, sont enserrés par les exsudats méningitiques. Quand, au cours d'accidents cérébraux aigus, on voit survenir ces phénomènes oculaires, il est à peu près certain qu'il s'agit d'une méningite tuberculeuse. Je n'ignore pas que Rilliet et Barthez ont avancé que de pareils troubles peuvent se montrer dans la pneumonie cérébrale; je n'ignore pas davantage que M. Netter soutient que la méningite à pneumocoques n'est pas toujours prédominante à la convexité et qu'elle peut atteindre les régions de la base du cerveau. Mais ces faits doivent être bien rares. Pour ma part, toutes les fois qu'au cours d'accidents cérébraux aigus, j'ai constaté le strabisme ou la blépharoptose, j'ai toujours vu le diagnostic de méningite tuberculeuse se confirmer, malgré les incertitudes qui résultaient parfois d'anomalies considérables dans le tableau clinique.

La méningite à pneumocoques étant fréquemment une méningite cérébro-spinale, on devra la soupçonner quand on constatera, au cours d'accidents nerveux aigus, des symptômes indiquant l'inflammation des méninges rachidiennes : particulièrement la raideur du cou et le signe de Kernig (impossibilité d'obtenir l'extension complète des genoux dans la position assise, alors que dans le décubitus dorsal cette extension s'obtient sans difficulté). Mais le cas de notre petite malade nous permet d'affirmer que ces symptômes peuvent s'observer dans le simple méningisme de la pneumonie. Dans les formes de ce genre, on devra donc recourir à la ponction lombaire; celle-ci sera pratiquée sans hésitation, d'autant qu'elle ne sert pas seulement au diagnostic, mais qu'elle est aussi susceptible de soulager les malades.

Tandis que dans le méningisme le liquide céphalo-rachidien est toujours limpide, qu'il l'est presque toujours dans la méningite tuberculeuse, il est exceptionnel qu'il le soit dans la méningite pneumococcique véritable; dans ce cas, il est ordinairement trouble ou purulent. Pour notre malade, le résultat de la ponction lombaire m'a permis d'atténuer la rigueur du pronostic et m'a empêché de conclure à l'existence d'une véritable méningite. J'ajoute que lorsque le liquide est louche ou purulent, sa mise en culture, l'examen microscopique de son sédiment et son inoculation à la souris y révèlent facilement la présence du pneumocoque. Je ne discuterai pas ici la question des rapports du pneumocoque avec le méningocoque intracellulaire, ni celle des rapports de la méningite à pneumocoques avec la méningite cérébro-spinale épidémique. Malgré les intéressants travaux de M. Netter, ces questions ne sont pas encore définitivement élucidées.

Je me suis arrêté assez longtemps sur ces accidents nerveux de la pneumonie des enfants en raison des difficultés de pratique qu'ils peuvent soulever. Mais je ne voudrais pas que cet exposé vous laissât une impression inexacte sur la gravité de la pneumonie infantile. D'abord ces accidents nerveux sont assez rares; en second lieu, ils se terminent souvent par la guérison. La possibilité de ces complications n'est donc pas un élément considérable parmi ceux qui interviennent pour le pronostic.

La pneumonie de l'enfant est plus bénigne que celle de l'adulte. Chez celui-ci, la mortalité par pneumonie est de 25 %, chez l'enfant de 4 %; chez le vieillard elle atteint 50 %. Parmi les facteurs de cette bénignité, je crois que les principaux sont la rareté de l'alcoolisme dans l'enfance, et la gravité beaucoup moindre de la pneumonie secondaire chez les jeunes sujets (chez eux, la pneumonie qui survient au cours de la grippe, de la fièvre typhoïde, guérit habituellement). Les causes de la mort dans la pneumonie de l'enfance sont : 1° l'étendue des foyers pneumoniques : la pneumonie double ou bilatérale est d'un pronostic très grave; 2° une complication, telle que la pleurésie purulente, la péricardite, l'endocardite, la méningite et enfin, dans quelques cas, les accidents nerveux de la pneumonie cérébrale que nous venons d'étudier.

Le traitement de la pneumonie lobaire, type de la maladie aiguë, a offert autrefois un champ de bataille à tous les doctrinaires de la thérapeutique. La saignée, le tartre stibié, l'alcool, la digitale, le bain froid systématique, ont été tour à tour préconisés comme des médications spécifiques, capables de guérir la maladie, ou d'en raccourcir la durée. En réalité, une pareille médication n'existe pas; peut-être, dans l'avenir, la sérothérapie nous la donnera-t-elle; mais jusqu'ici elle ne nous l'a pas fournie.

En attendant, souvenons-nous que la pneumonie guérit habituellement chez l'enfant, et bornons-nous à faire tout le bien que nous pourrons par la médication symptomatique.

Dès le début, surtout quand le point de côté est violent, je fais appliquer des ventouses scarifiées ou des sangsues sous le mamelon du côté malade (2 à 4 suivant l'âge). Il n'existe, en effet, que deux moyens pour calmer la douleur de la pneumonie ou de la pleurésie : l'émission sanguine locale et la piqûre de morphine; or, cette dernière ne doit pas être employée chez l'enfant.

Par la suite, si la pneumonie évolue sans incidents, je prescris seulement du café ou du thé et une potion à l'acétate d'ammoniaque. Je n'ai jamais retiré un avantage sérieux des antithermiques chimiques, ni même des préparations de quinine que quelques médecins prescrivent d'une manière systématique. Quant à l'antipyrine et aux antithermiques du même ordre, on les accuse, à tort ou à raison, d'avoir une action déprimante sur le cœur, et on tombe d'accord qu'il faut s'en abstenir, sauf dans des circonstances exceptionnelles et pour remplir des indications particulières.

Mais les formes graves ou compliquées de la pneumonie infantile exigent un traitement plus actif. Lorsque l'hyperthermie est très marquée, lorsque en même temps il y a de la stupeur ou du délire, la médication de choix est la balnéation; mais je n'emploie pas le bain froid, qui est désagréable à l'enfant et qui, même à la température de 20°, n'abaisse pas sensiblement la température du pneumonique. Je préfère le bain tiède ou frais à 34°, 32°, 30°, suivant les cas, donné toutes les trois heures ou toutes les quatre heures; l'immersion doit durer environ dix minutes. Ainsi employé, le bain, s'il n'abaisse pas la température, agit favorablement en décongestionnant le poumon, en fortifiant le cœur, en calmant le système nerveux et en augmentant la sécrétion urinaire. Lorsque, pour une raison quelconque, on ne peut pas mettre en œuvre la balnéation, il faut avoir recours aux enveloppements du thorax ou de tout le tronc avec une serviette mouillée d'eau froide, exprimée et recouverte d'un taffetas gommé ou d'une toile cirée. On fera ainsi dans la journée plusieurs applications d'une heure chacune.

Dans le cas de convulsions, le bain tiède procure parfois l'apaisement, parfois il provoque de nouvelles crises. On jugera, selon l'effet produit par le premier bain, si l'on doit continuer ou cesser. En tout cas, l'éclampsie indique toujours l'emploi du chloral aux doses qui conviennent à l'âge de l'enfant.

Si, malgré l'emploi des bains, on constate des signes d'asthénie cardiaque, on aura recours aux stimulants. D'abord, on prescrira l'alcool à doses modérées; on en a beaucoup abusé autrefois et j'ai signalé naguère des cas d'alcoolisme infantile qui avaient une origine thérapeutique; mais ce n'est pas une raison pour priver le ma-

lade de l'action bienfaisante de l'alcool; jusqu'à quatre ans, on donnera chaque jour 4 à 5 grammes de cognac par année d'âge; plus tard, une dose quotidienne de 20 grammes sera suffisante; le cognac sera toujours donné très dilué dans une potion sucrée; on pourra prescrire comme véhicule de cette potion une infusion de café ou de thé, la sucrer avec du sirop d'éther et y joindre de l'acétate d'ammoniaque. Si l'asthénie cardiaque est très prononcée, on agira plus énergiquement au moyen d'une piqûre de caféine; en cas de délire, il est préférable de faire une injection d'huile camphrée, car M. Faisans nous a appris que la caféine peut, à elle seule, provoquer des troubles délirants. S'il y a menace de collapsus, on pratiquera une injection d'éther.

Lorsque l'intensité de la dyspnée et l'apparition de la cyanose feront craindre la mort par asphyxie (ce qui n'arrive guère que dans les pneumonies bilatérales), vous couvrirez la poitrine de ventouses sèches ou de cataplasmes sinapisés; vous donnerez des bains sinapisés; vous emploierez des inhalations d'oxygène; comme, en pareil cas, le cœur fléchit toujours, vous mettrez aussi en œuvre la médication que je viens de vous indiquer contre l'asthénie cardiaque.

Pendant toute la durée de la maladie, l'alimentation devra être exclusivement liquide (lait, bouillon, décoction d'orge); pour favoriser la diurèse, on fera boire abondamment le malade (limonade, tisanes, eau pure). L'enfant pourra se lever trois jours après la défervescence, mais il ne devra sortir qu'au bout de huit à dix jours.

En vous en tenant aux moyens que je viens d'énumérer, vous ne nuirez pas au malade; vous le soulagerez presque toujours; souvent, vous l'aiderez à guérir.

MÉDECINE PRATIQUE

Complications cardiaques dans l'angine aiguë banale.

Bien qu'on trouve dans la littérature médicale des observations isolées d'endocardite survenue au cours d'une angine aiguë vulgaire, la fréquence relative des cas de ce genre et les considérations pratiques qui en découlent n'avaient pas attiré jusqu'ici l'attention des cliniciens.

Ces faits viennent d'être mis en lumière, d'abord par M. le docteur F. A. Packard (de Philadelphie) (1), puis par M. le docteur Roeger (de Stuttgart) (2).

Le premier de ces confrères a eu l'occasion d'observer 5 cas de pharyngo-amygdalite aiguë, ne dépendant ni du rhumatisme, ni de la diphtérie, ni d'aucune autre infection générale, et dans lesquels on constata la production d'une endocardite.

De son côté, M. Roeger a noté cette même complication 20 fois sur 100 cas d'angine aiguë, observés dans le service de M. le docteur Rembold, médecin en chef de l'hôpital Marie à Stuttgart.

Il s'agissait dans la plupart de ces observations de sujets jeunes, voire même d'enfants, de constitution délicate, indemnes de tout antécédent rhumatismal et atteints d'amygdalite ou de pharyngite aiguë, le plus souvent à forme herpétique, sans aucune manifestation articulaire. L'existence de l'endocardite s'est décelée nettement par un bruit de souffle plus ou moins intense, siégeant à la pointe du cœur ou près du bord gauche du sternum, et se propageant vers l'aisselle. On remarquait, en outre, des palpitations, de l'irrégularité du pouls, et parfois les signes d'une dilatation du ventricule gauche; les malades accusaient aussi des douleurs dans la région précordiale.

D'ordinaire, ces troubles cardiaques apparaissaient de un à cinq jours après le début de l'angine, le plus souvent au troisième jour. Parfois, le bruit de souffle existait dès le début de la phlegmasie, mais il augmentait dans la suite, à mesure que se développaient les lésions inflammatoires de la gorge.

Après avoir atteint leur maximum d'intensité, les troubles cardiaques ne tardaient habituellement pas à rétrocéder, pour disparaître tout à fait, après une durée totale d'une semaine à un mois. Mais chez un certain nombre de malades le bruit de souffle persista définitivement, accompagné parfois même d'irrégularités dans les fonctions cardiaques. Dans ces cas, l'endocardite paraît donc avoir abouti à une lésion valvulaire organique. Enfin, chez une jeune fille qui avait été atteinte d'amygdalite herpétique aiguë avec endocardite, M. Roeger a vu se produire, cinq semaines environ après la guérison de l'angine, une phlébite de la jambe droite : le membre était œdématié et présentait à sa partie interne un cordon induré, qui se terminait près du creux poplité par une tumeur fluctuante; il existait en même temps de la fièvre, des palpitations intenses et un souffle rude à la pointe du cœur. L'incision de l'abcès poplité donna issue à un caillot sanguin mêlé de masses jaunâtres, représentant un thrombus en voie de ramollissement.

Quelle que soit l'interprétation pathogénique que l'on puisse en donner, les faits signalés par MM. Packard et Roeger n'en sont pas moins fort intéressants; ils imposent au praticien le devoir de surveiller attentivement le cœur dans tous les cas d'angine aiguë, afin de pouvoir prendre, au moindre signe d'endocardite, les mesures nécessaires pour éviter la production d'une lésion cardiaque définitive : ces mesures consistent essentiellement dans le repos absolu, la suppression de toute boisson excitante, telle que vin, café et thé, et l'application d'une vessie de glace sur la région précordiale.

(1) F. A. Packard. Report of five cases of endocarditis occurring in the course of tonsillitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv. 1900.)

(2) Roeger. Angina mit Endocarditis. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 fév. 1900.)

Peut-on donner des aliments liquides aux dilatés de l'estomac?

Dans le traitement de la gastrectasie, il est de règle, pour restreindre le volume des matières ingérées et pour diminuer les fermentations gastriques, de supprimer en grande partie les boissons et les aliments liquides. C'est ainsi qu'on interdit généralement les potages, le thé ou le café, les sauces, etc., et qu'on ne permet au malade d'absorber qu'un verre et demi de boisson à chaque repas. En outre, on lui recommande de ne pas boire entre les repas, sauf dans la saison chaude, lorsque la transpiration est abondante.

Cependant, ce régime, de l'aveu même de ses partisans, n'est pas dépourvu d'inconvénients. Il peut exercer une action défavorable sur les reins, provoquer la gravelle ou l'albuminurie; dans les formes graves et invétérées de dilatation stomacale, il est même susceptible de favoriser la production de la tétanie. Aussi, nombre de cliniciens ont-ils cherché à pallier les défauts du régime classique de la gastrectasie, soit à l'aide de lavements aqueux, soit en interdisant d'une façon moins sévère l'usage des aliments liquides.

Récemment, M. le docteur A. Albu (1), privatdocent de médecine interne à la Faculté de médecine de Berlin, est allé plus loin encore dans cette dernière voie. Se basant sur ce fait d'ordre physiologique, que les liquides passent plus facilement et plus vite de l'estomac dans l'intestin que les substances solides ou de consistance pâteuse, et que, en outre, ils sont absorbés surtout par l'intestin (l'absorption au niveau de l'estomac étant minime, même dans les conditions normales), notre confrère a institué chez les gastrectasiques un régime alimentaire composé principalement de lait, d'œufs brouillés, de chocolat au lait et de potages; la viande n'y occupe, au contraire, qu'une place secondaire, et ne figure guère que sous la forme de riz ou de cervelle de veau. Ces substances alimentaires, dont il est possible de varier le choix et les combinaisons, sont du reste toujours prises en petites quantités, afin de ne pas surcharger l'estomac. En revanche, les repas sont fréquents, contrairement à une autre règle classique dans le traitement de la gastrectasie, qui consiste à ne permettre aux malades que des repas espacés.

Toutefois, M. Albu a soin d'indiquer exactement au patient les heures auxquelles il doit ingérer certains aliments et la quantité qu'il peut en absorber. Ce calcul est établi de façon que chaque petit repas n'ait lieu que lorsque l'estomac a déjà expulsé dans l'intestin la nourriture précédemment introduite.

Voici, à titre d'exemple, un des menus que notre confrère propose aux gastrectasiques : le malade commence par prendre, à huit heures du matin, 125 grammes de lait avec deux biscuits, puis on lui donne 125 grammes de crème à neuf heures. Vers dix heures, il mange deux œufs brouillés, et, une heure plus tard, une tasse de cacao au lait. A midi, il prend une petite assiette d'un potage fait avec une pâte quelconque, à une heure du riz de veau (90 grammes environ) avec un peu d'épinards. A trois heures, il absorbe 125 grammes de lait; à quatre heures, une tasse de chocolat au lait avec un biscuit; à cinq heures, 125 grammes de crème; à six heures, une petite assiette de potage à la farine d'avoine avec un œuf; à sept heures, une tasse de bouillon avec un œuf et un biscuit. Enfin, à huit heures et à neuf heures du soir, on lui donne 125 grammes de lait chaque fois.

M. Albu a eu l'occasion d'instituer ce régime alimentaire chez une cinquantaine de gastrectasiques, et il en a obtenu des résultats des plus satisfaisants. L'amélioration a été rapide, non seulement dans la dilatation stomacale à type protopathique de Bouchard, mais aussi dans les cas de gastrectasie due à un rétrécissement du pylore. Le succès a été particulièrement remarquable chez les malades qui avaient été soumis auparavant sans avantages à un régime sec; sous l'influence d'une nourriture plus ou moins liquide, ces sujets n'ont pas tardé à éprouver un soulagement considérable et à augmenter de poids.

(1) Albu. Die diätetische Behandlung der Magenerweiterung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 mars 1900.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 mars 1900.

Mortalité et désinfection.

M. Grancher. — L'Académie, revenant sur son vote de 1893, a émis récemment le vœu, à la suite d'une communication de M. Vallin (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 65), que la rougeole fût inscrite sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire.

A mon tour, je viens demander à l'Académie de vouloir bien émettre un vœu favorable à l'inscription de la pneumonie et de la bronchopneumonie sur la même liste, car si la rougeole fait des centaines de victimes, la pneumonie et la bronchopneumonie, parfaitement contagieuses, du reste, en font des milliers.

L'Académie ne saurait refuser pour ces deux maladies ce qu'elle a très justement accordé pour la bronchopneumonie morbilleuse.

Je suis donc d'accord avec M. Vallin sur le fond des choses, mais je ne puis admettre comme valables les raisons qu'il a données en faveur du vote qu'il désirait obtenir.

En effet, après avoir établi que la mortalité par la rougeole avait augmenté depuis trois ans, M. Vallin a fait remarquer que le nombre des désinfections pratiquées pour cette maladie avait au contraire diminué, et il en a conclu que cette diminution était cause d'une mortalité plus grande.

Pour le prouver mieux encore, M. Vallin oppose le groupe entier des maladies zymotiques : variole, fièvre typhoïde, diphtérie, etc., dont la mortalité diminue, à la rougeole dont la mortalité augmente, et il attribue cette marche en sens inverse à la désinfection seule.

Ici, je crains que M. Vallin ne se soit mépris : si la désinfection, en effet, est toujours utile contre les maladies transmissibles, elle ne l'est pas également contre toutes.

N'est-il pas rationnel que les maladies transmissibles, qui ont chacune leur étiologie propre, soient tenues en échec, à mesure que la science progresse, par des facteurs thérapeutiques ou prophylactiques spéciaux ?

Et c'est le cas de la *variole*, de la *fièvre typhoïde* et de la *diphtérie* dont la mortalité est dominée par le *vaccin*, l'*eau de source pure* et la *sérothérapie*.

Mieux eût valu, je crois, ne comparer que des maladies comparables. J'entends par là celles qu'aucune cause autre que la désinfection ne vient modifier dans leur morbidité et leur mortalité. Telles sont la scarlatine, la rougeole et la coqueluche.

Or, en comparant les courbes de mortalité de ces différentes maladies dans les dix dernières années aux courbes représentant les désinfections qu'elles ont nécessitées, on ne tarde pas à constater qu'il n'y a entre ces deux sortes de courbes que des rapports éloignés et beaucoup trop irréguliers pour qu'on puisse se faire une opinion sur le rôle réel de la désinfection dans la diminution du nombre de cas de ces maladies.

Il existe cependant une affection dont la prophylaxie, en attendant mieux, relève assurément des moyens de désinfection dont nous disposons. Je veux parler de la tuberculose. Le crachat d'un phtisique est dangereux pendant plusieurs mois par ses bacilles vivants quoique desséchés, et il est encore dangereux, après la mort des bacilles, par les substances qu'il contient. Ce qui revient à dire qu'il est dangereux jusqu'à ce qu'il soit détruit par l'ébullition ou par une action chimique.

Or, la désinfection peut arriver à ce résultat dans la chambre d'un tuberculeux, notamment sur le parquet, les murs, les meubles et le linge.

Je demande donc à l'Académie de vouloir bien soumettre à la commission permanente de la tuberculose la proposition suivante : « L'Académie émet le vœu que la tuberculose ouverte soit inscrite parmi les maladies à déclaration obligatoire ».

Néphrectomie dans un cas de néphrite hématurique.

M. Guyon communique, au nom de M. Pousson (de Bordeaux), une observation de néphrite douloureuse à forme hématurique, traitée avec succès par l'intervention chirurgicale.

Il s'agit d'une jeune femme de trente et un ans, qui présentait depuis le mois de mars 1899 les symptômes d'une néphrite unilatérale avec hématuries, diminution de la quantité des urines, du taux de l'urée, des chlorures et des phosphates; il existait de l'albuminurie et des phénomènes graves d'urémie; enfin, la malade accusait des douleurs habituelles, souvent très vives, au niveau du rein gauche.

M. Pousson pratiqua la néphrotomie le 13 juin. Immédiatement après cette intervention, la quantité d'urine augmenta, la teneur en urée, en phosphates et surtout en chlorures se releva; l'albuminurie persista, mais tous les accidents urémiques disparurent. Cet état satisfaisant se maintint jusqu'à la cicatrisation de la plaie rénale; puis, peu à peu, la sécrétion des urines diminua de nouveau, les produits excrémentitiels devinrent moins abondants et les phénomènes urotoxiques se reproduisirent.

En présence de cette situation, M. Pousson se décida à pratiquer la néphrectomie. Dès ce moment, la quantité d'urine s'éleva rapidement et dépassa la normale, l'urée atteignit le chiffre de 15 et 20 grammes, les phosphates et les chlorures subirent une augmentation proportionnelle et les derniers phénomènes de l'empoisonnement urémique disparurent définitivement.

Hyperostose de l'orbite.

M. Panas lit, à l'occasion d'une observation d'hyperostose de l'orbite adressée par M. Dianoux (de Nantes), un rapport dont voici le résumé :

Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, non syphilitique, chez laquelle se manifesta spontanément une exorbitis de l'œil gauche et une diminution de l'acuité visuelle.

L'examen direct et la radiographie de la cavité orbitaire permirent de constater une masse néoplasique occupant exclusivement la portion nasale de cette cavité.

Le traitement spécifique ayant été institué sans résultat et l'exophtalmie continuant à progresser, M. Dianoux se décida à abraser avec la gouge et le maillet la paroi hyperostosée de l'orbite.

Immédiatement après cette opération, l'œil reprit sa position normale et la malade recouvra complètement la vue.

Résection de l'estomac pour cancer.

M. Ricard montre une femme de cinquante-deux ans chez laquelle il a pratiqué il y a onze mois une résection de la presque totalité de l'estomac, de la première portion du duodénum et d'une partie du pancréas, pour une tumeur carcinomateuse diffuse occupant non seulement la grande courbure, mais encore les deux faces de l'estomac.

Depuis cette opération, la malade a engraissé de 26 kilogrammes; elle pèse actuellement 77 kilos et présente tous les attributs de la santé.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 mars 1900.

Influence anodique sur la conductibilité nerveuse chez l'homme.

M. S. Leduc. — En plaçant sur le trajet d'un nerf la cathode en un point fixe, et en faisant agir l'anode tantôt entre la cathode et l'origine du nerf, tantôt entre la cathode et la terminaison nerveuse, je suis arrivé aux deux conclusions suivantes, qui résultent de l'examen des graphiques obtenus par la contraction du muscle correspondant au nerf excité :

1° Lorsque l'anode est entre la cathode et les centres nerveux (courant descendant ou centrifuge), les contractions sont toujours beaucoup plus fortes que lorsque l'anode est entre la cathode et le muscle (courant ascendant ou centripète). Pour une même excitation cathodique, la variation des contractions, suivant ces différentes positions de l'anode, est très grande, et peut s'étendre depuis la contraction maxima jusqu'à l'absence de toute contraction.

2° L'influence de la position de l'anode s'observe aussi bien avec les courants faradiques qu'avec les courants voltaïques; elle est d'autant plus marquée que le courant a une tension plus élevée, et elle augmente avec l'intensité jusqu'à ce que l'anode excite elle-même le nerf moteur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 mars 1900.

Traitement des kystes hydatiques du foie.

M. Pierre Delbet. — Les observations nouvelles qui ont été apportées au cours de cette discussion peuvent être considérées comme tout à fait favorables à la méthode de traitement que je préconise. En ce qui concerne la marsupialisation, à part quelques faits exceptionnels, les résultats que donne cette opération sont bien peu satisfaisants et la durée du traitement est, en général, très longue, sans qu'on soit pour cela certain d'obtenir la guérison.

Je crois que la suppression du drainage écarte tout danger d'hémorrhagie secondaire, celle-ci ne constituant qu'un accident septique, qui n'est pas très rare à la suite de la marsupialisation. Il en est de même des cholerrhagies secondaires, qui doivent se produire beaucoup moins fréquemment avec la suppression du drainage qu'avec la marsupialisation.

La seule objection que l'on puisse faire à l'emploi de ma méthode est relative aux cas dans lesquels la suppuration se produit à la suite de l'intervention; or, les faits de ce genre qui ont été rapportés par plusieurs de nos collègues montrent bien que cette complication n'offre, en réalité, aucun danger et n'entraîne pas d'autre conséquence qu'un retard dans la guérison définitive.

Il me reste à insister sur quelques points concernant la technique opératoire à laquelle je me suis arrêté.

Dans les cas où il n'est pas possible d'enlever la totalité de la membrane hydatique, je crois qu'il est préférable de ne pas employer le grattage à la curette, auquel plusieurs chirurgiens ont eu recours en pareil cas, car on peut, par cette manœuvre, provoquer l'ouverture de canaux vasculaires ou biliaires.

Pour pratiquer le capitonnage, j'introduis l'aiguille courbe dont je me sers par la face interne de la membrane adventice, en la faisant cheminer le plus longuement possible dans l'épaisseur de cette membrane, mais sans chercher à pénétrer profondément; le fil ainsi placé est ensuite conduit de la même façon sur la paroi opposée et lorsqu'il est serré et noué, l'affrontement obtenu est parfaitement solide.

La ponction, à mon avis, présente de réels inconvénients, car elle expose à la blessure de l'intestin ou de vaisseaux importants, et je puis vous rappeler le cas dans lequel M. Chauffard a perdu un malade en quelques heures à la suite d'une ponction exploratrice.

M. Potherat. — Au sujet de l'observation que M. Peyrot a rapportée dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 91), il me semble qu'on aurait tort de croire qu'il s'est agi d'une pullulation de vésicules hydatiques provenant du kyste hydatique du foie rompu spontanément dans l'abdomen; cette interprétation serait, en effet, contraire à tout ce que nous savons sur l'évolution des parasites qui déterminent la production des kystes hydatiques.

M. Ricard. — J'ai cependant observé un cas analogue à celui de M. Peyrot, et dans lequel la pullulation des hydatides semblait nettement consécutive à l'ouverture d'un kyste primitif.

Traitement de la septicémie gangreneuse par l'eau oxygénée.

M. Terrier. — M. Pluyette (de Marseille) nous a envoyé une observation de septicémie gangreneuse consécutive à une plaie du bras, chez un diabétique, traitée par des lavages à l'eau oxygénée, et des injections interstitielles du même liquide, pratiquées tout autour du foyer infecté. Sous l'influence de ce traitement, une amélioration notable s'est produite en peu de temps et la guérison a été finalement obtenue.

Ce fait vient à l'appui de l'opinion que j'ai soutenue sur les avantages de l'emploi de l'eau oxygénée dans le traitement de la gangrène gazeuse.

M. Quénu. — Chez un malade que j'ai opéré récemment pour un cancer du rectum, dans des conditions particulièrement mauvaises, j'ai dû combattre localement des accidents infectieux de nature gangreneuse, consécutifs à mon intervention, et j'ai eu recours à l'eau oxygénée qui, très rapidement, a donné un résultat excellent; le malade est à l'heure actuelle en bonne voie de guérison, et je crois que tout autre mode de traitement n'aurait pas eu la même efficacité.

M. Reynier. — Je me sers de l'eau oxygénée depuis 1893, et j'ai eu maintes fois l'occasion d'enrayer, par ce moyen, la marche progressive de la septicémie gangreneuse.

J'estime, toutefois, qu'il est bon de signaler les dangers de l'eau oxygénée pure, dont l'emploi peut être suivi d'accidents de sphacèle; il est prudent, par conséquent, de n'employer que l'eau oxygénée diluée.

M. Quénu. — J'ai employé en lavages l'eau oxygénée pure dans beaucoup de cas, sans jamais observer de sphacèle; c'est seulement pour les pansements que j'ai cru devoir me servir d'eau oxygénée diluée.

M. Michaux. — J'ai observé récemment dans mon service un cas de gangrène septique consécutive à une rupture traumatique de l'artère poplitée; j'ai dû faire l'amputation en plein foyer septique, et, grâce à l'emploi de l'eau oxygénée, la cicatrisation du moignon s'est faite de la façon la plus satisfaisante.

M. Terrier. — Je crois que les accidents constatés par M. Reynier peuvent être attribués à l'acidité d'une eau oxygénée mal préparée.

Traitement de la gibbosité du mal de Pott.

M. Kirmisson. — M. Bouquet (de Roissy-en-Brie) nous a adressé une observation relative à un cas de mal de Pott ancien, compliqué d'abcès et de fistules, avec gibbosité. En raison des douleurs que provoquait le décubitus dorsal, notre confrère a soumis son malade au décubitus ventral, en exerçant en outre une pression continue sur la gibbosité, à l'aide d'une sangle. Cette position fut parfaitement supportée pendant quatre mois, et, au bout de ce temps, la gibbosité avait disparu.

Ce fait vient se joindre à tous ceux qui démontrent l'efficacité du redressement lent et progressif de la gibbosité, conduit patiemment et avec méthode.

Laparotomie pour plaie de l'estomac et de l'épiploon gastro-hépatique par balle de revolver.

M. Bazy. — A propos des observations qui ont été communiquées dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 91), je désire mentionner un cas, dans lequel j'ai pratiqué la laparotomie, chez un homme de vingt ans, pour une plaie de l'estomac et de l'épiploon gastro-hépatique par balle de revolver.

Après avoir constaté l'existence d'une plaie de la face antérieure de l'estomac, j'essayai sans succès de trouver la source de l'hémorrhagie qui persistait, et je dus me contenter d'établir un tamponnement au niveau de l'épiploon gastro-hépatique; le malade a parfaitement guéri.

M. Bazy rapporte une observation de cure de fistule vésico-vaginale, obtenue par le procédé de dédoublement préconisé par M. Ricard (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 438 et 1900, p. 91).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 mars 1900.

Leucémie lymphocytique.

M. Widal. — J'ai observé récemment, avec M. Prosper Merklen, un cas de leucémie lymphocytique chez un homme de cinquante-six ans, dont la maladie avait débuté depuis plusieurs mois. La rate était énorme, le foie dépassait de 8 centimètres le rebord des fausses côtes. Des ganglions hypertrophiés étaient disséminés dans les régions inguinales, axillaires et sus-claviculaires.

Le dernier examen de sang pratiqué pendant la vie décela 1,534,500 globules rouges et 761,600 globules blancs. Ces globules blancs comprenaient presque exclusivement de petits lymphocytes opaques, nettement ovalaires, très fortement colorés par l'action de l'hématéine ou du triacide, en général plus petits que des globules rouges. Ils semblaient constitués uniquement par un noyau, et on ne décelait pas de zone protoplasmique autour d'eux.

On constatait 89 de ces éléments pour 11 grands leucocytes; de ces derniers, les uns étaient au moins quatre fois plus gros que les globules rouges; les autres, moins volumineux, servaient de transition avec les lymphocytes. Ces grands leucocytes ne semblaient formés que par un gros noyau pâle, peu colorable, à contours déchiquetés, sans protoplasma visible autour de lui. On ne trouva pas d'éosinophiles, et on constata à peine un polynucléaire neutrophile sur 300 globules blancs.

Le microscope permit de reconnaître, après la mort, que la moelle des os était transformée en un tissu presque entièrement composé de lymphocytes. En certains points seulement, on observait des mononucléaires à noyau clair entouré d'une couche de protoplasma.

Dans la rate, les corpuscules, très hypertrophiés, étaient, comme la pulpe d'ailleurs, presque uniquement formés de lymphocytes.

Les ganglions lymphatiques contenaient aussi un grand nombre de ces derniers éléments.

L'examen histologique des organes concorde donc avec l'examen hématologique pratiqué pendant la vie. La formule du sang de notre malade était tout à fait différente de celle qu'ont observée MM. Hayem et Lion qui, dans leur cas, ont noté surtout une augmentation du nombre des mononucléaires translucides (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 91). Il existe donc bien deux formules hématologiques différentes de leucémie à leucocytes mononucléaires.

Artériosclérose cérébrale et respiration de Cheyne-Stokes.

M. Rabé relate l'observation d'un malade atteint d'artériosclérose cérébrale avec aortite chronique, dilatation et hypertrophie secondaire du cœur, et qui, à l'occasion d'une crise d'asystolie, présenta le type respiratoire de Cheyne-Stokes.

Ce symptôme survécut à la disparition du syndrome asystolique et persista durant six mois, appréciable seulement pendant le sommeil, malgré une diurèse abondante et l'absence de toute albuminurie.

Le malade ayant succombé aux progrès de la cachexie cardiaque, l'autopsie démontra l'intégrité absolue des reins.

Le cœur était en état de dilatation hypertrophique, et l'aorte, depuis l'insertion des sigmoïdes jusqu'à la moitié inférieure de la portion thoracique, présentait les lésions typiques de l'aortite chronique, avec large dilatation fusiforme et transformation scléro-athéromateuse de ses parois. Les artères cérébrales étaient le siège d'une athéromasie diffuse, et, dans le lobe frontal droit, il y avait un foyer récent de ramollissement. Enfin, il existait un œdème très prononcé des espaces sous-arachnoïdiens et des ventricules.

S'appuyant sur ces constatations, l'orateur pense que, chez son malade, le rythme de Cheyne-Stokes s'est développé et a persisté sous la double influence de l'artériosclérose cérébrale et de l'asthénie cardiaque, indépendamment de toute lésion rénale. L'artériosclérose cérébrale, par les troubles qu'elle provoque (ischémie artérielle, stase veineuse, œdème interstitiel) prépare et favorise le développement du rythme respiratoire intermittent, et le jour où la faiblesse et la dilatation du cœur aggravent les troubles circulatoires, le fonctionnement régulier du cerveau devient impossible, et la respiration de Cheyne-Stokes apparaît.

En terminant, M. Rabé attire l'attention sur l'importance que peut acquérir, en séméiologie, le développement de ce type respiratoire pendant le sommeil. Se basant sur deux faits personnels, et sur trois observations dues à un médecin anglais, O'Donovan, il estime que le rythme de Cheyne-Stokes, quand il se produit dans les conditions précitées, est symptomatique de l'artériosclérose au début.

M. Merklen insiste sur la précocité et la longue durée de la respiration de Cheyne-Stokes dans l'artériosclérose cérébrale, en dehors de toute lésion rénale, et cite à l'appui de cette opinion le cas d'un malade artérioscléreux qui présenta ce phénomène pendant un an, et finit par succomber à un ictus apoplectique.

M. Rendu croit également que la sclérose des artères bulbaires est la cause de la respiration de Cheyne-Stokes au moins aussi souvent que celle des artères du rein.

M. Hirtz a observé récemment, au contraire, un malade qui succomba à un ictus apoplectique suivi d'une hémiplégie droite et de respiration de Cheyne-Stokes, et chez lequel l'autopsie démontra l'existence d'une néphrite interstitielle et l'absence complète de lésions cérébrales.

Deux cas d'hémiplégie d'origine scarlatineuse.

M. Ferrier (médecin militaire) présente deux malades qui ont été atteints, l'un au sixième, l'autre au septième jour après le début d'une scarlatine, d'une hémiplégie gauche précédée d'un ictus, avec fièvre et incontinence d'urine et des matières fécales.

Cette hémiplégie était accompagnée, chez l'un des malades, d'atrophie musculaire et d'exagération des réflexes, et chez l'autre, de contractures secondaires avec trépidation épileptoïde.

L'absence de troubles sensitifs et sensoriels, ainsi que l'existence du signe de Babinski autorisent à penser qu'il s'est agi, dans ces deux cas, non de simples troubles fonctionnels, mais de petits foyers de ramollissement de la couche corticale.

M. Rendu croit que les hémiplégies qui se montrent quelquefois pendant le cours des maladies infectieuses doivent être rattachées à de petits foyers corticaux de sclérose, consécutifs à des artérites circonscrites.

Des crises testiculaires dans la filariose.

M. Rénon. — Je viens d'observer un cas de filariose qui s'est manifestée uniquement par des crises testiculaires.

Ces crises duraient depuis l'année 1890 et se montraient en moyenne deux fois par an, sans être annoncées par aucun prodrome.

Le malade était réveillé le matin par une douleur violente dans le testicule droit, qui augmentait de volume et devenait très sensible à la pression; la douleur irradiait bientôt dans la fosse iliaque droite pour gagner la région lombaire, et l'analogie avec l'accès de colique néphrétique devenait frappante. Fébrile ou non, la crise se terminait d'elle-même en vingt-quatre ou trente-six heures: elle aboutit à la longue à la production d'une hydrocèle vaginale droite, qui fut guérie par la cure radicale.

Seule manifestation apparente de la filariose chez mon malade (les embryons de filaire existaient dans le sang), ces crises testiculaires doivent être nettement séparées de la colique néphrétique; observées dès 1894 par M. Audin (d'Haïti), elles tiennent à la présence de la filaire dans le territoire lymphatique d'un testicule.

Sur un cas de lymphadénie aiguë.

M. Hirtz communique, au nom de M. Marcel Labbé et au sien, l'observation d'un homme de vingt et un ans, qui a succombé dans son service à une lymphadénie aiguë. Cette affection a débuté au mois d'octobre dernier par un affaiblissement progressif, de la céphalalgie, de l'amaigrissement, de l'essoufflement au moindre effort, etc.; elle a affecté le type splénique, la rate ayant acquis de grandes dimensions, tandis que les ganglions axillaires, inguinaux, etc. restaient indolents et modérément tuméfiés.

Cet homme a succombé très rapidement à la fin du mois de novembre à la suite d'épistaxis répétées et abondantes. La mort a peut-être été hâtée par une infection secondaire due à une suppuration des fosses nasales.

L'examen du sang de ce malade, pratiqué à différentes reprises, a décelé une diminution notable des globules rouges et une augmentation considérable des globules blancs, dont le chiffre atteignait 112,350. Cette augmentation portait presque exclusivement sur les lymphocytes de la grande et de la petite variété; il s'agissait donc d'une lymphocytémie.

Acromégalie avec diabète sucré; tumeur du corps pituitaire; gigantisme viscéral.

M. Ravaut relate l'observation d'une femme de vingt-sept ans, acromégalique et diabétique depuis six ans. Les deux affections avaient débuté simultanément par une céphalée intense, des troubles oculaires, de la polydipsie et de la polyurie. En dernier lieu, la malade présentait les signes classiques de l'acromégalie; elle émettait 20 litres d'urine par jour, et éliminait 1,200 grammes de sucre en vingt-quatre heures.

L'autopsie a permis de constater une tumeur lobulée, molle, de couleur rougeâtre, occupant la place du corps pituitaire; le microscope fit reconnaître qu'il s'agissait d'un sarcome ayant respecté quelques portions de l'hypophyse, dont on reconnaissait la structure. Tous les organes étaient hypertrophiés: le foie et la rate pesaient deux fois plus qu'à l'état normal, les reins trois fois plus, etc.

Ces hypertrophies, portant sur tous les organes, sont attribuées à une sorte de gigantisme viscéral, l'affection, chez la malade, ayant débuté trop tard (à vingt et un ans) pour produire du gigantisme osseux.

M. Boinet (de Marseille) adresse une note sur deux cas de polynévrite alcoolique accompagnée de mal perforant plantaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 mars 1900.

Du traitement expérimental de la tuberculose.

M. Richet. — Il résulte d'expériences que je poursuis depuis très longtemps avec M. Héricourt que toutes les substances médicamenteuses sont capables d'enrayer dans une certaine mesure le développement de la tuberculose. Nous avons constaté, en effet, à diverses

reprises, que lorsqu'on fait ingérer une substance quelconque (chlorure de sodium, urate de soude, cacodylate de soude, térébenthine, iode, etc.) à des chiens tuberculeux, ces animaux survivent toujours plus longtemps que les chiens témoins. Si la survie des animaux témoins est égale à 100, celle des chiens traités est en moyenne de 150.

Pour expliquer ces résultats, il faut nécessairement admettre que, chez les animaux qui ingèrent une substance médicamenteuse, l'absorption des poisons tuberculeux est moins active que chez les animaux témoins.

De la demi-inanition chlorurée dans le traitement de l'épilepsie.

M. Roux. — J'ai expérimenté chez quatre malades atteints d'épilepsie la méthode de traitement proposée récemment contre cette affection par MM. Richet et Toulouse (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 404). Pour réaliser l'inanition de l'organisme en chlorures, le procédé le plus simple consiste à soumettre les malades au régime lacté absolu: un litre de lait ne contient en effet que 0 gr. 95 centigr. de chlorures; il en résulte qu'un sujet soumis à la diète lactée n'absorbe que 3 à 4 grammes de chlorures par jour, au lieu des 8 à 9 grammes contenus dans l'alimentation ordinaire. En même temps que ce régime, on prescrit 3 à 4 grammes de bromure de sodium. Sous l'influence de ce traitement, mes quatre malades ont vu leurs crises disparaître très vite; ce qui semble prouver que le régime lacté agit bien en privant l'organisme de chlorures, c'est que, chez un des patients, il a suffi d'ajouter du chlorure de sodium au lait pour voir les crises réapparaître.

Sur les modifications histo-chimiques de la muqueuse gastrique sous l'influence de quelques substances médicamenteuses.

MM. Theohari et **Vayas.** — Nous avons administré pendant six semaines par la sonde œsophagienne, à plusieurs chiens, du salicylate de soude, de l'arsénite de potasse, de l'iodure de potassium, etc., à des doses voisines de celles que l'on emploie en thérapeutique. Les deux premiers de ces sels se sont montrés sans effet sur la muqueuse gastrique. L'iodure de potassium, au contraire, à la dose de 10 grammes par jour, a produit sur 5 chiens des modifications histo-chimiques portant sur les cellules principales. Les animaux ayant été sacrifiés entre la cinquième et la septième heure de la digestion, les cellules principales ne présentaient que leur réticulum étendu à toute la cellule; il n'y avait pas traces de filaments basaux ni de granulations acidophiles fines; il n'existait non plus aucune grosse granulation neutrophile dans les mailles.

Au point de vue chimique, cet état histologique s'est traduit par une diminution considérable du chlore organique et par la suppression du pouvoir digestif sur la fibrine, recherché dans la muqueuse même des animaux sacrifiés. Ces faits, intéressants en ce qui concerne la physiologie des cellules principales, peuvent être résumés d'un mot, en disant que, sous l'influence de l'iodure de potassium, les cellules principales ne fabriquent plus de pepsine.

Sur le coccobacille hémophile.

M. Rosenthal. — En étudiant 19 cas de bronchopneumonie infantile, j'ai trouvé 15 fois le coccobacille de Pfeiffer, que l'on peut désigner sous le nom de *coccobacille hémophile*, pour rappeler son principal caractère.

Les cultures de ce microbe m'ont permis de reconnaître que le pseudo-bacille de l'influenza de Pfeiffer, les espèces A et B de Grossberger, le bacille d'Elmassian doivent être identifiés avec le coccobacille hémophile.

Les cultures les plus belles ont été obtenues par la pratique du réensanglantement et du surpiquage tardif. L'inoculation intrapulmonaire de coccobacille hémophile, mélangé à une culture vieille de staphylocoque doré non virulent, détermine chez le lapin une congestion pulmonaire mortelle.

L'absence du coccobacille dans certains cas de grippe, sa présence dans des faits observés en dehors des épidémies, enfin sa fréquence dans les affections des voies respiratoires, permettent de supposer que le coccobacille hémophile est un microbe ordinaire de la flore pathologique du poumon, et qu'il n'est nullement le microbe pathogène de la grippe.

Sérothérapie du rhumatisme à streptocoques.

M. Boucheron conseille, dans les affections rhumatismales subaiguës à streptocoques, d'avoir recours, en dehors des moyens habituellement usités contre ces affections, à des injections sous-cutanées de sérum antistreptococcique.

Ces injections doivent être faites à doses faibles et répétées un quart de centimètre cube à la fois tous les jours ou tous les deux jours; lorsque cette quantité initiale est bien supportée, elle peut être progressivement augmentée et portée jusqu'à 1 c.c.

Même avec ces faibles doses, on observe fréquemment des réactions locales et parfois générales; mais celles-ci cessent bientôt par l'effet d'une vaccination qui ne laisse plus subsister que l'action utile, et pour ainsi dire spécifique, du sérum.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Pneumonie grippale et phtisie caséeuse, par M. Ch. Garnier.

Depuis la découverte du bacille de Koch, il ne subsiste plus aucun doute sur la nature de la pneumonie caséeuse; mais la pathogénie de cette affection admet cependant deux interprétations différentes : si la plupart des auteurs rendent, en effet, le bacille de la tuberculose seul responsable des lésions de cette forme de pneumonie, il en est d'autres, au contraire, qui envisagent cette affection comme le résultat d'une infection mixte, dans laquelle l'agent pathogène de la tuberculose n'intervient que d'une façon secondaire; les foyers pneumoniques seraient engendrés primitivement par d'autres microbes, tels que pneumocoques, streptocoques ou staphylocoques, et ce n'est que plus tard que le bacille de Koch envahirait les zones déjà hépatisées, pour leur faire subir la dégénérescence caséeuse.

Un cas observé récemment par l'auteur du présent travail dans le service de M. le professeur Bernheim, à Nancy, montre que ce dernier mode d'envahissement tuberculeux se produit parfois, quoique certains faits d'ordre expérimental et clinique aient été invoqués comme preuves de sa non-existence.

Il s'agit d'un jeune garçon de seize ans, de constitution débile et surmené par un travail excessif, qui fut atteint d'influenza compliquée de pneumonie du côté droit. Cette pneumonie était incontestablement d'origine grippale, comme le prouvaient les symptômes généraux, les troubles gastro-intestinaux concomitants, la localisation au sommet du processus pneumonique, l'aspect particulier de la phase prodromique, les caractères de la fièvre, l'existence à ce moment même d'une épidémie de grippe à forme surtout thoracique et enfin la constatation directe, dans les crachats, de bacilles de Pfeiffer associés au pneumocoque, sans traces de bacilles de Koch.

Tel fut le début de l'affection; mais, au bout d'une quinzaine de jours, les signes d'hépatisation, localisés jusque-là au sommet, s'étendirent rapidement à la totalité du poumon, et dans l'expectoration, séro-spumeuse et blanchâtre, on vit apparaître des crachats purulents qui contenaient — en plus des pneumocoques dont le nombre semblait avoir diminué — de nombreux bacilles de la tuberculose.

Le malade se cachectisa rapidement, et succomba dans le coma au bout de deux mois environ.

A l'autopsie, on constata que tout le poumon droit offrait l'aspect typique de la pneumonie caséeuse et formait un bloc compact, dans lequel la division en lobes n'était plus reconnaissable. Au sommet existaient deux cavernes renfermant un magma caséeux. Dans les intervalles des zones caséifiées, tout le poumon était hépatisé (lésions d'alvéolite fibrineuse). Du côté gauche, on ne put constater que quelques tubercules miliaires, disséminés dans le parenchyme pulmonaire et sur le feuillet viscéral de la plèvre.

Ainsi, dans ce cas, les résultats de l'examen anatomique, d'accord avec les symptômes cliniques présentés par le malade, permettent de conclure qu'il s'agissait d'une pneumonie grippale primitivement fibrineuse, qui s'est transformée par la suite en pneumonie caséeuse, la grippe ayant réveillé vraisemblablement un foyer de tuberculose latente. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mars 1900.)

Coup de chaleur et coup de soleil; étiologie, pathogénie, traitement, par M. Moussoir.

Cette étude, faite au Tonkin, porte surtout sur l'étiologie comparée du coup de chaleur et de l'insolation.

D'après l'auteur, le coup de chaleur est une perturbation fonctionnelle des centres nerveux, due à l'hyperthermie du sang qui les traverse. Cet état morbide se produit lorsqu'une température supérieure à 40° agit sur toute la surface du corps pendant un laps de temps suffisant pour échauffer la masse sanguine. Quant aux diverses modalités cliniques que peut présenter le coup de chaleur (formes asphyxique, comateuse, apoplectique et mixte), elles dépendraient non seulement du mode de réaction individuelle, mais aussi de l'état hygrométrique de l'air.

Dans le coup de soleil, les troubles sont les mêmes, mais leur origine est différente, puisque, suivant M. Moussoir, ils sont dus à l'action directe sur le crâne des radiations solaires dont la partie active est représentée par les rayons chimiques et nullement par les rayons calorifiques ou lumineux. Ici, point n'est besoin que le milieu ambiant soit à une température élevée, ni même que les radiations solaires agissent d'une façon prolongée. Il faut cependant à ces dernières une certaine intensité pour produire l'insolation grave instantanée, laquelle n'est réalisable que sous les tropiques, lorsque le soleil se trouve vers le zénith. Dans d'autres conditions, on ne peut observer que la céphalée connue sous le nom de petit coup de soleil, à moins que la chaleur extérieure ne vienne ajouter ses effets à ceux des rayons chimiques pour produire des accidents aussi graves que le coup de chaleur ou le coup de soleil, et tenant à la fois de ces deux états morbides.

Les indications thérapeutiques qui découlent de ce qui précède consistent à soustraire du calorique à l'aide de compresses glacées ou imbibées d'eau alcoolisée et d'aspersions froides sur tout le corps, à provoquer le réveil de l'intelligence par toutes sortes d'excitations cutanées, ainsi que par des injections hypodermiques d'éther et de caféine, et enfin à réfréner les centres nerveux thermogènes. Pour remplir cette dernière indication, on s'est adressé jusqu'ici à la quinine; or, M. Moussoir estime qu'on doit avoir recours plutôt à l'antipyrine, qui est l'antithermique nerveux par excellence; il conseille de l'employer sous forme d'injections hypodermiques dans la masse des muscles fessiers ou sacro-lombaires, à la dose de 0 gr. 40 à 0 gr. 80 centigr. On pourra se servir à cet effet d'une solution de 4 grammes d'antipyrine dans 10 grammes d'eau, additionnée de 0 gr. 03 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne, dont on injectera 2 ou 3 seringues de Pravaz à la fois. (*Arch. de méd. navale*, janvier 1900.)

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten. 2e fasc. In-8°, p. 193 à 502. Iéna, 1900. — **Les maladies internes d'origine traumatique,** par M. R. Stern.

La première partie de cet ouvrage, parue il y a trois ans et que nous avons eu l'occasion d'analyser (Voir *Semaine Médicale*, 1897, Annexes, p. L), contient la description des maladies du cœur et des poumons. Ce second et dernier fascicule est consacré aux affections du tube digestif, du péritoine et des organes abdominaux, ainsi qu'aux troubles des échanges intra-organiques.

En traitant des maladies de l'estomac, l'auteur étudie avec un soin particulier les états morbides qui ont été groupés sous le nom commun d'ulcère d'origine traumatique. Il se dégage de cette étude qu'il y a lieu de distinguer deux sortes de cas : ceux qui, guérissant rapi-

dement, ne paraissent être le plus souvent que de simples contusions de la muqueuse stomacale, et les cas à évolution chronique présentant la plus grande analogie avec le tableau habituel de l'ulcère rond.

Dans la pathogénie de l'ulcère de l'estomac d'origine traumatique, certains cliniciens font jouer, comme on le sait, un rôle important à l'hyperacidité du suc gastrique ; mais M. Stern réfute cette opinion en se fondant sur deux observations personnelles. Ces faits se rapportent à deux sujets qui, à la suite d'une contusion de l'épigastre, ont présenté tous les symptômes de l'ulcère rond et chez lesquels cependant l'acidité du contenu stomacal non seulement n'a jamais été augmentée, mais se trouvait même au-dessous de la normale. Dans l'un de ces cas surtout, l'existence d'une ulcération de la muqueuse gastrique ne pouvait être mise en doute, le malade ayant été pris de vomissements sanglants après une insufflation de l'estomac.

A propos du rétrécissement pylorique d'origine traumatique (par rétraction cicatricielle ou périgastrite), l'auteur relate plusieurs observations intéressantes, dont une personnelle, permettant de se faire une idée générale de l'évolution de cette sorte de lésions. Les choses se passent d'ordinaire de la façon suivante : après une contusion de l'épigastre, accompagnée ou non de troubles plus ou moins graves de l'état général, apparaissent d'abord des vomissements alimentaires, puis des douleurs gastriques, qui au début ne sont souvent que passagères. Enfin, au bout d'un laps de temps dont la durée peut varier de quelques semaines à plusieurs années, on voit s'établir peu à peu les symptômes du rétrécissement pylorique : gastrectasie avec fermentation stomacale, vomissements et amaigrissement rapide du malade. Parfois, la palpation abdominale révèle l'existence, au niveau du pylore, d'une tumeur ou d'une rénitence, douloureuse ou non à la pression; souvent on ne trouve qu'une sensibilité diffuse à l'épigastre. Le contenu stomacal offre les mêmes caractères que dans les autres sténoses pyloriques non malignes.

Mais, comme le prouvent certains faits cliniques relatés par M. Stern, la gastrectasie traumatique n'est pas toujours la conséquence d'un rétrécissement du pylore; elle peut résulter également d'une paralysie de la tunique musculaire de l'estomac, survenant brusquement sous l'influence du traumatisme et en dehors de toute complication péritonitique. Une dilatation aiguë de l'estomac est susceptible de se produire aussi lorsque le traumatisme porte sur une partie du corps autre que la région épigastrique. Dans ce cas, le trouble est d'origine centrale et constitue un phénomène analogue à l'iléus dit paralytique.

Parmi les affections intestinales d'origine traumatique, la sténose occupe une place particulièrement importante. Cette lésion peut relever de causes variées, telles que rétraction cicatricielle, invagination et incarcération par des adhérences, etc. Les adhérences qui, en pareil cas, se forment souvent à une période fort éloignée du traumatisme peuvent occasionner des accidents variés et plus ou moins graves : troubles digestifs, douleurs paroxystiques, phénomènes nerveux divers, constipation habituelle, etc. Il est parfois difficile d'établir en pareille occurrence l'indication de l'intervention chirurgicale, en raison de l'existence de tout un cortège de troubles nerveux trop invétérés pour être susceptibles de rétrocéder à la suite de l'opération. C'est ainsi que M. Stern a observé un cas d'adhérences intestino-péritonéales d'origine traumatique, qui n'a pas été sensiblement amélioré par le traitement chirurgical.

Après avoir consacré ensuite quelques pages au rôle que jouent les efforts musculaires dans la pathogénie des affections du tube digestif, l'auteur aborde l'étude des maladies du foie, de la rate, du pancréas et des reins.

En ce qui concerne le foie, il y a lieu de supposer qu'une simple contusion de cet organe peut, dans certains cas, provoquer une hépatite chronique. A l'appui de cette manière de voir, M. Stern cite deux observations fort concluantes avec autopsie, l'une de Tilmanns, l'autre de Beck.

Vient ensuite la question encore si controversée de la néphrite traumatique. L'auteur relate ici un fait personnel qui montre qu'une albuminurie avec élimination de cylindres urinaires, survenant à la suite d'une contusion du rein, n'est pas nécessairement liée à des lésions inflammatoires du filtre rénal. Dans ce cas, les urines étaient hématiques et contenaient beaucoup d'albumine (plus que ne le comportait la présence du sang à lui seul) et des cylindres. Le malade ayant succombé aux suites de ses blessures, l'auteur put pratiquer l'examen microscopique du rein gauche sur lequel avait porté le traumatisme; il n'y constata aucune lésion inflammatoire; par contre, le parenchyme rénal était le siège de nombreux foyers de nécrobiose; le rein droit ne présentait rien d'anormal.

En général, M. Stern estime que les affections rénales d'origine traumatique doivent être groupées en trois catégories distinctes.

A la première, appartiennent les cas dans lesquels l'urine présente les premiers jours après l'accident tous les caractères de celle d'un sujet atteint de néphrite aiguë, c'est-à-dire qu'elle contient de l'albumine en abondance, des hématies et des cylindres. Cependant, dans quelques observations de ce genre — comme dans le fait décrit par l'auteur lui-même et dont il a été question plus haut — on n'a trouvé à l'autopsie que des nécrobioses plus ou moins étendues du parenchyme rénal. Chez les sujets qui n'ont pas succombé à des blessures graves, le traumatisme rénal a évolué d'une façon bénigne : au bout de quelques jours, les urines sont devenues normales et on n'a jamais noté de symptômes généraux de néphrite. On est donc autorisé à penser que, dans ces cas, il s'est agi également de simples nécrobioses, bien qu'on ne puisse exclure d'une façon absolue l'existence d'une néphrite traumatique limitée.

Le second groupe comprend les faits relativement rares où, à la suite d'une contusion rénale, il est survenu une albuminurie de longue durée, sans autres signes de néphrite. Les quelques malades de ce genre qu'on a pu suivre ont tous guéri. Ici l'hypothèse d'une lésion inflammatoire circonscrite du rein est parfaitement admissible.

Enfin on a signalé des cas dans lesquels, après un traumatisme de la région rénale, on a vu apparaître tous les signes de la néphrite diffuse, y compris les œdèmes, la rétinite brightique et l'urémie. D'aucuns admettent que le traumatisme a créé ici de toutes pièces des lésions néphritiques, mais M. Stern estime qu'il s'agit plutôt, dans l'espèce, de néphrites chroniques préexistant à l'accident et qui subissent une exacerbation brusque sous l'influence du traumatisme.

Quoi qu'il en soit, le fait que les contusions rénales sont susceptibles d'exercer sur la néphrite un effet défavorable, se manifestant, entre autres symptômes, par l'apparition brusque des œdèmes, ne paraît pas douteux, d'après plusieurs observations relatées par M. Stern.

Dans la dernière partie de son livre, l'auteur s'occupe des anomalies des échanges intra-organiques et de l'hématose, notamment du diabète et de la leucémie. A son avis, on n'est autorisé à affirmer l'origine traumatique d'un diabète que dans les cas où la glycosurie apparaît à la suite d'un traumatisme grave des centres nerveux, pour se dissiper au bout de plusieurs semaines ou de quelques mois, cas en tous points analogues à ce qui se produit chez les animaux à la suite de la « piqûre » de Claude Bernard.

L'ouvrage se termine par un court aperçu sur l'anémie aiguë d'origine traumatique et sur les rapports existant entre le traumatisme et quelques maladies infectieuses générales (rhumatisme, malaria, syphilis). — V. DE H.

Des rapports étiologiques qui existent entre les traumatismes et la formation des néoplasmes, par M. H. Lengnick.

Les opinions les plus diverses ayant cours sur la valeur étiologique du traumatisme dans la production des néoplasmes, l'auteur a étudié à ce point de vue 579 cas de tumeurs malignes, traités à la clinique chirurgicale de Königsberg. Sur 31 cas où les malades attribuaient la genèse de leur tumeur à un trauma, 7 fois cette indication parut tout à fait invraisemblable ; 12 fois, au contraire, l'influence du traumatisme fut évidente; enfin, dans les 12 derniers cas, l'auteur resta dans le doute.

Nous nous bornerons à citer ici une observation qui nous paraît des plus démonstratives. Elle a trait à un jeune homme de trente ans, qui avait subi, dans une chute, une forte contusion des organes génitaux. Il se forma une tuméfaction de la moitié gauche du scrotum, d'où une ponction, faite en ville trois semaines après l'accident, permit de retirer un demi-litre de sang noirâtre. Cette intervention fut suivie d'une infection purulente qui nécessita l'admission du malade dans le service de M. von Eiselsberg. On pratiqua alors une incision, qui fit constater que le testicule était nécrosé, et que le cordon spermatique présentait un épaississement sensible. On enleva le testicule et on tamponna la plaie.

L'examen microscopique du cordon montra qu'il s'agissait d'un myxosarcome. Ce diagnostic fut confirmé par la marche clinique de l'affection, car, sur la surface de la plaie, apparurent des bourgeons volumineux qui ne tardèrent pas à présenter les caractères d'une récidive. Une nouvelle tentative opératoire fit reconnaître que le néoplasme avait déjà envahi la cavité abdominale en suivant le cordon spermatique. Le malade succomba cinq semaines plus tard, et l'autopsie confirma le diagnostic de sarcome du tissu cellulaire du bassin, avec métastases dans le poumon et le foie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LII, 3-4.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Indian plague commission : Haffkine's antiplague inoculation. In-4°, 87 p. Londres, 1900. — **Rapport de la commission de la peste sur les inoculations antipesteuses de Haffkine.**

Cette partie du rapport officiel de la commission chargée de l'étude de la peste aux Indes est consacrée aux inoculations préventives d'après le procédé de M. Haffkine et a pour but de préciser la valeur, si souvent contestée, de ce moyen prophylactique.

Après un court aperçu historique sur les origines de la méthode générale des vaccinations et les principales étapes qu'elle a parcourues — découverte de Jenner, recherches de Pasteur sur l'immunisation des animaux à l'égard du charbon, inoculations anticholériques de Ferran, essais récents d'immunisation contre la fièvre typhoïde —, le rapport aborde l'examen critique de la méthode de M. Haffkine au point de vue du mode de préparation du vaccin et de la détermination de sa pureté et de son pouvoir immunisant.

Comme le dosage des parties constituantes du vaccin antipesteux laisse beaucoup à désirer et que certains échantillons en sont contaminés par des bactéries, il est évident que ce vaccin, considéré à un point de vue absolu, est encore très imparfait. Quoi qu'il en soit, les rapporteurs ont estimé que pour juger de son utilité, c'est sur un terrain purement pratique qu'ils devaient se placer : car on sera autorisé, malgré tout, à employer cette méthode, s'il est démontré que sa valeur prophylactique n'est pas diminuée d'une façon sensible par ses imperfections.

C'est de cette idée, incontestablement rationnelle, que la commission s'est inspirée dans ses recherches statistiques sur les effets des vaccinations antipesteuses qui ont été pratiquées aux Indes par M. Haffkine lui-même ou suivant ses instructions.

Ces recherches concernent un grand nombre d'inoculations préventives faites en série dans différentes localités, dans plusieurs corps de troupes, dans les hôpitaux ou les maisons de correction. Chaque série est analysée à part; mais il serait oiseux, et d'ailleurs impossible, de suivre le rapport dans ces études détaillées; aussi nous bornerons-nous à relater les résultats généraux auxquels la commission est arrivée par l'analyse minutieuse de toutes les données statistiques qu'elle a pu utiliser.

Cette analyse montre que dans tous les cas d'inoculations en masse du sérum de M. Haffkine, sauf dans la série de Bulsar, la morbidité pesteuse a notablement diminué parmi les sujets inoculés, et que partout, sans exception, la mortalité s'est trouvée réduite chez ceux de ces sujets qui, dans la suite, ont été atteints de peste. Toutefois, dans les diverses localités, le rapport entre la fréquence de la peste chez les non-vaccinés et les vaccinés a varié dans des limites assez considérables. Il a atteint le maximum de 6.6 : 1 à Byculla Jail, et il est descendu

au minimum de 1.5 : 1 parmi les troupes de Bangalore.

La mortalité parmi les non-inoculés, comparée à celle des inoculés, a varié entre 10 : 1 et 12. : 1.

S'il est impossible de déterminer d'une façon précise à quoi sont dues ces variations, on peut du moins les expliquer par le concours d'un grand nombre de circonstances, telles que erreurs dans les relevés statistiques, infections pesteuses contractées avant l'inoculation et considérées à tort comme postérieures au traitement prophylactique, gravité variable de la peste, et, enfin, différences dans l'activité du vaccin employé et dans les doses injectées.

Quoi qu'il en soit, la commission estime que la valeur du sérum antipesteux de M. Haffkine, tout en étant loin d'être absolue, est cependant réelle tant au point de vue de la moindre fréquence de l'infection que de sa plus faible gravité, chez les vaccinés. On a vu cependant des cas dans lesquels des sujets vaccinés trois ou quatre fois en l'espace de dix-huit mois ont été atteints de peste, parfois même mortelle.

Un autre fait important que le rapport fait ressortir, c'est que les inoculations antipesteuses ne paraissent conférer aucune protection pendant les premières semaines qui suivent la vaccination. Il s'ensuit que les personnes récemment vaccinées qui restent dans les foyers d'infection s'exposent à contracter la maladie.

Il est impossible de déterminer actuellement la durée de l'immunité que la vaccination est susceptible de conférer; mais elle se prolonge probablement pendant plusieurs mois.

Le rapport se termine par la conclusion que le procédé de M. Haffkine, bien qu'il ne soit basé sur aucun principe scientifique nouveau, paraît constituer néanmoins un progrès considérable dans la prophylaxie de la peste.

Préparation de l'abdomen avant la laparotomie, par M. H. Harris.

L'auteur de ce travail arrive à des conclusions un peu décourageantes. Il résulte en effet de ses expériences qu'on ne peut stériliser complètement la peau à l'état vivant, et que les efforts déployés dans ce but ne sont probablement jamais couronnés de succès. Cependant, ses recherches lui ont montré que le degré de stérilisation de la couche épidermique est en raison directe du nombre de nettoyages auxquels on l'a soumise.

Le procédé de désinfection employé à l'hôpital Johns Hopkins à Baltimore est le suivant : la veille de l'opération, une infirmière lave la peau de l'abdomen avec du savon vert et de l'eau, depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis; puis, après s'être désinfecté les mains, elle frotte tout le champ opératoire avec de l'alcool, ensuite avec de l'éther, et enfin avec du sublimé. Une large plaque de gaze stérilisée est alors fixée sur l'abdomen.

Dans la salle d'opération, après l'anesthésie, la malade subit encore une double préparation : d'abord un lavage au savon vert, après lequel on rase tous les poils, puis un second lavage au savon, portant particulièrement sur le nombril et sur les plis cutanés. Cela fait, on frotte encore la peau avec de l'éther et on la rince avec de l'eau stérilisée. Enfin, les parties génitales sont savonnées, puis arrosées d'abord avec une solution de créoline à 10 %, ensuite avec du sublimé à 1 ‰, enfin avec de l'eau stérilisée. A ce moment on cathétérise la malade et on lave de nouveau la vulve, avec du sublimé d'abord, puis avec de l'eau. On procède alors à la préparation finale, en employant successivement le savon, l'éther, l'alcool, le sublimé et l'eau stérilisée.

M. Harris a cherché le nombre de colonies obtenues sur agar, après ensemencement avec un fil de soie stérilisé que l'on frotte sur un pli de la peau après chacune de ces diverses manipulations. Il a reconnu que le nombre des colonies diminue après chaque lavage, et qu'en particulier il est presque nul après la préparation finale. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, octobre 1899.) — E. C.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les onctions à l'ichtyol dans la scarlatine.

On a souvent eu recours, chez les scarlatineux, dans le but de combattre les phénomènes fluxionnaires du côté de la peau, aux onctions avec des corps gras ou des substances antiseptiques. Il y a quelques années, deux médecins anglais, M. le docteur Curgenven d'abord, puis M. le docteur Priestley, ont recommandé de se servir à cet effet d'essence d'eucalyptus (Voir *Semaine Médicale,* 1895, Annexes, p. LXXIV). Or, d'après M. le docteur A. Seibert, professeur de pédiatrie à la New York Polyclinic, c'est l'ichtyol qui convient le mieux pour ces frictions, par suite de son action à la fois microbicide et décongestionnante. Notre confrère emploie de la lanoline contenant de 5 à 10 % d'ichtyol; il fait pratiquer, avec cette pommade, à des intervalles de six à douze heures, des onctions sur toute la surface du corps, depuis le cou jusqu'aux orteils; la quantité employée pour chaque onction varie de 30 à 90 grammes, suivant la taille du petit malade. Il faut frictionner énergiquement, jusqu'à ce que la peau devienne presque sèche, par suite de la pénétration complète de la lanoline ichtyolée, qui ne se produit qu'au bout d'une demi-heure environ.

Ces onctions auraient pour effet de diminuer rapidement le gonflement cutané, d'amender le prurit, la fièvre et l'agitation, et d'améliorer par suite le sommeil, d'empêcher la production des crevasses et des infiltrations phlegmoneuses ou érysipélateuses, et, enfin, d'abréger la durée et l'intensité de la desquamation.

Les vapeurs d'eau oxygénée contre la coqueluche.

On sait que l'aspiration des vapeurs d'acide phénique exerce une action calmante sur les quintes de la coqueluche; mais on a observé aussi que ces inhalations ne sont pas sans danger, les enfants pouvant être intoxiqués même par des quantités minimes de phénol. Aussi, M. le docteur Baroux (d'Armentières) a-t-il eu l'idée de substituer, pour ce genre d'inhalations à froid, l'eau oxygénée à la solution phéniquée; il s'est très bien trouvé de ce moyen thérapeutique dans les 13 cas de coqueluche où il a eu l'occasion de l'employer.

Le procédé auquel notre confrère s'est arrêté est le suivant : toutes les quatre heures, on verse 80 grammes environ d'eau oxygénée à 12 volumes sur deux linges de vieille toile blanche, d'un mètre carré de surface, pliés un certain nombre de fois et placés dans une assiette. On suspend ensuite ces linges sur une corde tendue en travers dans la pièce où se trouve le petit malade.

L'effet des vapeurs d'eau oxygénée que l'enfant aspire de la sorte d'une façon permanente ne tarde pas à se manifester par une diminution progressive de la fréquence et de l'intensité des quintes. Ce traitement abrègerait même, d'après M. Baroux, la durée totale de la maladie.

Procédés faciles de réduction de certaines luxations de l'épaule et de la hanche.

M. le docteur L. A. Stimson, professeur de chirurgie à la Cornell University de New-York, recommande, pour la réduction des luxations antérieures de l'épaule et des luxations de la hanche à type iliaque, une technique fort commode qui permet de se passer de chloroforme et dont notre confrère se sert couramment depuis un certain temps.

S'agit-il d'une luxation de l'épaule, on fait coucher le patient dans une sorte de hamac, en laissant pendre le membre luxé à travers une ouverture pratiquée dans la toile à la distance convenable. On élève ensuite le hamac, au moyen de poulies, à la hauteur nécessaire, et on attache au poignet du membre lésé un sac de sable du poids de 3 à 4 kilogrammes. Sous l'influence de cette extension continue, la luxation se réduirait d'elle-même au bout de cinq minutes.

A-t-on affaire à une luxation de la hanche, on place le patient sur une table, dans le décubitus abdominal, les cuisses portant à faux. Un aide maintient le membre inférieur sain dans l'extension pour empêcher que le bassin ne glisse de la table, tandis que le chirurgien, saisissant le membre luxé, fléchit la jambe à angle droit sur la cuisse, en imprimant à celle-ci de légers mouvements de va-et-vient. Si le relâchement des muscles tarde à se produire dans ces conditions, M. Stimson conseille de placer, au niveau du creux poplité, sur la jambe toujours fléchie à angle droit, un sac de sable pesant de 2 à 4 kilogrammes; on obtiendrait par ce procédé, quatre fois sur cinq, la réduction spontanée de la luxation.

L'iodoforme comme moyen abortif des pustules varioliques.

M. le docteur A. Cros (de Mascara) a pu s'assurer que l'iodoforme, administré sous forme de pilules contenant chacune 0 gr. 05 centigr. de cette substance, à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 50 centigr. par jour, exerce sur l'éruption variolique une action abortive analogue à celle qu'un médecin anglais, M. le docteur Ch. Begg, a constatée récemment pour le salol (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 18).

Dès les premières prises d'iodoforme, on verrait d'ordinaire la température s'abaisser et les phénomènes généraux s'amender. Les éléments éruptifs avorteraient, lorsque le traitement est institué à temps. Si, au contraire, les pustules sont déjà formées quand on intervient, on les voit évoluer très favorablement. Enfin, la médication iodoformée, employée chez les femmes enceintes, permettrait généralement d'éviter l'avortement, si fréquent au cours de la variole.

Extirpation de la glande vulvo-vaginale par une incision pratiquée entre la grande et la petite lèvre.

Il est reconnu que, dans les cas de bartholinite chronique sans suppuration, le traitement le plus sûr consiste dans l'ablation de la glande malade.

A cet effet, on incise généralement la muqueuse au niveau de l'orifice du vagin. Or, d'après M. le docteur G. Hügel, assistant de la clinique dermatologique de la Faculté de médecine de Strasbourg, il y a souvent avantage à pratiquer l'incision dans le sillon qui sépare la grande et la petite lèvre, après anesthésie locale à la cocaïne. La glande ainsi mise à découvert, il devient facile de l'extirper en l'attirant au dehors au moyen d'un crochet. Deux ou trois points de suture suffisent pour fermer ensuite la petite plaie opératoire.

Dans ces conditions, la guérison est plus rapide et les suppurations sont moins fréquentes qu'après l'incision de la muqueuse de l'entrée du vagin; en outre, la cicatrice reste cachée entre les lèvres, et elle ne devient jamais la cause de ces sensations douloureuses qui se produisent à chaque dilatation un peu brusque de l'orifice vaginal, après la cure par le procédé habituel.

Cependant la méthode qui vient d'être décrite est plus sanglante que l'incision au niveau du vagin, et cet inconvénient peut devenir sérieux lorsqu'il existe un état variqueux ou congestif de la vulve. L'incision entre la grande et la petite lèvre est alors contre-indiquée.

Emploi de la gélatine comme hémostatique après l'application de sangsues.

On sait qu'il est parfois difficile d'arrêter l'hémorrhagie consécutive à l'application de sangsues. Dans ce cas, suivant M. le docteur G. Lemoine, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille, il suffit de laver les petites plaies avec une solution de gélatine à 2 % (additionnée de 0.5 % d'acide salicylique, afin d'en empêcher la fermentation); on obtiendrait ainsi l'hémostase bien plus facilement que par n'importe quel autre moyen, tel que l'amadou, la compression avec l'ouate, les applications d'antipyrine, etc.

Les lavements ichtyolés contre la dysenterie.

M. le docteur A. Polilov (de Briansk) s'est bien trouvé, dans 3 cas de dysenterie, de l'emploi de lavements contenant chacun 24 grammes d'ichtyol pour 800 grammes d'eau. Notre confrère purgeait d'abord les malades avec de l'huile de ricin, puis il leur administrait 3 ou 4 lavements ichtyolés en l'espace de deux jours, en ayant soin d'introduire toujours le liquide aussi haut que possible dans le rectum. Ce traitement a eu pour effet de faire disparaître rapidement les épreintes et les douleurs abdominales, de diminuer le nombre des selles, d'améliorer le pouls, de rétablir l'appétit, et, enfin, d'amener la guérison, résultats que M. Polilov attribue à l'action destructive exercée par l'ichtyol sur l'agent pathogène de la dysenterie.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Sauveur (de Lille). — M. le professeur G. LEMOINE.

Les phtisiques gras.

Il semblerait qu'il dût y avoir une opposition absolue entre les termes *phtisique* et *gras*, le mot de phtisie ayant toujours été synonyme de consomption chez les anciens auteurs, et évoquant encore aujourd'hui l'idée de dépérissement lent.

Pourtant, il est assez fréquent, aussi bien à l'hôpital que dans la clientèle privée, de rencontrer, à côté des phtisiques amaigris, d'autres qui ont une belle apparence de santé; leur visage est coloré, leurs chairs sont abondantes et fermes, ils ont de l'entrain, de la vigueur, et, en un mot, tout ce qui paraît être le propre d'une santé parfaite. Lorsqu'ils se plaignent de tousser, d'expectorer abondamment, d'avoir parfois un peu de fièvre et des transpirations nocturnes, on est tenté, de prime abord, de repousser bien loin l'idée de tuberculose; mais, quand on les ausculte, on change d'avis, et l'on est souvent très surpris de constater des lésions très avancées, au second et même au troisième degré. Si l'on suit ces malades pendant un certain temps, on s'aperçoit que leurs lésions progressent très lentement et que, malgré cette progression, leur état général reste excellent; il arrive même qu'un accident tel qu'une hémorrhagie entraîne la mort, alors que l'aspect extérieur du sujet est resté le même qu'au début de la maladie.

Il existe donc des phtisiques gras, c'est-à-dire des gens dont la phtisie évolue sans entraîner de dépérissement. Bien plus, il est de ces malades dont le poids augmente à mesure que la phtisie progresse, et que la mort surprend alors qu'ils ont subi un véritable engraissement. Or, je ne parle ici que des cas de tuberculose pulmonaire, et non pas de ceux où la tuberculose est localisée ailleurs, sur la peau, les ganglions ou les os. C'est pour cette raison que j'emploie le terme de phtisique et non celui de tuberculeux, le premier ayant, au moins dans le public non médical, le sens de tuberculose pulmonaire.

Depuis bien longtemps, les auteurs ont signalé des faits analogues à ceux dont je parle ici; mais ils les ont toujours regardés comme exceptionnels et ne se sont pas attachés à leur étude. Au siècle passé, on parlait de la *phtisie floride*, et l'on comprenait sous cette dénomination des cas de nature très différente, les uns se rapportant à des arthritiques sujets à des poussées congestives qui leur procuraient de belles couleurs passagères, les autres ayant trait à des malades restant gros et gras malgré l'évolution de la phtisie. Laënnec (1) fait allusion aux phtisiques gras en disant « que parfois l'embonpoint et un état de santé très supportable persistent assez longtemps après l'apparition des crachats opaques et de la pectoriloquie ». A peu près à la même époque, Franck écrit que « très souvent les poumons sont profondément attaqués sans que l'ombre d'un péril apparaisse au dehors », et Milcent, partageant cette opinion, dit que « souvent une lésion locale considérable, avec des excavations tuberculeuses, coïncide avec un état général sans gravité, et même avec de l'embonpoint ».

Plus près de nous, dans le traité de la tuberculose pulmonaire de Hérard, Cornil et Hanot (2), on lit les lignes suivantes : « Il est certain que l'état général n'est pas toujours en rapport avec la gravité des altérations pulmonaires. Tel phtisique dont le sommet est troué de vastes cavernes offre un meilleur aspect que tel autre à l'auscultation duquel on ne constate que les signes d'une phtisie commençante. L'hygiène et le traitement rendent compte de ces anomalies. »

(1) LAËNNEC. Traité de l'auscultation médiate. Paris, 1819.

(2) HÉRARD, CORNIL et HANOT. La phtisie pulmonaire. 2e édit. Paris, 1888, p. 63.

Pour d'autres auteurs, il y a incompatibilité entre l'embonpoint et la tuberculose, et Peter (1) paraît être de cet avis, quand il dit, en parlant d'une malade qui avait eu des hémoptysies : « évidemment cette dame n'est pas tuberculeuse; ce qui le démontre, indépendamment de l'absence de tout signe physique, c'est qu'elle a notablement engraissé. » Grancher (2) a comme nous rencontré des phtisiques gras et s'exprime comme il suit à leur sujet : « Les cavernes une fois formées, la dernière période est atteinte, période d'excavation. On peut sans inconvénient la conserver, tout en faisant remarquer que la phtisie retarde souvent sur la tuberculose et que tel porteur de cavernes, paradoxe ambulant, conserve encore toute sa force et presque toute sa santé »; et, quelques pages plus loin, il ajoute : « Il est des phtisiques qui conservent pendant longtemps leur embonpoint ». Nous pourrions multiplier les citations de ce genre, mais la chose nous paraît bien inutile, car tout le monde a rencontré des phtisiques semblables à ceux dont nous parlons.

A quelles causes peut-on attribuer la conservation de l'embonpoint et d'un excellent aspect général, dans une maladie dont les premières atteintes se caractérisent habituellement par des symptômes de déchéance organique? Dans l'état actuel de nos connaissances, on peut invoquer deux ordres de faits, ou bien la qualité de l'agent pathogène — du bacille de Koch —, ou bien la qualité du terrain.

Il est très possible que le plus ou moins de virulence du bacille de Koch occasionne des phtisies pulmonaires très variables dans leurs effets sur l'organisme; c'est-à-dire que des microbes peu virulents amèneront des phtisies à marche lente avec conservation des forces pendant longtemps, tandis que des microbes très virulents produiront des phtisies avec consomption rapide. Sur cette question du degré de virulence des bacilles de la tuberculose, nous ne possédons que des indications très vagues, surtout au point de vue clinique. Nous savons qu'expérimentalement on peut, quoique avec beaucoup de difficultés, diminuer ou exalter la virulence de cet agent pathogène; il est donc probable, mais non démontré, qu'il existe autour de nous des bacilles tuberculeux de qualité variable, et que chaque phtisique doit sa maladie à des bacilles plus ou moins actifs.

Ces idées sont développées dans la thèse de Denis (3), faite sous l'inspiration du professeur Arloing; selon cet auteur, les tuberculoses viscérales, pulmonaire, laryngée, etc., seraient dues à des bacilles de Koch virulents, tandis que les tuberculoses scrofuleuses, chirurgicales, osseuses, etc., seraient presque toujours causées par des bacilles atténués. « Mais, dit-il, de même qu'il existe des cas de tuberculose chirurgicale infectante, à généralisation rapide, et par conséquent à bacilles virulents, de même il y a quelques observations de tuberculose pulmonaire à marche lente, retentissant peu sur l'état général, compatible avec une bonne santé relative et heureusement influencée par le traitement; il s'agit là d'une véritable *scrofule pulmonaire*, due à des bacilles atténués. Il est possible par l'expérimentation d'établir un pronostic des tuberculoses humaines, en injectant sous la cuisse d'un lapin les bacilles recueillis sur les malades. Sacrifié au bout de deux mois, le lapin aura résisté aux bacilles atténués; il présentera, au contraire, de la tuberculose pulmonaire, s'il a été inoculé avec des bacilles virulents. »

(1) PETER. Leçons de clinique médicale. 2e éd. Paris, 1877. T. I, p. 803.

(2) GRANCHER et HUTINEL. Art. « Phtisie » *in* Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Dechambre, p. 701.

(3) CH. DENIS. Tuberculose pulmonaire à bacilles atténués (méthode de pronostic expérimental). (*Thèse de Lyon*, 1894.)

Les conclusions du travail de Denis me paraissent un peu schématiques; elles reposent sur un petit nombre d'expériences, et nous craignons qu'une expérimentation plus étendue ne vienne les infirmer.

Sans aucun doute, la qualité des bacilles doit influer sur l'évolution clinique de la maladie, mais il est bien difficile de se rendre compte, même d'une façon approximative, de l'importance de cette cause en clinique. On voit tous les jours les membres d'une même famille, offrant une résistance organique à peu près égale et ayant contracté leur tuberculose à la même source, présenter chacun une maladie d'évolution différente. D'autre part, nous savons que le degré de virulence des microbes pathogènes est souvent influencé par le terrain sur lequel le hasard les a portés. Aussi semble-t-il que si la question de la virulence du germe joue un rôle dans la production des phtisies grasses, le terrain particulier offert par le malade a dans cette affaire une importance beaucoup plus considérable encore.

Les phtisiques gras se rencontrent surtout parmi les sujets qui présentent soit de l'arthritisme, soit de la scrofule. Tous les cliniciens qui ont publié des observations de malades offrant le type clinique que nous étudions s'accordent à reconnaître que l'une et l'autre de ces deux diathèses sont particulièrement favorables à sa production.

Existe-t-il une *phtisie arthritique*, caractérisée par un type clinique spécial? Quelques auteurs l'ont cru et ont essayé de la décrire, mais sans succès; et l'on peut dire que cette œuvre de création, tentée par Pidoux et ses élèves, a complètement échoué. Comme le disent Grancher et Hutinel (1) « l'arthritisme peut changer les allures habituelles de la maladie; la façon dont se fait l'alimentation, et par-dessus tout les conditions dans lesquelles se font les échanges nutritifs, ont certainement une influence sur l'évolution des maladies chroniques, mais pas assez profonde pour créer des différences tellement tranchées qu'elles permettent de décrire à part une phtisie arthritique ». Je me range complètement à cet avis et j'estime qu'il n'y a pas de phtisie arthritique mais que la phtisie qui se développe chez un arthritique revêt parfois, du fait du terrain spécial sur lequel elle évolue, des caractères très particuliers.

Les arthritiques voient progresser lentement leurs lésions tuberculeuses, et la maladie affecte chez eux une bénignité au moins apparente. Dans un travail de MM. Sarda et Vires (2), on lit : « Rien ne décèle chez ces malades les lésions pulmonaires dont ils sont atteints; ce n'est certes pas sur leur figure qu'est écrit leur diagnostic; ils sont généralement modérément adipeux, quelques-uns franchement gras, tous bien portants, tous vivant de la vie commune. » Cette fréquence de la conservation de l'embonpoint, ainsi que la facilité à augmenter rapidement de poids sous l'influence du traitement, est également signalée par Ferrand (3) et Quinquaud (4), et par d'autres encore.

Le phtisique gras arthritique se présente à l'observateur avec tous les signes d'une belle santé apparente : le visage est normalement coloré, sans placage de rouge sur un teint pâle, le visage est plein et l'aspect extérieur se signale par un embonpoint parfois très accusé. Les malades se plaignent de tousser, la nuit surtout, mais ils expectorent peu; ils ont parfois de petites poussées fébriles le soir, et assez fréquemment des sueurs nocturnes, localisées à la tête et aux épaules. Leur appétit est excellent et leurs forces sont conservées. Presque toujours, le

(1) GRANCHER et HUTINEL. (*Loc. cit.*, p. 570.)

(2) G. SARDA et J. VIRES. Trêves et guérisons de la tuberculose chez les arthritiques; essai de pathogénie. (*Nouv. Montpellier méd.*, 1er nov. 1894.)

(3) FERRAND. Leçons cliniques sur les formes et le traitement de la phtisie pulmonaire. Paris, 1880.

(4) E. QUINQUAUD. De la scrofule dans ses rapports avec la phtisie pulmonaire. (*Thèse d'agrégation*, 1883.)

traitement et l'hygiène amènent une augmentation de poids notable en assez peu de temps, sans amélioration sensible des lésions locales. Ces dernières sont souvent très étendues, alors même que l'état général reste très bon, et l'on peut voir des malades présenter de grandes cavernes avec tous les dehors de la santé. Pour mieux préciser les allures de ce type clinique, je ne puis mieux faire que de résumer l'observation d'une de mes malades. Il s'agit d'une dame de trente ans, que j'ai vue pour la première fois au mois de novembre 1895. Elle est d'origine arthritique : son père a eu des coliques hépatiques et des manifestations goutteuses; elle-même a présenté à plusieurs reprises de l'eczéma pendant l'enfance et des coliques hépatiques pendant et après une grossesse. Elle se présente à moi avec les apparences d'une belle santé; elle se trouverait bien portante, si ce n'était qu'elle tousse et qu'elle expectore un peu; elle pèse 68 kilogrammes pour une taille de 1 mètre 66. Elle me dit qu'elle a commencé à tousser au début de sa seconde grossesse, qui s'est terminée il y a six mois, mais que cette toux s'est accentuée surtout depuis son accouchement. Elle n'a jamais eu d'hémoptysie, mais a ressenti assez souvent de la fièvre le soir. A l'auscultation, on trouve une caverne assez étendue sous la clavicule droite avec souffle, retentissement vocal exagéré et pectoriloquie. Cette caverne est presque sèche et n'offre pas de gargouillements; autour d'elle, il y a de l'obscurité respiratoire, quelques râles sous-crépitants; le reste du poumon paraît sain. Cette lésion est évidemment à marche lente, elle n'a jamais déterminé d'hémoptysie, mais elle s'agrandit, tant par un lent travail ulcératif que par des poussées congestives. Je prescris du tannin, des phosphates, des amers, je recommande une hygiène sévère, de la suralimentation et de l'exercice. Sous l'influence de ce régime, la malade augmente de 9 kilogrammes en deux mois et cesse peu à peu de tousser et d'expectorer. Sur mes conseils, elle ne se tient pas pour guérie et continue à se soigner tout en évitant de se suralimenter. Depuis cette époque, son poids a encore augmenté et elle pèse actuellement 78 kilogrammes; les lésions ont progressé et, à deux reprises différentes, ont subi des poussées du fait de la grippe; il s'est formé une petite caverne, située au-dessous de la première et communiquant avec elle; il existe des craquements sur la ligne axillaire et un point d'induration au sommet gauche; néanmoins la santé générale reste parfaite et l'entourage immédiat de la malade est seul à se douter de la gravité de la situation. Je pourrais multiplier les citations de ce genre, mais on trouvera toutes mes observations dans la thèse d'un de mes élèves, M. Martin (1).

Les phtisiques gras arthritiques ne sont pas à l'abri de poussées inflammatoires assez violentes, mais il semble qu'ils y résistent mieux que les autres malades. C'est ainsi qu'ils peuvent avoir des hémoptysies, parfois même considérables, dues soit à des congestions périturberculeuses, soit à la destruction de vaisseaux sanguins par le processus ulcératif des cavernes. Ces hémoptysies, les premières surtout, quelque abondantes qu'elles soient, n'ont pas en général le pronostic grave qu'elles acquièrent chez les autres tuberculeux; très rapidement, les sujets reprennent des forces et de la santé, et, comme cet accident leur rappelle qu'ils doivent se soigner, ils augmentent souvent de poids consécutivement. A titre d'exemple remarquable de ce fait, je citerai un jeune homme de seize ans, arthritique par ses parents et par lui-même, au teint très coloré, bien en chair, qui présenta un jour des hémoptysies très abondantes en même temps qu'une énorme congestion autour d'un foyer de ramollissement. Un traitement révulsif et dérivatif fit disparaître très vite l'état congestif, et ce jeune homme, envoyé à Pau, y gagna 15 kilogrammes en cinq mois; il était véritablement bouffi de graisse à son retour.

(1) C.-F. Martin. Les phtisiques gras. (*Thèse de Lille*, 1899.)

La raison de la faible gravité des hémoptysies et des congestions qui les amènent, c'est que, chez les arthritiques, les poussées congestives sont soudaines et très intenses, mais ne durent pas; ce sont des incendies qui s'éteignent presque aussitôt allumés. Aussi ne s'accompagnent-elles pas d'un processus destructif profond, et je dirai presque qu'elles exercent un effet curatif, en excitant la résistance des cellules organiques qui entourent le foyer malade et en aidant à la formation du tissu fibreux protecteur. On peut dans une certaine mesure comparer leur action à celle de ces médicaments, les sulfureux par exemple, qui activent la cicatrisation des foyers tuberculeux en produisant autour d'eux une légère irritation congestive.

C'est parmi les phtisiques gras arthritiques que se rencontrent la majorité des phtisiques curables, et je connais bon nombre de ces malades que je suis depuis plus de dix ans et dont la phtisie a rétrocédé d'une façon complète, ou s'est limitée de telle manière qu'elle est compatible avec une existence active. Tous les médecins ont vu de tels malades, qui, phtisiques depuis l'âge de vingt à vingt-cinq ans, ont parcouru une carrière tout entière avec une longévité normale, en présentant toute leur vie les apparences extérieures de la santé, sauf pendant les périodes très espacées d'envahissement tuberculeux. Ces malades restent souvent pendant des années sans avoir besoin de soins spéciaux, et, quand ils ont dépassé sans encombre l'âge où l'activité sexuelle diminue, ils ont bien des chances d'arriver aux limites de la vieillesse et de mourir alors d'une tuberculose datant de trente ou quarante ans.

Les auteurs qui se sont occupés de la question des phtisies avec conservation de l'embonpoint reconnaissent tous la fréquence de cette forme chez les sujets atteints de *scrofule*. A mon avis, elle s'y montre sans aucun doute plus rarement que chez les arthritiques, ou, du moins, le nombre de cas que j'en ai observés est moins considérable.

Pour Morton (1), la phtisie qui survient chez un scrofuleux a une marche très lente, apyrétique. Pour Franck, « il arrive souvent que les poumons sont profondément attaqués sans que l'ombre du péril apparaisse au dehors, des lésions locales considérables et même des excavations tuberculeuses coïncidant avec un état général excellent et même avec de l'embonpoint ». Desmaroux (2), dans un travail sur la longévité dans la phtisie pulmonaire inspiré par Lorain, cite la phtisie chez les scrofuleux comme celle qui donne le plus souvent naissance aux formes florides.

Dans l'article « Phtisie » du *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard, Marfan émet cette opinion, à laquelle je souscris volontiers, que si les tuberculoses locales ne sont pas rares chez les scrofuleux, la tuberculose pulmonaire est chez eux une exception. Mais, lorsqu'elle éclate, elle est ordinairement bénigne, silencieuse dans son évolution et presque toujours apyrétique. Bazin (3) avait déjà signalé ce fait et avait opposé le dépérissement des phtisiques ordinaires au bel embonpoint et à l'aspect plein de santé des phtisiques scrofuleux.

Nous retrouvons la même opinion exprimée par Ferrand (4) : « L'embonpoint, dit-il, se conserve d'une façon étonnante chez les phtisiques scrofuleux, mais ce n'est pas un embonpoint qui résulte d'un accroissement des muscles, ainsi qu'en témoigne l'affaiblissement des sujets. Ils gardent longtemps une certaine adiposité plus ou moins molle, qui leur conserve une apparence de santé générale peu en rapport avec l'étendue et la profondeur des lésions dont leurs poumons sont le siège. »

(1) Morton. Phtisiologia, seu exercitationes de phtisi tribus libris comprehensæ. Londres, 1689.

(2) G. Desmaroux. De la longévité dans la phtisie pulmonaire. (*Thèse de Paris*, 1875).

(3) P.-A. Bazin. Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule, considérée en elle-même et dans ses rapports avec la syphilis, la dartre et l'arthritis. Paris, 1858.

(4) Ferrand. (*Loc. cit.*)

Quinquaud (1) distingue deux types cliniques dans la phtisie présentée par les scrofuleux. Dans le premier, on voit coexister un état général satisfaisant et des lésions profondes du poumon; on note la conservation d'une apparence d'embonpoint qui tient à une sorte d'adipose. Dans l'autre type, qu'il appelle type vasculaire pseudo-pléthorique, Quinquaud reconnaît un état caractérisé par des troubles vasomoteurs acquérant leur maximum de développement : le teint est coloré (*phtisis florida*), la fièvre s'allume très facilement, mais reste légère, du moins au début, et l'état général persiste relativement bon pendant un temps assez long.

De tout ce qui précède il résulte que la phtisie n'évolue pas chez les scrofuleux comme chez les sujets ordinaires. Elle offre des formes qui rappellent celles que présentent les arthritiques et que j'ai signalées en commençant. Chose singulière, deux états constitutionnels si opposés, en apparence du moins, que l'arthritisme et la scrofule permettent le développement de types cliniques presque identiques de phtisie pulmonaire.

On a voulu aussi attribuer à certains états généraux, tels que ceux qui sont créés par la chlorose et par l'albuminurie, une certaine importance pour le développement des phtisies à forme grasse. C'est ainsi qu'il a été question de la phtisie avec conservation de l'embonpoint chez les chlorotiques. Mais il est facile d'objecter à cette manière de voir que les chlorotiques présentent bien souvent, comme base de leur affection, un terrain arthritique ou scrofuleux. La même raison qui fait que les jeunes filles chlorotiques sont en général douées d'un certain embonpoint leur permet aussi de le conserver, lorsqu'elles deviennent phtisiques. Il n'y a donc pas lieu de considérer l'évolution spéciale de la maladie dans le cours de la chlorose. Quant à signaler l'adiposité chez les phtisiques atteints d'albuminurie, c'est prendre pour de la graisse ce qui n'est en réalité, le plus souvent, que de l'infiltration séreuse des tissus.

Les phtisiques dont nous parlons, qu'ils soient scrofuleux ou arthritiques, voient presque toujours leur affection évoluer de la même manière. Sa marche est extrêmement lente, surtout dans la scrofule, car, dans cette dernière, il est rare que des accidents intercurrents, congestifs ou autres, viennent troubler l'évolution de la maladie. Les sujets présentent bien de la diminution des forces et des signes de suppuration pulmonaire, tels que toux et expectoration, mais à part cela leur santé générale est bonne, et ils peuvent continuer à vivre de leur vie habituelle. J'en connais qui depuis de longues années présentent des cavernes étendues, et qui ressemblent beaucoup plus à de simples catarrheux qu'à des phtisiques, car ils peuvent continuer l'exercice de leur profession été comme hiver, sans même paraître plus fragiles que des gens bien portants. Il en est d'autres qui ne peuvent éviter les complications qu'en s'entourant de précautions multiples, mais qui, grâce à cela, voient les années s'écouler sans imprimer une aggravation sensible à leur état.

Les phtisiques florides arthritiques sont certainement plus exposés que les scrofuleux à voir leur bonne santé apparente interrompue par des accidents; cela tient à ce que ce sont des congestifs, sujets, comme tels, à des mouvements sanguins se produisant autour des tubercules et pouvant amener des phénomènes inflammatoires. C'est pour cela que les hémorrhagies ne sont pas rares chez eux; mais elles présentent du moins le caractère de ne pas toujours aggraver la situation et de disparaître souvent sans laisser de traces. Du reste, ces congestions arthritiques périturberculeuses ont

(1) Quinquaud. (*Loc. cit.*)

aussi pour résultat, quand leur intensité n'est pas exagérée, d'activer la défense de l'organisme et de favoriser la formation de zones fibreuses qui isolent les éléments pathogènes.

Le développement du tissu adipeux, chez certains des malades auxquels je fais allusion ici, est quelquefois considérable et bien fait pour surprendre, quand on songe à l'amaigrissement qui est d'ordinaire le propre de la phtisie pulmonaire. Pour ne citer qu'un exemple bien typique, je vous dirai qu'une de mes malades, âgée de vingt-huit ans et chez laquelle des signes de phtisie pulmonaire furent constatés dès le mois de février 1896, pesait à cette époque 57 kilogrammes. Son embonpoint resta stationnaire pendant un an, en même temps qu'elle présentait des hémoptysies et des poussées congestives graves. Au mois de janvier 1897, une vaste caverne s'était formée dans le poumon gauche et, depuis lors, sa tuberculose affecta une marche torpide; mais l'augmentation de poids se fit graduellement, et le 12 juillet 1899 cette dame pesait 101 kilogrammes. Son poids avait presque doublé en deux ans et demi. C'est une arthritique de par son hérédité et de par les accidents pathologiques qu'elle a présentés antérieurement. Certes, c'est là le cas le plus extraordinaire que j'aie constaté, mais il en est bien d'autres qui offrent des particularités tout aussi curieuses.

Presque toujours, ces malades sont porteurs de cavernes étendues autour desquelles il y a peu ou pas de réaction inflammatoire; leurs lésions tuberculeuses sont enkystées et constituent de véritables parties étrangères dans leur organisme. Il est rare de constater chez eux des signes d'infiltration tuberculeuse à distance. Ce sont des sujets à lésions limitées ne troublant pas le fonctionnement des parties restées saines de l'organisme.

Il va sans dire que les malades, après une période parfois très longue pendant laquelle ils ont pu se croire atteints simplement de catarrhe des bronches, finissent par succomber aux progrès de la maladie. Il en est qui meurent en pleine santé apparente avec un embonpoint superbe : ce sont ceux qui succombent à une hémorrhagie foudroyante, produite par l'ouverture d'un vaisseau rongé par la suppuration sur les parois d'une caverne. D'autres, et c'est le plus grand nombre, sont emportés par des accidents aigus, pneumonie, pleurésie ou congestion grippale, relevant souvent de micro-organismes étrangers à la tuberculose, mais créant vite des situations graves, du fait de leur évolution sur un poumon tuberculisé. D'autres enfin finissent par présenter des poumons de plus en plus creusés par l'extension des cavernes; ils voient alors leur état général s'affecter, leur appétit disparaître; ils maigrissent et meurent lentement, après avoir perdu les masses adipeuses qui les caractérisaient.

A quelles causes peut-on attribuer l'existence de ces phtisies pulmonaires entraînant avec elles l'exagération de l'embonpoint? Nous ne pouvons émettre que des hypothèses sur cette partie de la question, aussi serai-je bref. On a beaucoup parlé autrefois d'antagonisme entre l'arthritisme et la tuberculose, et l'on a dit que les arthritiques devenaient difficilement tuberculeux, parce que la nature de leur diathèse s'opposait à l'évolution de la tuberculose. Cela s'écrivait à une époque où l'on regardait la phtisie comme une diathèse, et les théoriciens d'alors trouvaient mauvais que deux diathèses pussent évoluer en même temps sur un même individu. Depuis, les idées n'ont pas complètement changé, mais elles se sont précisées; et l'on admet que le bacille de Koch se fixe moins fréquemment sur les sujets arthritiques que sur les autres, et que l'évolution de la maladie qu'il détermine se fait suivant des modes spéciaux. A quoi tient ce type particulier de phtisie arthritique floride et à évolution lente? A deux causes probablement : la première, c'est la *congestivité* spéciale aux arthritiques, en vertu de laquelle des flux congestifs subits mais peu durables se font là où existent des causes d'irritation. Les congestions trituberculeuses sont fréquentes chez ces malades; elles amènent quelquefois des hémoptysies très graves, mais, le plus souvent, elles stimulent les éléments de défense organique et favorisent la transformation des cellules indifférentes en cellules du tissu conjonctif. On peut comparer, au point de vue de leurs effets, ces congestions arthritiques légères mais répétées aux états congestifs atténués que la thérapeutique cherche à produire chez les phtisiques par l'administration des eaux sulfureuses. Si le traitement par les sulfureux réussit à améliorer ces malades, c'est parce qu'il favorise la production d'emphysème et de bandes fibreuses autour de leurs tubercules; et s'il arrive à ce résultat, c'est en réveillant légèrement les phénomènes inflammatoires tout autour du foyer. Par conséquent, les arthritiques, dont l'organisme peut, mieux que chez les autres, réaliser l'enkystement des tubercules arrivent à se soustraire plus facilement à l'influence de ces derniers et peuvent ainsi conserver un excellent état général. Comme, d'autre part, ils sont toujours soumis à un régime de suralimentation, ils arrivent même à acquérir de l'embonpoint.

Une seconde raison qui explique la tendance de ces sujets à l'embonpoint, c'est que l'arthritisme constitue un terrain spécial, caractérisé par le ralentissement de la nutrition. Or, il semble qu'un pareil terrain se laisse plus difficilement qu'un autre entamer par les affections microbiennes à marche chronique : tuberculose, syphilis, etc. Les réactions organiques, souvent intenses, sont de peu de durée et s'épuisent au bout d'un certain temps; le bacille de Koch est pour ces malades un de ces parasites auxquels il faut s'accoutumer et avec lesquels on vit en bonne intelligence. La lutte est vive au début; mais plus tard elle s'éteint, lorsque les excavations pulmonaires se sont formées; et, à partir de ce moment, la tuberculose évolue sans trop d'accidents aigus.

Les scrofuleux sont dans les mêmes conditions : ce sont des sujets à nutrition retardée, mais à réactions inflammatoires beaucoup moins vives que les arthritiques : aussi, chez eux, ne voit-on pas la période d'accidents inflammatoires aigus qui marque le début de la phtisie chez les arthritiques. La maladie commence insidieusement et évolue de même.

Très probablement, il y a bien d'autres raisons qui expliquent la conservation de l'embonpoint chez les phtisiques. Celles que je viens d'énoncer sont les moins hypothétiques; l'avenir fera découvrir les autres.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Hôtel-Dieu. — M. le professeur PANAS.

Irido-choroïdite insidieuse; étiologie, diagnostic et traitement.

A propos d'une malade que nous avons soignée dans le service pour une forme particulière d'iritis double, je désire vous exposer le côté doctrinal de ce qui touche à l'inflammation souvent latente du tractus uvéal en général, et de l'iris en particulier. Vous verrez par là, je l'espère, qu'il s'agit d'une question d'un réel intérêt clinique, non seulement parce que cette entité morbide expose le sujet, sans qu'il s'en doute, à la perte de la vue, mais aussi parce que le praticien, s'il la méconnaît, peut être taxé d'ignorance ou de défaut de perspicacité.

Comme la maladie en question procède sans fracas, il vous arrivera d'être consulté par des malades qui se plaignent, sans cause connue, d'un abaissement progressif de la vision, et de l'impossibilité où ils sont de trouver des lunettes convenables. Je vous citerai à cet égard l'observation d'une jeune Américaine de vingt-deux ans, qui vint me consulter parce que l'opticien auquel elle s'était adressée ne pouvait lui fournir aucun verre lui permettant de lire et d'écrire comme elle l'avait fait jusque-là. Quel ne fut pas mon étonnement de rencontrer chez elle une double obstruction pupillaire par des synéchies nombreuses, à peu près totales. Comme je lui demandais si elle n'avait jamais eu des inflammations des yeux accompagnées de rougeur et de douleur, elle me répondit qu'à aucun moment rien de pareil ne lui était arrivé; à toutes mes questions au sujet de douleurs ou de rougeurs, si faibles fussent-elles, du côté de l'appareil oculaire, elle me répondit par la négative. Devant l'évidence de la constatation ophtalmoscopique confirmée par l'examen à l'éclairage oblique, il ne me restait qu'à rattacher ce cas en apparence étrange aux observations analogues publiées dans le mémoire de MM. Hutchinson père et fils, qui décrivirent cette forme sous le nom d' « iritis tranquille » *(quiet iritis)*.

Ne croyez pas qu'il s'agisse là d'une variété de peu d'importance, car, en pareil cas, non seulement l'iris, mais aussi le tractus uvéal en entier, procès ciliaire et choroïde, peuvent être le siège de lésions. Celles-ci aboutissent tôt ou tard à des troubles du corps vitré, voire même à des complications iritiques et à des névrites optiques, dont la conséquence est une désorganisation du globe sous forme de phtisie, caractérisée par une hypotonie marquée et la perte lente et progressive de la vue.

En présence d'un pareil processus pathologique, la première question qui nous intéresse est celle de la pathogénie; avant de l'aborder, quelques renseignements sur la malade que nous venons d'examiner nous serviront d'introduction. Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, faible, d'apparence anémique, et dont les antécédents témoignent qu'elle appartient à la classe des scrofuleux. La preuve nous en est fournie par son père, mort phtisique, par une sœur morte à dix-huit ans de méningite, et par un frère décédé à quatre ans de tuberculose pulmonaire.

Chez la jeune fille américaine que je vous citais en commençant, j'ai constaté de l'atrophie dentaire, caractérisée par une largeur anormale des espaces interdentaires, le peu de développement des dents en hauteur et la présence de stries transversales, comme il en existe chez les rachitiques, bien que la stature et la conformation des membres fussent normales.

Je me rappelle encore avoir observé un troisième cas, concernant une grande femme rousse avec des éphélides au visage, qui offrait depuis l'enfance un engorgement des deux chaînes ganglionnaires du cou, le long des muscles sterno-cléido-mastoïdiens. C'est vous dire qu'il s'agissait ici d'un cas typique de scrofulose. Toutefois, cette femme, d'un certain embonpoint, mère d'un enfant bien portant, était parfaitement conformée quant à ses autres organes; elle était même d'une taille supérieure à la moyenne. Comme les deux malades précédentes, elle présentait aussi une double iritis à marche progressive, qui donna lieu à des synéchies multiples que rien ne put arrêter, même l'usage persévérant des mydriatiques. Un symptôme qui tourmentait beaucoup cette femme consistait en visions lumineuses entoptiques (*photopsies*); il s'était donc ajouté chez elle, de bonne heure, une rétinite destructive, qui aboutit plus tard à un double décollement rétinien.

De quoi s'agit-il chez ces trois malades? Nous avons affaire ici à un processus symétrique et bilatéral qui, comme tel, ne saurait être rattaché qu'à une endo-infection. Or, la syphilis qui tient la tête dans cet ordre de choses faisait complètement défaut dans les trois cas; on ne saurait invoquer d'ailleurs, d'après les détails dans lesquels je viens d'entrer, qu'une infection d'origine tuberculeuse. Ne croyez pas que ce soit là une hypothèse gratuite, car d'après mes observations propres comme d'après les statistiques irréfutables que vous trouverez dans un mémoire de von Hippel et dans la thèse inaugurale de mon ancien interne Desvaux, sur la totalité des kératites parenchymateuses

ou interstitielles héréditaires, un tiers des cas relève de l'hérédité tuberculeuse.

Il ne faut pas confondre l'irido-choroïdite tuberculeuse véritable avec les manifestations de la diathèse tuberculeuse soit acquise, soit héréditaire. Dans ce dernier ordre de faits, il ne s'agit pas d'évolution de tubercules, mais d'une véritable toxémie provoquée très probablement par le virus, qui, chez le fœtus, arrête l'évolution normale des tissus, faisant de lui un dégénéré et le prédisposant ainsi à des processus phlogistiques plus ou moins latents, mais non moins destructifs pour cela; en un mot, il s'agit ici d'iritis, de cyclites et de choroïdites *paratuberculeuses*, rappelant les formes *parasyphilitiques* décrites par le professeur Fournier. Cela vous explique non seulement la marche lente, progressive et insidieuse de l'affection, mais aussi sa gravité et son peu de curabilité par les moyens qui agissent dans les formes franches et acquises, telles qu'on les observe chez des individus bien constitués, dont l'organisme est apte à réagir par lui-même et sous l'influence des agents thérapeutiques modificateurs.

Ce qui est vrai pour la tuberculose et la syphilis héréditaires l'est encore pour une foule d'autres toxémies héréditaires ou acquises dérivant de la goutte, du diabète, de l'albuminurie, du paludisme, du saturnisme, de la stercorémie, des dyspepsies par troubles sécrétoires du tube gastro-intestinal, des lésions des reins, du foie ou des glandes vasculaires sanguines, telles que le corps thyroïde et les capsules surrénales; il faut y ajouter, chez la femme, les troubles menstruels et diverses affections du tractus utéro-ovarien.

Ce qui devra vous guider dans tous ces cas, c'est l'idée première d'une endo-infection, à laquelle vous serez amenés par la marche spéciale de la maladie, habituellement chronique, ainsi que par la bilatéralité et la symétrie des lésions. Ce sera grâce à votre discernement, et par un examen scrupuleux du malade, que vous aboutirez à la connaissance de la cause d'où dérivera nécessairement l'indication thérapeutique. Bien des fois, il vous arrivera de ne rien noter de précis à un premier examen; mais ne vous rebutez pas, et, à force de recherches, vous finirez le plus souvent par découvrir le point de départ de l'affection.

Pour vous donner une idée de ce qu'un pareil sujet peut offrir de difficultés, même pour des hommes expérimentés, permettez-moi de vous citer en terminant les statistiques établies par Hutchinson père et fils à propos de ce qu'ils appellent *l'iritis insidieuse* ou *iritis tranquille*. Hutchinson fils, sur 106 observations, a pu incriminer 46 fois l'hérédo-syphilis; une fois il a noté le traumatisme, une autre fois l'alcoolisme; 12 fois la tuberculose; enfin, il a observé 46 cas de cause inconnue. Puis il relate la statistique de son père, qui est beaucoup plus étendue que la sienne et qui aboutit aux mêmes conclusions; Hutchinson père rattache, en outre, un certain nombre de faits à la goutte.

Lorsque l'affection semble dériver très nettement d'une toxémie tuberculeuse, comme c'était le cas chez les trois malades dont je vous ai parlé, le traitement devra être dirigé contre la diathèse. Vous aurez recours au traitement hygiénique par le grand air, le séjour au bord de la mer ou dans les régions montagneuses, afin d'activer le chimisme respiratoire. Les exercices corporels modérés suivis d'ablutions et de frictions sur tout le corps s'adresseront à l'émonctoire cutané; la suralimentation carnée et le lait compléteront le régime, d'autant plus que le lait, comme diurétique, active les fonctions de l'émonctoire rénal. S'il existait de la coprostase pouvant faire supposer de la stercorémie, les laxatifs et en particulier le calomel seraient indiqués.

Rien ne vaut comme moyen thérapeutique en pareil cas l'iodoforme administré en cachets et additionné d'une certaine quantité de poudre de café qui le désodorise complètement. J'ai l'habitude de prescrire, suivant l'âge, de 0 gr. 15 à 0 gr. 30 centigr. d'iodoforme pour une dose double de café pulvérisé, en deux cachets à prendre dans la journée. Un autre moyen non moins efficace et qu'on peut alterner avec le précédent consiste dans l'emploi d'injections intramusculaires de petites quantités de mercure; je me sers à cet effet de solutions huileuses de biiodure de mercure à la dose de 1 c.c. par jour, chaque centimètre cube contenant 0 gr. 004 milligrammes de biiodure. Sous l'influence de ces injections, dont la puissance antitoxémique n'est plus à démontrer, non seulement les lésions phlogistiques rétrocèdent, mais l'individu engraisse, prend des couleurs; son état général se relève, ainsi que l'expérience journalière nous l'a surabondamment démontré.

Les mydriatiques, comme traitement local, tiennent ici la première place et ont pour but de s'opposer aux adhérences. Il faut, pour réussir, les employer dès le début, les continuer avec persévérance et en augmenter l'action en les associant. C'est ainsi qu'une dose relativement faible d'atropine, mélangée à la cocaïne, agit plus efficacement que ne le ferait l'une ou l'autre de ces substances employée séparément. Dans ce but, je prescris un collyre contenant 0.5 % d'atropine et 1 ou 2 % de cocaïne. Vous pratiquez, au besoin, quatre instillations par jour, sauf à les espacer dès que les adhérences cèderont. La seule précaution à prendre est de bien surveiller le tonus de l'œil pour substituer les myotiques aux mydriatiques s'il vient à s'élever. Quant à l'emploi simultané de l'ésérine et de l'atropine, qui sont en quelque sorte des frères ennemis, je pense qu'il n'y a pas lieu de le recommander, étant donné que la puissance dilatatrice de l'atropine l'emportera toujours sur l'action myotique de l'ésérine; je ne vois pas, d'ailleurs, l'intérêt qu'il peut y avoir à dilater la pupille le matin pour la resserrer le soir.

En ajoutant aux mydriatiques les topiques chauds sous forme de compresses enveloppées ou de cataplasmes, vous favoriserez la résorption des exsudats plastiques qui aboutissent aux synéchies, et vous faciliterez l'action du médicament en en activant l'absorption.

Lorsque les synéchies sont nombreuses et bien organisées, il ne reste plus à proposer qu'une large iridectomie à la fois antiphlogistique et optique. Malheureusement, en pareil cas, l'iris, adhérent et fragile, se prête peu à une excision régulière. De plus, outre que de pareilles ouvertures dans une iritis plastique tendent ultérieurement à se combler, j'ai vu survenir après l'iridectomie un état hypotonique avec phtisie et atrophie du globe consécutives. Ce cas, pour moi unique dans son genre, ne devait pas moins vous être signalé pour vous montrer qu'il faut être très réservé dans cette intervention, et ne pas trop promettre au malade de lui faire recouvrer par ce moyen une vision qui tend à lui échapper.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mars 1900.

Mortalité et désinfection.

M. Vallin. — Nous avons plusieurs armes à notre disposition pour combattre les maladies transmissibles : l'isolement, la désinfection et l'immunisation par le vaccin. Je ne demande pas qu'on donne à la désinfection la première place, mais je crois qu'il n'y a rien à gagner, au point de vue de l'hygiène et de la médecine publique, à diminuer le rôle de ce puissant moyen de prophylaxie.

Dans la dernière séance, M. Grancher s'est efforcé de démontrer que, sauf peut-être pour la diphtérie, il était impossible de faire la part de la désinfection dans la diminution du nombre des cas de maladies contagieuses, et, en ce qui concerne la rougeole en particulier, il a déclaré que c'était seulement contre les complications de cette maladie que des mesures de désinfection lui paraissaient justifiées. Comme conclusion, il a néanmoins demandé à l'Académie d'inscrire la pneumonie et la bronchopneumonie sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire.

Je crois que, dans l'état actuel de la science, il faudrait réserver cette obligation pour les cas où ces affections présentent l'allure épidémique ou un caractère infectieux et contagieux nettement déterminé; en un mot, dans les cas où la virulence du pneumocoque est exaltée.

M. le Secrétaire perpétuel lit une lettre par laquelle M. Lereboullet demande à l'Académie de ne pas inscrire la pneumonie et la broncho-pneumonie sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire, d'abord parce que la contagiosité de ces deux affections n'est pas très souvent la cause d'accidents susceptibles d'être prévenus par la désinfection, et ensuite parce que dans beaucoup de villes et surtout dans les campagnes il n'existe aucun service de désinfection.

M. Grancher. — J'ai demandé l'inscription de la pneumonie et de la bronchopneumonie sur la liste des maladies « à déclaration obligatoire », parce que ce sont des affections qui sont toujours contagieuses, même en dehors de tout état épidémique. C'est contre ces deux maladies et contre la tuberculose que la désinfection rend le plus de services, parce que leur agent de transmission conserve pendant très longtemps sa virulence et qu'il est relativement facile de le détruire par l'ébullition et par les agents chimiques.

Rien de pareil n'existe pour la rougeole : j'ai démontré, il y a déjà plusieurs années, que la vitalité du germe de cette affection était beaucoup trop éphémère pour que la désinfection pût être pratiquée en temps utile.

Tous les faits que j'ai observés depuis cette époque sont venus confirmer cette opinion, à savoir que la rougeole n'était contagieuse qu'à la période d'invasion et qu'elle cessait de l'être une fois l'éruption terminée.

Cela ne m'empêche pas d'être un partisan convaincu de la transmissibilité de la rougeole, mais je crois que cette transmission se fait le plus souvent indirectement et à distance. C'est seulement de cette façon, en effet, que l'on peut expliquer l'apparition d'un cas de rougeole dans une salle d'hôpital où il n'y a pas eu depuis plusieurs mois de malade atteint de cette affection et dont le plancher, les murs, le mobilier et tous les objets de literie sont soigneusement désinfectés plusieurs fois par jour. Il est impossible, en pareil cas, d'admettre la reviviscence de germes, à moins de refuser du même coup toute efficacité aux mesures de désinfection, ce qui ne saurait être sérieusement soutenu par personne.

Telles sont les considérations sur lesquelles je m'appuie pour déclarer que la désinfection est à peu près inutile contre la rougeole simple; à mon avis, c'est seulement la rougeole accompagnée de pneumonie, de bronchopneumonie ou de toute autre complication, qui devrait être soumise à la déclaration obligatoire.

De l'actinomycose humaine pendant ces deux dernières années.

M. Poncet (de Lyon). — Depuis l'apparition de mon livre sur l'actinomycose (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 217), d'assez nombreuses recherches ont été faites sur cette question, tant au point de vue de la biologie du parasite que des lésions qu'il détermine ou des symptômes de l'affection dont il est la cause. A l'étranger, où le diagnostic de cette maladie est fréquemment porté, on ne publie plus que les cas remarquables par quelques particularités; en France, au contraire, il semble que l'actinomycose soit plus rare, ou qu'on sache moins bien la dépister. Aussi m'a-t-il paru intéressant de réunir, avec l'aide de M. L. Bérard, les cas publiés dans notre pays depuis 1898, en y joignant quelques observations encore inédites que plusieurs chirurgiens français ont bien voulu me communiquer.

Je tiens, tout d'abord, à appeler l'attention sur ce fait, que l'on ne doit pas attendre la constatation des grains jaunes caractéristiques pour porter le diagnostic d'actinomycose. La clinique à elle seule permet, en effet, de reconnaître cette affection, grâce aux symptômes suivants : aspect hybride, à la fois néoplasique

et inflammatoire, des lésions; évolution torpide, capricieuse de celles-ci, avec cicatrisation d'anciennes fistules au voisinage immédiat de foyers récents ou en voie d'extension. A la face et au cou, en particulier, l'empâtement diffus, d'ordinaire très douloureux, avec trismus précoce et serré dès que les plans musculaires superficiels sont envahis, et l'absence de tout engorgement ganglionnaire malgré l'existence de plusieurs trajets ou collections ulcérés, me paraissent caractéristiques de l'actinomycose.

J'ai recueilli 26 observations nouvelles que je vais résumer. Les lésions siégeaient 21 fois à la région cervico-faciale, 1 fois à la région pleurale avec infiltration périrénale et noyau secondaire dans la mamelle (Nélaton), 2 fois à la région cæcale et péricæcale (Vassiliev), 1 fois à la région ombilicale (Reboul), enfin 1 fois, dans un fait personnel, à la région vésico-ano-rectale.

14 de ces cas appartiennent à des chirurgiens de Paris, centre qui était jusqu'ici à peu près indemne de l'infection actinomycosique.

L'inoculation — habituellement due à des épis de blé ou à des débris de céréales — a paru s'effectuer presque toujours par le tube digestif, sauf dans 3 cas, où elle eut lieu soit par le tégument (1 fois dans la région ombilicale et 1 fois au niveau de la joue), soit par la muqueuse uréthrale (observation personnelle).

L'évolution de la maladie a été constamment subaiguë ou chronique (de trois mois à six ans de durée), avec des poussées inflammatoires successives, déterminant la production d'abcès en série; plusieurs fois, ces foyers évoluèrent d'abord comme des phlegmons chroniques d'origine dentaire, ne contenant que des fongosités ou du pus banal, et — j'insiste sur ce fait — ce n'est souvent qu'au bout de plusieurs mois, après de nombreuses recherches infructueuses, que l'on arriva à découvrir le parasite.

On n'a signalé les suites éloignées de l'affection que dans 15 cas, qui comprennent 5 décès (4 cas de lésions cervico-faciales et 1 d'actinomycose péricæcale), 2 récidives et 8 guérisons temporaires.

Au point de vue du traitement, l'intervention chirurgicale me semble indispensable; elle peut d'ailleurs se borner à une simple incision, suivie ou non de curettage et de cautérisation des parois de la poche; elle doit être précoce, et je la crois justifiée, même quand le diagnostic d'actinomycose, en l'absence des grains jaunes, n'est que probable.

L'iodure doit toujours être administré à l'intérieur, avant et après l'intervention; mais je ne le considère que comme un adjuvant du traitement chirurgical, malgré les résultats favorables obtenus par certains auteurs (Pantaloni); j'en dirai autant de l'essence d'eucalyptus, qui a donné récemment un succès à Butler.

Des sources de la craie et de la fièvre typhoïde.

M. Hanriot lit, à l'occasion d'un travail de M. Thoinot, un rapport dans lequel il s'associe aux mesures réclamées par ce dernier pour empêcher la pollution des eaux potables de la ville de Paris (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 66). Il propose à l'Académie, pour étendre le bénéfice de ces mesures à la province, d'émettre le vœu que le captage, l'amenée et la distribution des eaux d'alimentation soient placés d'une façon expresse et permanente sous le contrôle des Conseils d'hygiène départementaux, qui devront chaque année adresser un rapport à ce sujet au préfet. (Adopté.)

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 mars 1900.

Restauration des fonctions du cœur et du système nerveux central après anémie complète.

M. F. Battelli. — Après avoir, chez des chiens, arrêté les battements cardiaques soit par électrisation directe du cœur au moyen d'un courant induit, soit par suffocation consécutive à l'occlusion de la trachée, soit par chloroformisation, je rappelais ces animaux à la vie, en pratiquant des compressions rythmiques des ventricules à travers une incision de la paroi thoracique et du péricarde. Ces compressions ont pour effet de vider le cœur; pour le remplir, il suffit d'exercer des pressions sur l'abdomen.

J'ai cherché à déterminer combien de temps après la mort apparente le rétablissement des fonctions du cœur et du système nerveux est encore possible. Je suis arrivé aux résultats suivants : la compression rythmique des ventricules ramène les battements cardiaques après un arrêt de dix minutes dans les cas ordinaires, et de vingt minutes quand la mort a été obtenue par électrisation du cœur et qu'on a soin de faire suivre les compressions ventriculaires d'une décharge électrique. La même méthode a permis le rétablissement des fonctions cérébrales au bout de dix minutes en général, et même après un quart d'heure chez les animaux tués par l'électrisation cardiaque.

Ces résultats montrent que, conformément à l'opinion de Brown-Séquard, le tissu cérébral peut supporter une anémie complète et prolongée, et néanmoins recouvrer ensuite ses fonctions.

La méthode que j'ai employée permettant le retour à la vie après un délai plus long que les autres procédés, pourra peut-être se montrer utile chez l'homme, en cas d'arrêt du cœur causé par la chloroformisation, la suffocation, les accidents de l'industrie électrique, etc.

Chaleur spécifique du sang.

M. H. Bordier. — J'ai cru devoir reprendre la détermination de la chaleur spécifique du sang, les chiffres fournis par Kopp me paraissant trop élevés.

La chaleur spécifique la plus considérable est celle du sang artériel; elle est égale, en moyenne, à 0.901; le sang défibriné, puis le sérum, présentent des chiffres plus faibles.

Le sang veineux a une chaleur spécifique sensiblement moindre que le sang artériel; cela tient sans doute à ce que la chaleur spécifique de l'oxyhémoglobine est plus considérable que celle de l'hémoglobine réduite.

La conclusion de mes recherches est que la chaleur spécifique totale du corps, que l'on considère comme égale à 1, est en moyenne de 0.9 seulement.

M. Bertrand fait observer que la chaleur spécifique du sang n'est pas constante; elle varie notablement avec les proportions relatives d'eau (qui l'accroissent) et de matières fixes (qui la diminuent), proportions qui sont différentes dans le sang artériel (plus aqueux) et le sang veineux.

Des rapports de la fièvre typhoïde avec la cystine contenue dans les eaux contaminées.

M. H. Causse. — Des recherches antérieures m'ont permis de constater que la matière organique contenue dans les eaux typhogènes de certains puits de Lyon est de la cystine, probablement sous forme de cystinate de fer.

Au moyen du chloromercurate de diazobenzènesulfonate de sodium, j'ai dosé systématiquement ce corps dans un certain nombre d'eaux. J'ai pu constater ainsi que les variations de la teneur en cystine de l'eau du Rhône correspondent assez exactement aux fluctuations du nombre des cas de fièvre typhoïde. Pour l'eau des puits contaminés, j'ai cru reconnaître un rapport entre la proportion de cystine et la gravité de la maladie.

La teneur des eaux en cystine est variable suivant les saisons; elle atteint son maximum en septembre et en octobre, diminue graduellement à partir de ce mois pour présenter un minimum en février et en mars, et reprend ensuite sa marche ascendante.

Méthode pour l'examen et la mesure du goût.

MM. Toulouse et **Vaschide** communiquent une méthode de mesure de l'acuité gustative qui consiste à déposer sur la langue du sujet en expérience une goutte de poids constant d'une solution titrée de chlorure de sodium, de saccharose, de dibromhydrate de quinine ou d'acide citrique. Il faut avoir soin de commencer par des solutions suffisamment diluées pour qu'aucune sensation gustative ne soit perçue, et d'augmenter progressivement la concentration du liquide jusqu'à la limite de la perception. On doit, en outre, employer des solutions à la température de 38°, déposer la goutte sur la muqueuse sans vitesse appréciable, enfin laisser un intervalle de une à cinq minutes entre deux essais successifs.

M. Chauveau fait une communication sur les forces liées à l'état d'élasticité parfaite que la contraction dynamique crée dans la substance musculaire, et sur le travail physiologique intime constitué par cette création.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mars 1900.

Greffe des kystes hydatiques.

M. Quénu. — Dans la dernière séance, M. Potherat a traité d'hérésie zoologique l'opinion de M. Peyrot sur la possibilité de la greffe des vésicules filles dans le cas de rupture de kyste hydatique. Je soutiens que l'hypothèse de M. Peyrot n'a rien d'invraisemblable au point de vue doctrinal et qu'elle est, en outre, d'accord avec les faits cliniques. Que nous apprennent les zoologistes? C'est que la vésicule hydatique est susceptible d'une prolifération exogène : en un point de la membrane hydatique, on peut voir, en effet, se développer un épaississement qui devient indépendant de la membrane mère et forme une vésicule fille. D'autre part, de nombreux faits cliniques viennent à l'appui de l'opinion soutenue par M. Peyrot. Je citerai, à cet égard, le cas suivant, qui me paraît très démonstratif. J'ai opéré il y a vingt-trois mois, par incision et marsupialisation, un kyste hydatique du foie, chez une jeune fille de vingt-cinq ans. Or, dix mois après l'opération, il se forma, dans la partie inférieure de la cicatrice, une petite tumeur fluctuante, arrondie, douée de la plus grande mobilité. Je l'ai enlevée samedi dernier : c'était une vésicule hydatique développée dans le tissu cellulaire sous-cutané, où elle s'était entourée d'une tunique adventice ne présentant aucune adhérence avec les plans sous-jacents. Je suis donc autorisé à conclure que cette vésicule ne peut avoir pris naissance aux dépens de la paroi de l'ancien kyste, et qu'elle doit être considérée comme une greffe.

M. Routier. — Je vous ai présenté dernièrement un malade dont l'histoire vient à l'appui de l'opinion émise par M. Peyrot et défendue par M. Quénu. Ce malade a été opéré deux fois par M. Hartmann et deux fois par moi. Dans ma première intervention, j'ai extirpé de la paroi abdominale, au niveau de la cicatrice laissée par les deux opérations antérieures, trois vésicules hydatiques; dans la seconde, j'ai été amené à pratiquer l'ablation de la vésicule biliaire pour une récidive développée dans l'épaisseur des parois de cet organe.

M. Michaux. — La greffe péritonéale de vésicules hydatiques filles à la suite du traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie n'est pas exceptionnelle. Dans deux cas, j'ai eu à enlever du petit bassin des hydatides développées ainsi deux ans après ma première intervention.

M. Broca. — M. Jalaguier était sur le point d'opérer un enfant atteint de kyste hydatique du foie, lorsque la collection liquide se rompit à la suite d'une chute; l'opération fut donc différée. Un certain temps plus tard, j'intervins chez cet enfant pour une appendicite et ne constatai rien d'anormal. Or, quelques mois après, je l'opérai de nouveau pour des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale.

M. Tuffier. — La greffe hydatique ne peut faire de doute pour personne. J'ai enlevé dernièrement, chez une jeune fille, un kyste sous-dermique développé au niveau de la cicatrice laissée par une première opération pour kyste hydatique du foie.

Grossesse extra-utérine et inondation péritonéale.

M. Routier. — Vous m'avez chargé de faire un rapport au sujet d'un travail qui nous a été adressé par MM. Morestin et Auvray sur l'inondation péritonéale consécutive à la rupture des grossesses ectopiques. Toutes les observations de ces auteurs ont trait à des grossesses datant de quelques semaines à trois mois, dans lesquelles les accidents se sont manifestés, après un traumatisme, par des phénomènes graves d'hémorrhagie interne.

Dans ces circonstances, la guérison dépend uniquement de la décision du chirurgien et de la précocité de son intervention. Pour ma part, quel que soit l'état de faiblesse de la malade, je

n'oserai jamais ni temporiser, ni m'abstenir d'une opération qui est la seule chance de salut. Je suis intervenu, il y a quelque temps, dans deux cas d'inondation péritonéale particulièrement graves. Dans le premier, mon intervention fut trop tardive : il s'agissait d'une malade reçue par mégarde dans un service de médecine; quand je l'opérai, *in extremis*, je trouvai dans le ventre plus de 3 litres de sang, liquide ou en caillots, qui provenait de la trompe droite, rompue au niveau de sa partie moyenne où siégeait un œuf fécondé. L'opération terminée, lorsque je voulus replacer la malade dans le décubitus horizontal, j'en fus empêché par l'état syncopal qui se déclarait aussitôt que le plan incliné était abaissé; je dus faire transporter l'opérée dans son lit en position déclive et l'y faire maintenir par des briques placées sous les pieds du lit. Malgré les injections de sérum, elle succombait quatre heures après mon intervention.

Le second cas fut plus heureux. Une jeune femme, couturière de son état, est prise chez une de ses clientes, pendant un essayage, d'une douleur suraiguë dans l'abdomen. Un médecin est appelé en toute hâte et fait transporter la malade dans mon service. Je l'opère et trouve 3 litres de sang dans le ventre. L'hémorrhagie était ici encore consécutive à une grossesse tubaire droite datant de deux mois environ. J'enlevai la trompe rompue et refermai le ventre après avoir étanché avec soin le péritoine. Mon opérée guérit parfaitement.

En pareille circonstance, l'urgence de l'intervention est donc évidente. Un point plus discutable est de savoir si l'opérateur doit vider la cavité péritonéale du sang qui y est épanché, ou l'y abandonner en se contentant de supprimer la cause de l'hémorrhagie. Cette dernière pratique est conseillée par certains auteurs, et notamment par Henrotin (de Chicago). Quant à moi, je préfère suivre la conduite opposée, en accord, d'ailleurs, avec les idées actuelles sur la nécessité d'avoir des plaies étanches pour éviter l'infection. Je suis donc partisan de l'assèchement parfait du péritoine et je remplace le sérum sanguin, dont je prive ainsi mon opérée, par des injections de sérum physiologique. Mais, pour m'assurer que la cavité péritonéale ne contient plus de sang, j'ai soin de faire remettre la malade en position horizontale avant de fermer l'abdomen. Dans la position de Trendelenburg, en effet, le sang liquide reflue vers le diaphragme, sous le foie, la rate, au milieu des anses intestinales refoulées, etc., de telle sorte que lorsqu'on abaisse le plan incliné, l'excavation pelvienne, qui vient d'être débarrassée du liquide et des caillots qu'elle contenait, peut se remplir de nouveau à pleins bords. J'insiste donc sur la nécessité de ne pratiquer la suture de la paroi qu'après avoir replacé l'opérée dans la position horizontale, si l'on ne veut pas s'exposer à laisser dans la cavité péritonéale une grande partie du sang épanché.

M. Quénu. — M. Routier vient de soulever une question importante. Doit-on, en effet, dans l'inondation péritonéale, débarrasser la cavité abdominale du sang épanché ou conserver celui-ci, dans l'espoir qu'il sera utile à l'organisme? En ce qui me concerne, je partage entièrement l'opinion de M. Routier, non pas que je craigne l'infection, car des examens bactériologiques, pratiqués à maintes reprises, m'ont prouvé que le sang provenant de la rupture d'une grossesse tubaire n'est pas septique, mais parce que je pense que la résorption de la matière colorante du liquide épanché peut être nuisible et provoquer des accidents d'autointoxication.

Traitement des fractures.

M. Delorme. — Il y a quelques mois, M. Tuffier a tenté de nous prouver, par la radiographie, que les cals vicieux sont plus fréquents qu'on ne le suppose (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 428). Je ne conteste pas les services que peut nous rendre la radiographie en matière de fractures; je ne pense pas cependant que la pratique de cette nouvelle méthode d'investigation soit, d'une façon générale, indispensable pour mener à bien le traitement d'une fracture. Après un usage immodéré des appareils inamovibles, une réaction inverse s'est produite et l'on a voulu traiter toutes les fractures par le massage. Il me semble que l'on a laissé tomber dans un oubli immérité une méthode intermédiaire, excellente à mon avis : c'est l'application des appareils amovo-inamovibles, qui m'ont toujours donné les meilleurs résultats.

M. Loison (médecin militaire). — Voici 37 radiographies qui ont toutes trait à des fractures et qui démontrent l'utilité des rayons de Röntgen pour nous éclairer sur le diagnostic de ces lésions et sur les résultats obtenus après le traitement. Mais, pour que l'emploi de la nouvelle méthode soit efficace, il est de toute nécessité que le membre fracturé soit radiographié suivant deux directions perpendiculaires, car ce n'est que par la comparaison des deux photographies ainsi obtenues que l'on peut se rendre un compte exact du sens dans lequel s'est fait le déplacement et de la direction des fragments.

M. Maunoury (de Chartres). — Ce n'est pas seulement dans les lésions traumatiques du squelette que les rayons de Röntgen peuvent être utiles. Dans un cas de périostite phlegmoneuse diffuse, avec nécrose du fémur, ils m'ont permis de déterminer avec la plus grande précision le point où siégeait le séquestre. Sur la radiographie que je vous présente, vous pouvez voir, en effet, que ce séquestre était situé à 10 centimètres environ au-dessus de l'interligne articulaire du genou.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mars 1900.

De l'excrétion urinaire chez les éclamptiques.

M. Bar. — Les recherches dont je désire vous communiquer les résultats ont été faites dans le but de déterminer quel est le fonctionnement des reins dans l'éclampsie puerpérale.

On admet couramment que, chez les éclamptiques, il y a pendant les accès une oligurie parfois extrême et même de l'anurie. Mais en est-il toujours ainsi?

J'ai observé un certain nombre de cas d'éclampsie terminés par la mort, dans lesquels l'excrétion urinaire est restée abondante et même supérieure à la normale pendant les accès, ce qui prouve que la suspension ou l'amoindrissement de la fonction rénale ne sont pas des facteurs nécessaires à l'éclosion des crises.

Néanmoins, comme l'oligurie existe dans la plupart des cas, il est intéressant de préciser comment elle apparaît, se poursuit et disparaît, et de fixer la place qu'il convient de lui assigner dans l'ensemble symptomatique qui constitue l'éclampsie.

L'observation minutieuse des modifications de l'excrétion urinaire nous apprend que, s'il est des cas où l'oligurie est déjà si marquée, dès la période prémonitoire, qu'il devient difficile de suivre ses variations quand les accès apparaissent, il en est d'autres où l'urine est émise en quantité souvent à peine inférieure, parfois égale ou même supérieure à la normale, au moment précis où éclate la première crise; l'oligurie débute donc seulement avec celle ci, ou la suit immédiatement.

L'oligurie qui s'est produite, ou du moins accentuée, dès le premier accès, se maintient et s'exagère généralement pendant toute la durée de l'état de mal. Comment disparaît-elle?

Il peut arriver qu'une oligurie voisine de l'anurie subsiste pendant de longues heures après la fin des convulsions. La gravité du mal, et peut-être la multiplicité des poisons introduits dans l'organisme comme agents thérapeutiques, sont la cause de cette oligurie qui peut persister jusqu'à la mort.

Généralement, l'urine redevient abondante de douze à vingt-quatre heures après la cessation des accès; on observe souvent même une crise de polyurie très considérable qui est habituellement, mais non toujours, un signe de guérison.

D'ailleurs, pour juger du fonctionnement des reins, il importe moins de connaître la quantité d'urine émise que sa qualité. Le plus souvent, chez les éclamptiques, l'urine, très dense, dont l'acidité a subitement augmenté, dont le rapport azoturique s'est soudainement abaissé, contient un taux d'urée supérieur à la normale. La quantité des sels est diminuée, mais dans une faible proportion. Cette urine, contrairement à ce qu'on admet, se montre d'ordinaire plus toxique qu'elle ne l'était pendant les jours précédents et qu'elle ne le sera durant les jours qui suivent.

Ces faits démontrent que les reins, peu lésés dans leurs éléments nobles, restent capables d'excréter. Ils le prouvent non seulement en laissant passer dans l'urine les substances qui la constituent, mais encore celles qui accidentellement encombrent le sang et sur lesquelles l'épithélium rénal exerce un pouvoir électif.

Ces substances sont nombreuses : telles sont l'indican, l'urobiline, l'acétone, les pigments hématiques et biliaires, etc.

L'acétone, l'urobiline, l'indican peuvent exister dans l'urine avant les crises convulsives, mais le fait n'est pas constant. D'ordinaire, on les voit apparaître soudainement, peu après le premier accès; s'ils existaient déjà auparavant, leur quantité augmente subitement alors.

Il en est de même pour les pigments biliaires ou hématiques. Tout se passe comme si, au moment précis où se sont produites les premières convulsions, on avait injecté dans le sang une grande quantité d'urobiline, d'indican, de pigments biliaires, etc. On ne peut surtout se défendre de faire une pareille comparaison quand on étudie la façon dont se produit l'excrétion de l'albumine chez les éclamptiques.

S'il est vrai que, dans la presque totalité des cas, sa présence dans l'urine est antérieure aux accès, quelquefois de très peu de temps, il est non moins certain qu'elle augmente dans des proportions considérables après le début des crises convulsives.

Cette poussée d'albuminurie s'atténue généralement vite, et il n'est pas rare de voir les femmes excréter, quarante-huit heures après le dernier accès, une urine pauvre en albumine; et souvent, dès le cinquième ou le sixième jour, celle-ci a totalement disparu.

On est ainsi amené à se demander si cette albumine excrétée en si notables quantités est bien de la sérine semblable à celle du sang, ou si elle n'est pas une albumine pathologique jetée dans le torrent circulatoire et que les reins éliminent au même titre que l'indican, l'urobiline, les pigments biliaires, etc.

Je n'insisterai pas davantage aujourd'hui sur ce point litigieux et me bornerai à tirer des faits que j'ai observés cette conclusion, à savoir que les reins, chez les éclamptiques, sauf dans quelques cas exceptionnels, conservent leur pouvoir excréteur.

Il est vrai que l'excrétion urinaire présente chez ces malades des éclipses partielles plus ou moins longues, qui se produisent au moment même des accès, les accompagnent, mais ne les précèdent pas. Dans ces conditions, il semble peu logique d'admettre que la diminution ou la suspension de l'activité rénale jouent un rôle dans la production des attaques, et il est plus rationnel de penser que les troubles de l'excrétion urinaire sont le résultat de la pénétration dans l'organisme d'un poison qui agit d'autre part sur les centres nerveux.

S'il y a lieu d'incriminer un poison, d'où provient-il?

Depuis les travaux de Jürgens et de Pilliet, on a attribué une juste importance aux hémorrhagies que présente le foie dans l'éclampsie. Ces hémorrhagies sont certainement une cause puissante de désorganisation de la glande hépatique, mais leur présence ne constitue pas la caractéristique du foie éclamptique.

Les lésions capitales, que je n'ai vu manquer dans aucun cas, sont les lésions cellulaires; elles se présentent sous des aspects variés. En certains points, elles apparaissent, déjà anciennes, sous la forme d'ilots dégénérés entourés d'une zone congestive plus ou moins marquée. Mais les altérations les plus importantes et les plus communes sont constituées par des taches brunâtres éparses dans le foie, toutes de même âge, et paraissant généralement dater du moment de l'apparition des accès.

Les cellules hépatiques, par leur destruction, mettent-elles en liberté des produits toxiques qui, pénétrant subitement dans le sang, agissent sur le système nerveux et provoquent ainsi les crises, ou dont l'élimination, par les reins, entrave la filtration urinaire? Le foie détruit ne joue-t-il plus son rôle d'arrêt, et, la transformation des matières albuminoïdes introduites dans l'organisme étant incomplète, se forme-t-il des substances toxiques qui s'éliminent mal par le rein? On ne sait rien de précis à cet égard.

La seule conclusion nette qui découle des faits que j'ai observés, c'est que dans l'éclampsie

l'état des fonctions rénales est secondaire, et que leur intégrité ne met pas à l'abri d'accès mortels.

Sur quelques modalités des perversions de la faim.

M. Mathieu. — Je désire appeler votre attention, au nom de M. Beauchant et au mien, sur quelques modalités des perversions de la faim, notamment sur la *faim douloureuse* et *nauséeuse*, et sur la *faim anxieuse* ou *angoissante* qui serait mieux appelée encore faim *phobique*.

En dehors de toute inanition prolongée, la faim s'accompagne de sensations véritablement pénibles chez deux catégories de malades : les hyperchlorhydriques et les névropathes.

Chez les hyperchlorhydriques, la faim douloureuse est d'observation assez commune. On sait que, chez ces dyspeptiques, les douleurs gastriques se montrent fréquemment à la phase tardive de la digestion, ce qui s'explique par l'hyperacidité chlorhydrique du contenu de l'estomac à ce moment; si ces souffrances sont trop accentuées, elles peuvent masquer la sensation de faim qui reste méconnue.

On peut calmer cette douleur par l'ingestion d'une petite quantité d'aliments, par un peu de liquide, ou encore par une dose suffisante de bicarbonate de soude.

Chez les névropathes, la faim s'accompagne quelquefois aussi d'une sensation pénible, sans hyperchlorhydrie. Dès que l'heure du repas est arrivée, ces malades deviennent inquiets, agités; ils éprouvent un malaise général, ils sont de mauvaise humeur; quelquefois ils ressentent, au niveau du creux épigastrique, une sensation de tiraillement désagréable et même de véritable crampe. Ce trouble s'observe surtout chez les jeunes femmes nerveuses dont l'alimentation est insuffisante; la faim est alors calmée souvent par quelques bouchées d'aliments.

Chez certains sujets, la sensation de faim s'accompagne fréquemment d'une nausée plus ou moins intense. Il arrive même que la nausée l'emporte sur la faim, si bien que les malades méconnaissent complètement ce qu'ils ressentent; ils ont mal au cœur, ils présentent de la salivation, et se demandent s'ils ne vont pas vomir : en réalité, ils ont besoin de manger.

C'est encore chez les jeunes femmes nerveuses qu'on observe le plus souvent ce phénomène; il se montre habituellement vers quatre ou cinq heures du soir, heure de la dépression générale des névropathes.

L'état nauséeux disparaît si l'on fait manger les malades quelque temps avant l'heure à laquelle se montre cette sensation de faim pervertie.

Il nous a paru que la faim nauséeuse peut devenir chez les hystériques l'occasion de vomissements répétés, parfois même incoercibles. Peut-être est-ce à cette cause qu'il faut attribuer la fréquence, assez grande chez les hystériques, de vomissements du matin qui rappellent les pituites des alcooliques.

La faim *anxieuse* ou *angoissante* offre des rapports très étroits avec les phobies. Les malades qui présentent cette perversion éprouvent à certains moments une sensation très pénible d'angoisse; il leur semble qu'ils vont se trouver mal, qu'il va leur arriver les accidents les plus graves s'ils ne mangent pas immédiatement. Parfois, ils ont les mains froides, du tremblement; certains d'entre eux sont pris d'excitation, tous perdent plus ou moins la tête.

En somme, l'anxiété ressentie paraît très comparable à celle qu'éprouve un agoraphobique, un claustrophobique, etc. Ces sujets ont la phobie de l'inanition, la phobie de la faim, comme d'autres ont la phobie des grands espaces, des foules, des salles de réunions, etc.

La faim *phobique* peut donc prendre place à côté des autres phobies. A ce propos, il y a lieu de se demander s'il ne conviendrait pas d'en rapprocher la soif phobique, et si l'anxiété causée par la soif n'est pas l'élément initial de certaines polyuries simples, qu'elles surviennent ou non chez des hystériques.

Polyurie des cardiaques artérioscléreux.

M. Merklen. — La polyurie des cardiaques artérioscléreux a été attribuée par la plupart des auteurs à l'hypertension artérielle; pour d'autres, elle dépendrait de l'imperméabilité du rein; quelques-uns, enfin, croient devoir invoquer une irritation directe ou réflexe provoquée et entretenue par les altérations inflammatoires et dégénératives de la glande rénale.

Les recherches que je poursuis depuis quelque temps sur ce sujet avec M. Martin m'ont amené à conclure que la cause principale de la polyurie des cardiaques artérioscléreux est l'usage du lait; son degré paraît surtout dépendre de la pléthore créée par l'abus prolongé d'une alimentation trop riche et des boissons alcooliques. Cette polyurie est, en effet, variable suivant les sujets; si elle ne dépasse pas habituellement 2 ou 3 litres, elle peut cependant atteindre de 4 à 5 litres chez un sujet pléthorique, et — ce qui n'est pas moins important — elle peut se changer en oligurie chez les artérioscléreux séniles. Il nous a semblé que ces oscillations étaient dues à la capacité variable de l'appareil circulatoire. La polyurie vraie coïncide presque toujours avec un grand développement du cœur dont toutes les cavités sont augmentées. Cet agrandissement peut être, d'ailleurs, purement fonctionnel et se montrer en dehors de toute lésion de structure.

Il en est de même de l'imperméabilité rénale qui peut exister sans les altérations macroscopiques et microscopiques du petit rein contracté. Quoi qu'il en soit, la polyurie survient parfois malgré ce trouble, qu'il soit organique ou purement fonctionnel, sans doute parce que, grâce à sa puissante action diurétique et pour ainsi dire spécifique, le lait compense pendant de longues périodes l'imperméabilité rénale d'origine ischémique, résultant du rétrécissement des artères du rein.

M. Rendu montre, en son nom et au nom de M. Poulain, un homme de trente-neuf ans qui présente d'un certain nombre de malformations congénitales : lésions orificielles du cœur, absence de soudure des os frontaux, persistance de la fontanelle antérieure, encéphalocèle, etc.

ETRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 14 et 21 mars 1900.

De la sécrétion biliaire.

M. Albu. — J'étudie actuellement les phénomènes de la sécrétion biliaire chez une femme atteinte depuis longtemps d'une fistule hépatique complète.

La bile qui s'écoule de cette fistule offre une coloration jaune ocre et ne contient presque jamais de flocons muqueux, sans doute parce qu'elle ne séjourne pas dans la vésicule biliaire; la réaction du liquide est habituellement neutre, parfois faiblement alcaline; son poids spécifique est de 1,010 à 1,012, et elle contient de 1,95 à 2 % d'éléments fixes (la bile de la vésicule biliaire en renferme de cinq à dix fois plus).

La quantité de bile sécrétée en vingt-quatre heures, qui, d'après les auteurs, atteindrait normalement de 900 à 950 c.c., ne dépasse pas chez ma malade 496 c.c. Les fèces sont habituellement décolorées et acholiques. La sécrétion biliaire atteint son maximum à minuit, c'est-à-dire dix heures après le principal repas, le minimum s'observant vers quatre ou cinq heures du matin.

La qualité des aliments ne m'a paru avoir aucune influence sur la quantité de bile excrétée. Les expériences que j'ai faites sur l'action des différents agents cholagogues ne m'ont également donné que des résultats négatifs.

En faisant ingérer à ma malade 100 grammes de graisses, j'ai constaté qu'elle en absorbait 61.

M. Gluck présente un enfant atteint de carie tuberculeuse de la colonne vertébrale, pour laquelle il a évidé les trois vertèbres cariées. A la suite de cette intervention, le petit malade a recouvré l'usage de ses membres inférieurs; il jouit depuis d'une santé satisfaisante.

M. Hirschfeld fait une communication sur les bons effets qu'il a obtenus, dans le traitement des sueurs nocturnes des phtisiques, par l'emploi de badigeonnages au formol (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 361).

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 19 mars 1900.

Traitement du cancer de l'œsophage.

M. Ewald. — J'ai soigné récemment un homme de soixante-quatre ans, qui a succombé dans mon service à un cancer de l'œsophage, pour lequel on avait essayé de parer aux difficultés de l'alimentation par l'emploi d'une canule à demeure et par des lavements nutritifs.

A l'autopsie, on reconnut que la canule était située au-dessus d'un rétrécissement de l'œsophage, dû à de gros bourgeons néoplasiques.

D'autre part, les analyses d'urine pratiquées pendant la vie prouvèrent l'influence des lavements alimentaires sur les échanges organiques, en décelant une augmentation notable de l'excrétion des matières azotées. L'absorption de ces lavements avait, du reste, été démontrée par la présence de quantités très minimes de principes azotés dans les fèces.

Ces constatations font voir l'utilité des lavements alimentaires, contestée par quelques auteurs. Par contre, l'emploi d'une canule à demeure ne m'a jamais donné de résultats satisfaisants; souvent la forme du rétrécissement en tire-bouchon empêche l'introduction de la canule, et, d'ailleurs, celle-ci provoque parfois des douleurs telles que les malades ne veulent pas la garder. Enfin, dans deux cas, j'ai vu l'application de la canule être suivie d'une rapide dégénérescence du néoplasme.

M. Renvers. — Au début de ma pratique, je me suis servi de canules courtes et dures, qui permettent le passage des purées alimentaires et même des aliments solides, mais offrent l'inconvénient de ne se laisser extraire qu'avec difficulté. C'est pourquoi je n'emploie plus actuellement que des canules molles et longues, qui pénètrent profondément et sont peu irritantes, mais à travers lesquelles ne peuvent passer que des aliments liquides.

Il ne faut traiter par ce procédé que les cancers résistants, sans tendance au ramollissement. On doit, en outre, avoir soin de changer la canule environ tous les huit jours, pour ne pas s'exposer à voir les fils se rompre.

Lorsque la déglutition est rendue impossible par un spasme de l'œsophage, on interdit toute tentative de déglutition pendant vingt-quatre heures, durant lesquelles l'alimentation est assurée au moyen de lavements; au bout de ce laps de temps, on pratique un lavage de l'œsophage et on administre au malade de petites doses de morphine ou de cocaïne. Quand, malgré cette médication, le spasme ne cesse pas, la gastrostomie est indiquée.

M. von Leyden. — J'ai renoncé complètement à l'emploi des canules à demeure dans le traitement des cancers œsophagiens. Je préfère pratiquer de temps en temps le cathétérisme de l'œsophage, qui amène toujours une détente passagère des accidents. Quant à l'action nutritive des lavements alimentaires, elle n'est pas contestable.

M. Rosenheim déclare avoir également abandonné l'usage des canules à demeure.

M. A. Fränkel. — Chez un de mes malades, les fils retenant la canule s'étant rompus, celle-ci fut avalée par le patient qui ne la rendit qu'au bout de trois semaines.

D'après mes observations, on ne réussit ni par l'application d'une canule à demeure ni par la gastrostomie à prolonger notablement les jours des sujets atteints de cancer de l'œsophage.

M. Lazarus dit avoir nourri pendant vingt et un jours un malade atteint d'ulcère de l'estomac, au moyen de lavements alimentaires administrés trois fois par jour. L'absorption fut toujours complète et le malade n'éprouva jamais la sensation de faim.

Des filaments en spirale de l'asthme.

M. A. Fränkel. — Je viens de terminer une série de recherches sur les filaments en spirale de l'asthme; les résultats qu'elles m'ont fournis me semblent élucider la pathogénie de l'asthme bronchique; ils concordent, du reste, avec les conclusions des auteurs anglais et italiens qui ont étudié l'origine de ces filaments et qui ont admis qu'ils proviennent des cellules épithéliales.

Les préparations microscopiques que je vous présente montrent ces cellules épithéliales étirées en forme de fils : ce sont ces filaments qui en s'entrelaçant donnent naissance aux figures en spirale. La cavité des bronchioles est, en outre, remplie de cellules éosinophiles que l'on rencontre aussi dans le tissu sous-muqueux.

Ehrlich a émis l'hypothèse que ces cellules proviennent de la moelle des os, d'où elles immigrent dans les bronches, sous l'influence de l'action chimiotactique qu'exercent à leur égard les éléments épithéliaux en voie de désintégration. On peut suivre les phases de cette migration sur mes préparations.

Je crois que la formation des spirales est accélérée à la fois par la viscosité du mucus et par le spasme des bronchioles.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 24 mars 1900.

Nodules épithéliaux du cou.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Zuckerkandl** a dit avoir rencontré chez l'homme et chez plusieurs mammifères de petits organes glandulaires de couleur jaunâtre ou rouge foncé, dont le volume varie de celui d'un grain de chènevis à celui d'une cerise; ces glandes sont situées à la surface du corps thyroïde et du thymus ou même dans l'épaisseur de ces organes. Elles ont une structure lobulaire et sont tapissées par une couche de cellules épithéliales disposées irrégulièrement, au-dessous de laquelle on en trouve une seconde constituée par des languettes épithéliales et par du tissu conjonctif circonscrivant des espaces caverneux remplis de sang. D'après l'orateur, ces nodules seraient des vestiges des fentes branchiales et de la fente pharyngienne.

Le nombre et le volume de ces organes épithéliaux sont très variables; ils peuvent même manquer complètement. On les voit parfois subir des métamorphoses régressives et se changer en masses graisseuses; il est donc probable que leur rôle physiologique est très restreint, bien qu'il secrètent une substance colloïde.

De la pression sanguine dans les maladies mentales.

Dans l'avant-dernière séance de la même Société, **M. A. Pilcz** a fait connaître le résultat des recherches qu'il a entreprises, sur la pression sanguine chez les aliénés, au moyen du tonomètre de Gärtner.

Chez les paralytiques généraux au début, la pression est à peu près normale; elle correspond ordinairement aux chiffres les plus faibles que l'on observe chez les individus sains; mais avec les progrès de la maladie, on voit se manifester une diminution considérable de la pression sanguine qui, dans la période terminale, peut ne pas dépasser 50 millimètres de mercure. Pendant les rémissions, la pression redevient normale; au contraire, peu avant la mort, il se produit une chute brusque; d'après M. Pilcz, tant qu'on n'observerait pas ce signe, on n'aurait pas à redouter l'imminence d'une terminaison fatale.

Ces règles peuvent naturellement être mises en défaut par la coexistence d'une autre affection, telle que le mal de Bright, qui a pour effet d'augmenter la pression artérielle.

Dans les états mélancoliques, la pression s'est toujours montrée exagérée, tandis que l'orateur l'a constamment trouvé diminuée dans les états maniaques. Quant à la folie circulaire, elle n'offre rien de particulier, les phases d'excitation se comportant comme des accès maniaques et les phases de dépression comme des accès mélancoliques.

Dans l'hébéphrénie, contrairement à ce que l'on pourrait supposer, la pression se montre habituellement normale; elle diminue cependant pendant les phases d'excitation.

M. Pilcz a aussi voulu vérifier les résultats que M. Féré a obtenus par l'étude de la pression sanguine chez les épileptiques; il a constaté, comme cet auteur, une élévation considérable de la pression au moment de l'accès; par contre, il a toujours vu la pression redevenir normale deux minutes en moyenne après la fin des attaques.

Enfin, de nombreuses recherches effectuées sur des individus endormis ont montré à l'orateur que, durant le sommeil, la pression diminue d'une façon sensible, et peut être de 30 à 35 millimètres plus faible qu'à l'état de veille.

M. Federn fait remarquer que la pression sanguine s'abaisse peu de temps avant la mort dans un assez grand nombre de maladies, ce qui est dû à une diminution de l'excitabilité des centres vasomoteurs. D'après l'orateur, l'élévation de la pression sanguine est souvent la cause des états mélancoliques et des paroxysmes anxieux; c'est surtout dans les psychopathies accompagnées d'une augmentation de pression que l'opium agit favorablement.

M. von Wagner estime que l'élévation de la pression sanguine est la conséquence, et non la cause, des modifications de l'humeur.

M. von Basch croit qu'il s'agit, en réalité, d'un cercle vicieux, puisque, à son tour, l'élévation de la pression provoque des sensations désagréables.

Dr SCHNIRER.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'ulcère de jambe par des produits de sécrétion du bacille pyocyanique.

Si l'ulcère variqueux n'est nullement d'origine microbienne, il n'en est pas moins établi que les infections secondaires contribuent pour une large part à le rendre chronique, à l'éterniser. Comme, parmi les agents de ces infections, un des plus importants est le bacille pyocyanique, M. le docteur I. Bukovsky, chef de clinique de M. le docteur Janovsky, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté tchèque de médecine de Prague, a eu l'idée de traiter l'ulcère de jambe par l'application de produits de sécrétion de ce microbe.

A cet effet, notre confrère a employé des cultures en milieu liquide où les bacilles pyocyaniques surnagent, comme on le sait, sous forme de pellicules. Le liquide lui-même devient alcalin, trouble, et plus ou moins coloré en bleu ou en vert. On le décante, et, après l'avoir stérilisé plusieurs fois à une température modérée, on s'en sert pour imbiber des compresses d'ouate ou de tarlatane aseptiques, dont on recouvre la perte de substance et qu'on maintient au moyen d'une bande. Ce pansement est appliqué deux ou trois fois par jour. Le malade garde le lit (le membre atteint étant maintenu dans une position légèrement élevée), et tous les matins il prend un bain tiède.

Quoi qu'il en soit des conceptions théoriques sur lesquelles est basé ce procédé de bactériothérapie locale, M. Bukovsky dit avoir obtenu la guérison de l'ulcère de jambe dans 100 cas où il a eu l'occasion d'employer la méthode en question. Chez tous les malades, les plaies se sont détergées au bout de vingt-quatre heures, ou un peu plus tard lorsqu'il s'agissait de lésions invétérées. La sécrétion a rapidement diminué, et l'ulcère n'a pas tardé à se recouvrir de bourgeons charnus de bonne nature, puis à se cicatriser.

Les applications de toxine pyocyanique n'ont jamais provoqué de douleurs au niveau de la plaie ni d'irritation cutanée à son pourtour, et elles n'ont pas non plus exercé d'action défavorable sur les éléments cellulaires des bourgeons charnus, à l'encontre de ce qui se produit lorsqu'on fait usage des substances antiseptiques.

Le cacodylate de soude en lavements contre la chorée de Sydenham.

Le cacodylate de soude n'a été employé jusqu'ici que dans le traitement de la tuberculose, de la leucémie et de la maladie de Basedow. Or, M. le docteur Garand, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, et M. R. Belbèze, son interne, viennent d'utiliser avec succès cette médication chez 3 fillettes atteintes de chorée de Sydenham de moyenne intensité.

Ces petites malades, âgées de huit, de douze et de quatorze ans, reçurent durant deux périodes de quinze jours chacune des injections rectales avec 5 c.c. d'une solution de cacodylate de soude à 0.25 %, à la dose quotidienne d'une injection pendant les premiers cinq jours, de deux les cinq jours suivants, enfin de trois pendant les cinq derniers. La première période d'injections fut séparée de la seconde par un repos de cinq jours. La guérison ne tarda pas à survenir.

Le médicament a toujours été parfaitement toléré, ce qui prouve à nouveau qu'on peut, sans inconvénients, administrer le cacodylate de soude par le tube digestif, comme le soutenait récemment M. le professeur Grasset (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 90).

Traitement des chancres phagédéniques par l'acide picrique.

M. E. Hawthorn, interne de M. le docteur Michel, chirurgien des hôpitaux de Marseille, a eu l'idée d'utiliser les propriétés kératoplastiques bien connues de l'acide picrique pour combattre le phagédénisme des plaies chancreuses. Les effets de ce traitement ont été si encourageants, dès les premiers essais, que M. Hawthorn a commencé à l'appliquer systématiquement à tous les chancres phagédéniques, mous ou indurés, qui se présentaient dans le service. Le nombre des cas traités de la sorte est actuellement de douze, et dans toutes les observations le résultat a été favorable.

Le procédé préconisé par M. Hawthorn consiste à déterger d'abord la plaie et à en badigeonner la surface avec un tampon imbibé de phénol camphré, puis à appliquer un pansement humide à l'acide picrique en solution saturée. On doit éviter autant que possible le contact du médicament avec la peau saine de la verge, car l'acide picrique provoque fréquemment, sur les téguments normaux, des éruptions eczémateuses ou érythémateuses.

Au bout de quatre ou cinq jours de ce traitement la plaie se détergerait, la cicatrisation commencerait, et la guérison serait obtenue en l'espace d'un mois au plus.

Les applications de caoutchouc contre les brûlures au second degré.

M. le docteur E. Wein (de Budapest) traite avec succès les brûlures au second degré par un procédé qui consiste à évacuer la transsudation séreuse du début, tout en permettant de conserver le dépôt fibrineux qui se produit plus tard et qui hâte beaucoup l'épidermisation.

Après avoir lavé et désinfecté la région brûlée, notre confrère badigeonne les parties encore recouvertes de leur épiderme avec de la teinture de benjoin additionnée de 1 % de sublimé; il pratique ensuite l'excision de toutes les phlyctènes, nettoie à fond les surfaces ainsi dénudées, les lave avec une solution de sublimé à 0.5 ‰, puis les recouvre de bandelettes de caoutchouc taillées dans une feuille très mince; enfin, il applique par-dessus le tout un pansement aseptique sec.

Lorsque, au bout de cinq ou six jours, on enlève le pansement, on trouve les brûlures recouvertes d'une fine membrane fibrineuse qui se détache facilement et sous laquelle l'épidermisation s'est déjà effectuée sans trace de tissu cicatriciel.

Le salicylate de soude en gargarismes contre les amygdalites aiguës.

D'après un médecin militaire russe, M. le docteur N. Chevelev, on obtiendrait des effets favorables, dans les angines catarrhales ou lacunaires aiguës, ainsi que dans l'amygdalite parenchymateuse aiguë, par l'emploi d'un gargarisme ainsi formulé :

Salicylate de soude...........	30 grammes.
Hydrolat de menthe poivrée..	180 —

Notre confrère a eu l'occasion d'employer ce traitement local, à l'exclusion de toute autre médication, chez une cinquantaine de malades. Dans tous les cas, les douleurs au niveau de la gorge se sont rapidement amendées; la fièvre, qui parfois était intense, a diminué progressivement et la durée moyenne de l'affection n'a pas dépassé quatre jours. Jamais il ne s'est produit d'abcès péri-amygdalien.

REVUE GÉNÉRALE

Les récentes acquisitions sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement de la fièvre jaune

La nouvelle phase dans laquelle est entrée l'étude de l'étiologie et de la prophylaxie de la fièvre jaune a débuté il y a un peu plus de deux ans, c'est-à-dire à l'époque où parurent mes premiers travaux sur la question (1).

Il est bon de rappeler qu'avant cette date nous ne possédions sur la fièvre jaune que des notions tellement incomplètes et confuses, sauf en ce qui concerne la symptomatologie et l'anatomie pathologique, que cette affection pouvait encore être considérée comme presque inconnue.

Les cryptocoques de Freire, les tétragènes de Finlay et Delgado, les bacilles de Gibier et de Carmona, signalés successivement au Brésil, à Cuba et au Mexique, représentaient seulement des tentatives infructueuses, exécutées sans méthode et sans orientation.

La publication de mes premières recherches, bien que favorablement accueillie presque partout, ne put néanmoins échapper à la critique. C'est ainsi que, sans tenir compte des circonstances tout à fait particulières dans lesquelles je dus commencer et poursuivre mes travaux, on me reprocha de n'avoir pas isolé le bacille ictéroïde dans tous les cas de fièvre jaune que j'avais examinés; on m'objecta que la stéatose du foie, que je considère comme la lésion anatomique caractéristique de l'infection à bacille ictéroïde, pouvait être produite aussi par d'autres microbes; enfin, on prétendit que l'isolement de mon bacille ictéroïde était inexplicable, puisque les précédentes recherches bactériologiques ne l'avaient jamais mis en évidence. Cette dernière objection fut formulée par M. Sternberg (2) qui, ayant étudié l'étiologie de la fièvre jaune de 1880 à 1889 avec une technique très imparfaite, n'obtint que des résultats négatifs. Il crut tout d'abord pouvoir identifier mon bacille ictéroïde avec une des nombreuses formes qu'il avait isolées; mais j'ai le plaisir de constater que, après une courtoise polémique, il a reconnu son erreur avec la plus grande loyauté.

Ce que je désire examiner ici, c'est le chemin parcouru depuis 1897, et spécialement le point de savoir si les travaux parus depuis cette époque, sur l'étiologie et la pathogénie de la fièvre jaune, ont confirmé ou infirmé les résultats de mes propres recherches.

Pour établir la spécificité du bacille ictéroïde, il fallait tout d'abord en démontrer la présence dans les cas de fièvre jaune, avant et après la mort. Or, depuis mes travaux, ce microbe a été isolé sans difficulté, successivement par MM. Mendonça (3) et Ramos (4) au Brésil, par MM. Mesa, Gutierrez et Prieto (5) au Mexique, par MM. Pothier (6), P.-E. et J.-J. Archinard et R. S. Woodson (7), Hamilton Jones (8) à la Nouvelle-Orléans, par M. Agramonte (9) à Cuba, par M. Mendez (1) dans la République Argentine, par MM. Wasdin et Geddings (2) dans la Louisiane, le Mississipi et à la Havane, et enfin par M. Gauthier (3) dans un cas de fièvre jaune chez un homme venu du Brésil à Marseille à bord du paquebot *Provence*. Après ces différentes constatations, on est forcé de reconnaître que le bacille ictéroïde a été retrouvé dans tous les pays où règne la fièvre jaune et dans ceux où cette maladie s'est développée accidentellement.

I

Il est bien établi qu'un microbe ne peut être considéré comme agent spécifique d'une maladie que s'il répond à certaines lois énoncées par Koch. Ces lois sont les suivantes : 1° le microbe doit toujours se trouver, soit avant, soit après la mort, dans le sang ou dans les tissus des individus atteints; 2° il doit être isolé en culture pure; 3° son inoculation aux animaux doit reproduire les symptômes et les lésions de la maladie.

Voyons si, d'après les dernières recherches, le bacille ictéroïde répond à ces légitimes exigences de la bactériologie.

Lors de mes premiers travaux sur la fièvre jaune, exécutés à Rio-de-la-Plata et au Brésil, je fus obligé de surmonter de nombreuses difficultés, dues aux conditions peu favorables et tout à fait particulières dans lesquelles j'opérais. Disposant d'un simple laboratoire de voyage, forcé de travailler seul et souvent même d'économiser les milieux de culture préparés ailleurs, on s'explique que je n'aie pu isoler le bacille ictéroïde dans tous les cas étudiés.

Je n'éprouve aucune difficulté à reconnaître ces résultats imparfaits de mes premières recherches. M. Löffler, lui aussi, dans ses études de 1884 sur la diphtérie, signala une lacune à peu près analogue, qui fut comblée ensuite par ses nouvelles investigations de 1887, et enfin par les travaux classiques de MM. Roux et Yersin.

Mais, s'il ne m'a été donné d'isoler le bacille ictéroïde que dans 58 % des cas, d'autres auteurs, qui se sont trouvés depuis dans de bien meilleures conditions que moi, ont constaté sa présence d'une façon beaucoup plus régulière. Ainsi, MM. P.-E. et J.-J. Archinard et Woodson (4), durant l'épidémie de 1898 à la Nouvelle-Orléans, l'ont isolé dans 80 % des cas, M. Geddings (5), à la Louisiane et à la Havane, l'a trouvé dans la proportion de 79.93 %, M. H.-B. Horlbeck (6) de 70 %, et enfin la commission des bactériologistes de la marine, chargée par le président des Etats-Unis d'étudier la fièvre jaune à la Louisiane, au Mississipi et à Cuba, après deux ans environ de recherches effectuées dans les localités les plus frappées, a réussi à isoler mon bacille ictéroïde *dans tous les cas* (7), tandis qu'elle n'a jamais pu constater sa présence chez 31 malades atteints d'affections autres que la fièvre jaune, et qui furent examinés à la même époque à la Havane.

Après ces résultats d'une évidence incontestable, nous pouvons donc conclure : *1° que le bacille ictéroïde a été trouvé, et isolé en culture pure, seulement dans les cas de fièvre jaune, ante ou post mortem, dans toutes les localités où règne cette maladie; 2° que son isolement est pratiquement possible dans tous les cas.*

Ces conclusions répondent pleinement aux deux premiers postulats établis par M. Koch.

Examinons maintenant les résultats des expériences sur les animaux.

La contribution expérimentale apportée dans ces deux dernières années, par différents auteurs, à l'étude de la fièvre jaune est assez importante.

On peut affirmer que pour cette maladie, pas plus d'ailleurs que pour la fièvre typhoïde, le choléra, les infections à pneumocoques, à streptocoques, etc., il n'existe de lésion vraiment pathognomonique.

Les lésions catarrhales de la muqueuse gastro-intestinale, les érosions de la muqueuse gastrique, l'hyperémie des méninges et de certains parenchymes, les manifestations hémorrhagiques, la néphrite, etc., présentent, il est vrai, une importance toute particulière dans la fièvre jaune, mais peuvent se retrouver aussi dans d'autres affections comme lésions primitives ou secondaires.

Même la stéatose du foie, qui est pourtant si remarquable, ne saurait être considérée comme spécifique du vomito negro, car on peut la constater d'une façon plus ou moins manifeste dans d'autres états morbides (empoisonnement par le phosphore, par les champignons, etc.).

Malgré tout, les lésions de la fièvre jaune constituent dans leur ensemble, comme le dit M. Jaccoud, un critérium anatomique plus net et mieux défini que celui de la majeure partie des maladies infectieuses.

Ce critérium ne peut être établi d'après les expériences pratiquées sur un seul animal, mais il faut le déduire de l'expérimentation comparée. Ce qu'on ne réussit pas à obtenir chez les petits rongeurs, on le produit chez le chien; ce qui manque chez cet animal, on le rencontre chez le singe, et ainsi de suite; nous pouvons passer en revue presque tous les animaux domestiques, et, sur chacun d'eux, le bacille ictéroïde reproduit quelque symptôme morbide ou quelque lésion anatomique qui nous rappellent la fièvre jaune humaine. Mais, en définitive, l'expérimentation sur le chien peut satisfaire à toutes nos exigences. Toute la littérature scientifique actuelle sur la fièvre jaune expérimentale en fait foi.

Chez le chien, en effet, comme chez l'homme, le bacille ictéroïde produit des vomissements, des hématémèses, des hématuries, de l'albuminurie, une gastro-entérite hémorrhagique, de la néphrite, de l'ictère, une stéatose hépatique intense, de l'urémie, et toute une série d'infections secondaires. Il est impossible d'exiger davantage.

Parmi toutes ces lésions, d'ailleurs, une seule peut vraiment être considérée comme très importante, presque comme pathognomonique de la fièvre jaune : c'est la profonde dégénérescence graisseuse du foie.

Je dois d'abord bien établir qu'en parlant de dégénérescence graisseuse, je n'entends pas donner à cette expression une portée générale, puisqu'on sait que dans beaucoup d'autres maladies infectieuses, humaines ou expérimentales, la cellule hépatique peut être frappée d'une stéatose plus ou moins grave. Mais j'entends désigner comme dégénérescence graisseuse, spécifique du bacille ictéroïde, la véritable stéatose du foie, c'est-à-dire un état de dégénérescence qui se produit avec une rapidité et une intensité que l'on n'observe que dans deux états morbides spécifiques : l'empoisonnement par le phosphore et la fièvre jaune.

J'insiste sur ce caractère anatomique, parce que je crois qu'il peut mettre en évidence, mieux qu'aucun autre, l'action de l'agent morbide en question, *qui se distingue essentiellement* par son pouvoir stéatogène énergique sur la cellule hépatique.

J'ai dit que cet important phénomène se rencontre d'une façon très nette et très régulière

(1) Sanarelli. Etiologie et pathogénie de la fièvre jaune. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin, sept. et oct. 1897.) — Le bacille de la fièvre jaune. (*Semaine Médicale*, 1897, p. 253.)

(2) G. M. Sternberg. The bacillus icteroides (Sanarelli) and bacillus x (Sternberg). (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 13 mai 1899.)

(3) A. Mendonça. Pesquiza do bacillo icteroide em S. Carlos do Pinhal. (*Rev. med. de S. Paulo*, juin 1898.)

(4) Ramos. Verificaçao dos trabalhos do Prof. Sanarelli sobre a etiologia, pathogenia e tratamento da febre amarella. (*Brazil med.*, 1er août 1898.)

(5) J. Mesa, Gutierrez et L. Prieto. La fiebre amarilla en Monterrey en el año de 1898. (*Bol. del Consejo superior de salubridad de México*, avril 1899.)

(6) Pothier. Summary of pathologic and bacteriologic work done at the isolation hospital, New Orleans, Louisiana. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 16 avril 1898.)

(7) P.-E. Archinard, R. S. Woodson et J.-J. Archinard. Bacteriological study in the ætiology of yellow fever. (*New York Med. Journ.*, 28 janv. 1899.)

(8) Hamilton Jones. Report as resident physician of the isolation hospital (yellow fever). (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 26 fév. 1898.)

(9) A. Agramonte. Rapport officiel cité par Sternberg in *Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 13 mai 1899, p. 656-662.

(1) Mendez. (*Semana Médica* de Buenos-Ayres, 1899.)

(2) Wasdin et Geddings. Report of commission of medical officers to investigate the cause of yellow fever. Washington, 1899.

(3) Gauthier. Recherches bactériologiques sur un cas de fièvre jaune, exécutées au lazaret du Frioul. (*Rev. d'hyg.*, oct. 1898.)

(4) P.-E. Archinard, Woodson et J.-J. Archinard. (*Loc. cit.*)

(5) Wasdin et Geddings. (*Public Health Reports*, 11 novembre 1898.)

(6) H.-B. Horlbeck Etiology of yellow fever. (*Med. Record*, 15 oct. 1898, p. 564.)

(7) Wasdin et Geddings. Report of commission of medical officers on the cause of yellow fever. 1899.

chez le chien, mais MM. Foà (1), Della Rovere (2), Belfanti et Zenoni (3), Bruschettini (4), Wasdin et Geddings (5), et Cesaris-Demel (6) l'ont très bien observé chez les lapins, chez les cobayes et les souris; je l'ai retrouvé aussi chez le singe (7); enfin, M. Bruschettini l'a signalé chez les pigeons et les tortues. D'autre part, cette stéatose a été observée chez les chiens par tous les auteurs qui ont étudié jusqu'ici l'action pathogène du bacille ictéroïde, c'est-à-dire par tous ceux que j'ai cités plus haut.

Ni moi, ni aucun des bactériologistes qui ont répété et confirmé ces expériences, n'avons jamais rien vu d'analogue chez les animaux morts de toute autre infection microbienne. Ceci démontre que la stéatose, *la véritable stéatose* qui transforme le foie en un amas compact de substance grasse, est particulière aux infections par le bacille ictéroïde.

Mes préparateurs et moi avons fait de nombreuses expériences en ce sens — les chiens morts dans notre laboratoire s'élèvent à plusieurs centaines — car nous avons voulu doser la substance grasse du foie, afin d'en comparer la proportion avec celle qu'on obtient chez les animaux morts d'autres maladies expérimentales.

Parmi les différents microbes étudiés, c'est le bacille ictéroïde qui produit le plus rapidement la quantité la plus considérable de matière grasse, comme il résulte du tableau suivant :

QUANTITÉ DE SUBSTANCE GRASSE CONTENUE DANS LE FOIE.
(Résultats moyens de plusieurs analyses).

		0/0 du résidu sec.
Chiens non inoculés (témoins)		6 gr. 54
— morts après infection par le	v. cholérique.	9 — 44
— —	colibacille	10 — 60
— —	b. pyocyanique.	11 — 22
— —	b. diphtérique.	14 — 65
— —	b. ictéroïde	22 — 69

Dans un cas, la substance grasse contenue dans le foie d'un chien mort d'infection amarile représentait 78.4 % du résidu sec, c'est-à-dire beaucoup plus que n'avaient signalé jusqu'ici les différents auteurs dans les foies gras humains.

Que cette stéatose du foie produite expérimentalement par le bacille ictéroïde soit complètement identique à celle, si caractéristique, qu'on observe chez les sujets morts de fièvre jaune, c'est clairement affirmé par tous les médecins qui ont pratiqué des autopsies de cette affection, comme de Lacerda (8), Ramos (9), Fajardo (10), Couto (11), Mendonça (12), Wasdin et Geddings (13), etc., qui ont fait de nombreuses recherches, surtout sur le chien, et qui ont toujours été frappés de l'identité absolue qui existe entre la stéatose hépatique de la fièvre jaune de l'homme, et celle qu'on reproduit chez les animaux par les cultures du microbe ictéroïde.

(1) P. Foà. Sul bacillo itterode (Sanarelli). (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, janv.-fév. 1898.)

(2) D. Della Rovere. Sul bacillo icteroide (Sanarelli); nota preventiva. (*Riforma med.*, 13 juillet 1898.)

(3) S. Belfanti et C. Zenoni. Sulle proprietà tossiche del bacillo Sanarelli. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, mai-juin-juillet 1898.)

(4) Bruschettini. Contributo allo studio della febbre gialla sperimentale. (*Gazz. degli Osped.*, 28 mai 1899.) — Beitrag zum Studium des experimentellen Gelbfiebers. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 23 déc. 1899.)

(5) Wasdin et Geddings. (*Loc. cit.*)

(6) A. Cesaris-Demel. Sulle lesioni del sistema nervoso centrale prodotte dal bacillo icterode. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, mars 1898.)

(7) Sanarelli. (*Loc. cit.*)

(8) J. B. de Lacerda et A. Ramos. Le bacille ictéroïde et sa toxine (expériences de contrôle). (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mai 1899.)

(9) Ramos. (*Loc. cit.*)

(10) Fajardo. (*Ann. da Acad. de med. do Rio de Janeiro*, séance du 22 juillet 1897.)

(11) Couto. (*Ann. da Acad. de med. do Rio de Janeiro*, séance du 22 juillet 1897.)

(12) Mendonça. (*Loc. cit.*)

(13) Wasdin et Geddings. (*Loc. cit.*)

De ce que nous venons de dire, il résulte donc — troisième conclusion — *que le bacille ictéroïde reproduit chez les animaux tous les symptômes et toutes les lésions anatomiques que l'on considère comme le plus nettement caractéristiques de la fièvre jaune humaine.*

II

Si nous devions nous contenter des règles établies par M. Koch, nous aurions achevé notre tâche, et cette courte revue serait suffisante pour démontrer que le bacille ictéroïde peut être légitimement considéré comme agent spécifique de la fièvre jaune.

Mais, dans les conditions actuelles de la microbiologie, il est possible d'exiger quelques autres garanties dont la valeur spécifique a été mise en évidence en ces dernières années.

En effet, nous savons actuellement : 1° que l'inoculation des produits chimiques sécrétés par un microbe pathogène doit reproduire les symptômes et les effets (mais non pas nécessairement les lésions) de la maladie ; 2° que le sérum sanguin des sujets infectés doit produire, pendant la maladie, la convalescence et après la guérison, la séroréaction spécifique sur le microbe pathogène.

Ces nouveaux éléments, qui concourent si efficacement à établir l'importance étiologique d'un microbe, avaient été déjà bien mis en évidence dès mes premières recherches; mais, dernièrement, ils ont reçu d'importantes confirmations de la part de nombreux savants.

Les études les plus remarquables, en ce qui touche à l'action de la toxine du bacille ictéroïde sur l'organisme animal, sont celles de de Lacerda et Ramos et de Belfanti et Zenoni.

Elles ont démontré que la toxine du bacille ictéroïde n'a pas une action localisée, mais qu'elle agit rapidement, comme certains poisons végétaux, sur le protoplasma cellulaire du foie, du cœur et des reins; elle en transforme bientôt les albumines en graisse, et rend la fibrine du sang incoagulable.

L'action élective de cette toxine sur le système nerveux sympathique est la cause principale des vomissements, de la diarrhée, des hématémèses, de l'hématurie et des entérorrhagies que l'on observe, d'une façon régulière, chez les chiens auxquels on l'injecte.

Les effets sur le foie sont vraiment remarquables. « S'il y a quelque chose d'extraordinaire, écrit M. de Lacerda, l'auteur bien connu des études sur le venin des serpents c'est la rapidité avec laquelle se manifeste la stéatose hépatique même quarante-huit heures après l'injection de la toxine dans les veines. »

« Nous ne connaissons, ajoute-t-il, aucun poison stéatogène qui soit doué d'une action aussi rapide que celui de la fièvre jaune : ni l'arsenic, ni le phosphore n'agissent avec une égale rapidité pour produire la stéatose du foie et des autres viscères. »

L'analogie entre l'intoxication expérimentale par la toxine du bacille ictéroïde et la fièvre jaune humaine est donc complète.

De Lacerda compare les effets physiologiques de la toxine amarile à ceux qui sont produits par le venin des ophidiens du genre *Crotalus*. Les seuls points de divergence consistent en ce que la toxine amarile est pyrétogène et stéatogène, tandis que le venin du crotale ne l'est pas; à tous les autres points de vue, l'identité des symptômes et des lésions est complète entre ces deux empoisonnements, car le venin du crotale produit, lui aussi, des vomissements bilieux et sanguins, des entérorrhagies, des hématuries, des troubles cardiaques avec abaissement de la tension artérielle, des hémorrhagies, de l'albuminurie et de l'anurie.

Belfanti et Zenoni disent que le symptôme le plus caractéristique, le plus constant et le plus précoce qu'on observe, après injection d'une petite quantité de culture filtrée du bacille ictéroïde dans les veines de l'oreille, est le vomissement, qui se manifeste avec une telle violence qu'il donne au bacille ictéroïde la valeur d'un puissant vomitif, comparable aux composés stibiés ou à l'apomorphine.

La plus petite dose de toxine qui ait occasionné la mort, d'après ces derniers auteurs, a été de 3 à 5 c.c., quantité assez faible relativement à la taille des animaux (chiens) qui succombaient en cinq heures environ; mais M. Foà (1) a réussi à tuer des chiens en six heures avec un seul centimètre cube de culture en bouillon, stérilisée par le chloroforme.

MM. Belfanti et Zenoni ont expérimenté aussi une toxine amarile sèche, obtenue en précipitant le liquide filtré par le sulfate d'ammoniaque; c'est une poudre jaunâtre, soluble dans l'eau et douée des propriétés spécifiques du bacille ictéroïde.

La toxine que ce bacille produit dans l'organisme des animaux est identique à celle qui se forme dans les cultures. En effet, ces derniers auteurs ayant recueilli 5 c.c. du sang d'un lapin qui venait de périr, et ayant ensuite injecté ce sang dans l'oreille d'un chien, virent se manifester chez ce dernier tous les phénomènes de l'intoxication amarile. Cette intoxication, d'après MM. Belfanti et Zenoni, est si caractéristique et si frappante qu'on doit la considérer comme une preuve décisive de l'existence du poison de la fièvre jaune.

M. Foà et M. Cesaris-Demel ont aussi obtenu les mêmes résultats. Ce dernier auteur a de plus soigneusement étudié par la méthode de Nissl les lésions histologiques produites par l'intoxication amarile dans les centres nerveux des chiens, des lapins et des cobayes, et il a toujours constaté des altérations typiques dans les cellules pyramidales de la substance grise et dans celles de Purkinje. Dans la protubérance et dans la moelle allongée, toutes les cellules pyramidales présenteraient, en outre, la *chromatolyse périphérique* de Marinesco.

Tels sont les résultats des dernières études sur la toxine du bacille ictéroïde. Ils apparaissent si uniformes et si décisifs, l'analogie est si complète entre l'intoxication et l'infection expérimentales par le bacille ictéroïde chez les animaux, de même qu'entre cette dernière et la fièvre jaune humaine spontanée, ou avec les réactions que j'ai obtenues expérimentalement chez l'homme dès 1897 au moyen d'injections de petites doses de cultures filtrées, que nous pouvons désormais considérer comme démontré le nouveau postulat que nous nous étions proposé.

Ainsi donc, et ce sera ma quatrième conclusion, *l'injection des produits chimiques élaborés in vitro par le bacille ictéroïde reproduit chez les animaux et chez l'homme tous les symptômes typiques de la fièvre jaune.*

III

Ceci dit, j'arrive à la question du *sérodiagnostic* de la fièvre jaune.

On se rappelle sans doute que, dès 1897, j'ai signalé (2) le pouvoir agglutinant, à l'égard des cultures en bouillon du bacille ictéroïde, du sérum sanguin pris sur des convalescents de fièvre jaune, ou sur les cadavres d'individus ayant succombé à cette infection. Cette action agglutinante spécifique a été, depuis lors, utilisée par M. Mendonça et M. Horlbeck, pour le diagnostic rapide du bacille ictéroïde, sitôt après son isolement. Mais cet isolement présente encore, même aujourd'hui, d'assez grandes difficultés; il est donc préférable d'appliquer au diagnostic précoce de la fièvre jaune la méthode de la séroréaction de Widal.

Cette méthode a été employée avec un succès remarquable par MM. Pothier (3), P. et J. Ar-

(1) P. Foà. Ulteriori osservazioni sul bacillo itterode. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, mars 1898.)

(2) Sanarelli. Etiologie et pathogénie de la fièvre jaune. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin, sept. et oct. 1897.)

(3) Pothier. (*Loc. cit.*)

chinard et Woodson (1), pendant les dernières épidémies de la Nouvelle-Orléans.

Les recherches de ces derniers auteurs sont si complètes et si décisives que le sérodiagnostic de la fièvre jaune se pratique actuellement dans les localités infectées, avec la même facilité et la même sûreté que le sérodiagnostic de la fièvre typhoïde.

D'après MM. P. et J. Archinard et Woodson, le sérodiagnostic peut se faire avec du sang frais ou avec du sang desséché (méthode de Wyatt Johnston).

Dans une première série de recherches effectuées en 1897 sur 100 malades, les résultats furent décisifs. L'essai du sérum était fait dans la proportion de 1 : 40, à la fois sur des cultures de bacilles ictéroïdes et sur des cultures de bacilles d'Eberth. Lorsqu'il s'agissait réellement de la fièvre jaune, le sérum restait sans action sur la culture typhique; cette dernière s'agglutinait seulement dans les cas où l'on pouvait vérifier dans l'histoire des malades une ancienne dothiénentérie.

Chez plusieurs patients soupçonnés d'abord de paludisme ou de fièvre typhoïde, le sérodiagnostic positif avec le bacille ictéroïde démontra qu'il s'agissait au contraire de fièvre jaune, ce qui fut confirmé ensuite par l'évolution de la maladie.

Inversement, il arriva que, pour certains cas considérés par les médecins comme suspects de fièvre jaune, et envoyés comme tels au lazaret, le sérodiagnostic permit de reconnaître qu'il s'agissait de fièvre typhoïde, ainsi qu'il fut démontré par la suite.

Dans une seconde série de recherches pratiquées en 1898 par les mêmes auteurs (en collaboration avec MM. Veazie, Hamilton Jones, Lerche, Callan et Bloom, de la Nouvelle-Orléans), l'isolement du bacille ictéroïde, et la valeur du sérodiagnostic furent étudiés sur un plus grand nombre de malades.

On obtint l'agglutination spécifique dans 93 % des cas examinés et cliniquement diagnostiqués fièvre jaune. Cette agglutination fut très nette dès le second jour de la maladie, c'est-à-dire à la première période, alors que parfois les symptômes de l'affection peuvent être confondus avec ceux du paludisme, de la fièvre typhoïde, de la dengue, etc.

Comme expériences de contrôle, on tenta aussi la séroréaction avec le sang de 20 sujets affectés de paludisme : dans 17 cas où le diagnostic avait été établi sur la présence de l'hématozoaire dans le sang, le résultat fut négatif; dans les 3 cas où se produisit l'agglutination, la recherche de l'hématozoaire fut négative, et les malades présentèrent des symptômes douteux de fièvre jaune.

Sur 35 cas de fièvre typhoïde, où le sérodiagnostic fut pratiqué simultanément avec le bacille ictéroïde et avec le bacille typhique, 25 donnèrent des résultats négatifs avec le bacille ictéroïde et positifs avec le bacille d'Eberth; dans 6 cas on eut la réaction avec les deux bacilles, mais il s'agissait de sujets qui avaient eu la fièvre jaune en 1878.

La séroréaction fut aussi recherchée dans 34 cas de maladies diverses (scarlatine, tuberculose, diarrhée aiguë, alcoolisme, dysenterie chronique, rougeole, syphilis, diphtérie, cancer, lèpre, ictère aigu catarrhal, ictère chronique, néphrite, pneumonie, cirrhose hépatique), mais sans résultats; il en fut de même avec le sang de 20 sujets sains qui n'avaient jamais eu la fièvre jaune, et de 12 malades atteints de dengue.

En résumé, sur 90 cas où le sang fut pris chez des individus sains ou atteints de maladies autres que la fièvre jaune et n'ayant jamais eu cette dernière affection, il y eut seulement 3 résultats positifs; mais ces trois faits se rapportent à des sujets qui avaient probablement eu antérieurement le vomito negro.

(1) P. Archinard, Woodson et J. Archinard. The serum-diagnosis of yellow fever. (*New Orleans Med. and Surg. Journ.*, fév. 1898.)

Enfin, l'examen du sang dans une autre série de 20 sujets guéris de la fièvre jaune depuis un laps de temps variant entre quelques semaines et vingt ans (épidémie de 1878) donna encore des résultats positifs 18 fois sur 20. Mais aucun des sujets qui avaient été frappés de la fièvre jaune, lors des épidémies de 1863, de 1867 et de 1869, c'est-à-dire depuis plus de vingt ans, ne présenta la séroréaction.

La concordance des nombreux résultats que nous venons d'exposer est telle, que la valeur de la méthode n'est plus discutable; elle rendra des services surtout au début des épidémies, pour reconnaître les premiers cas douteux.

IV

Je ne puis terminer cette revue d'ensemble sans dire quelques mots touchant le traitement de la fièvre jaune, en particulier la sérothérapie qui, comme tous les essais du même genre, a eu ses adversaires et ses partisans. Puisqu'il s'agit d'une maladie rebelle à toute médication, et dont la mortalité est très élevée, il semble étrange qu'une méthode thérapeutique, fondée sur des données expérimentales d'une valeur incontestable, se généralise aussi lentement dans les pays à fièvre jaune.

En effet, les propriétés préventives, curatives et antitoxiques du sérum de chevaux vaccinés contre le bacille ictéroïde résultent de mes premières expériences (1) et de celles de MM. Foà (2), Bruschettini (3), Doty (4) et Fitzpatrick (5); ces propriétés sont suffisamment démontrées pour qu'on puisse conseiller l'application la plus large de la méthode dans tous les cas de fièvre jaune. Mais le succès de la sérothérapie exige une condition essentielle, c'est son intervention précoce.

Les injections de sérum, pratiquées lorsque la toxine amarile a déjà produit des altérations irrémédiables dans les reins, dans le foie et dans le système nerveux, ne peuvent en effet laisser de grandes chances de guérison; car il n'existe, et il n'existera jamais, aucun sérum capable de guérir l'anurie produite par une violente néphrite toxique, ni de reconstituer des cellules nerveuses frappées à mort par l'empoisonnement général, ni d'arrêter les infections secondaires qui envahissent si souvent le tissu hépatique, réduit à l'impuissance par son état de profonde dégénérescence.

Le sérum antiamaril doit donc être injecté le plus tôt possible, aussitôt le diagnostic établi. A cette seule condition, j'ai obtenu quelques succès dans mes premières expériences pratiquées au Brésil en 1898, succès que d'autres, après moi, ont également retrouvés dans plusieurs localités infectées.

Dans les pays à fièvre jaune, certaines circonstances spéciales rendent difficile l'établissement de bonnes statistiques. Le plus souvent, on a peu de sérum, on l'emploie avec une grande parcimonie, on s'en sert presque toujours trop tard, et, au premier insuccès, le médecin se fatigue, perd confiance, et pour éviter des ennuis, revient sans la moindre foi, mais avec une plus grande tranquillité professionnelle, aux vieilles drogues de la pharmacopée.

Ces raisons empêchent la diffusion de toute nouvelle méthode thérapeutique. Néanmoins, au cours de ces deux dernières années, la sérothérapie antiamarile a compté des succès un peu partout. Après ma première série d'observations, dans laquelle la mortalité ne fut que de 27 % pendant une épidémie qui ne donnait pas moins de 55 à 60 décès sur 100 cas, plusieurs autres guérisons ont été successivement enregistrées çà et là. Ainsi, l'année dernière, MM. Peixoto, La Rotonda et de Moraes Martins ont obtenu des résultats favorables, même avec de petites doses de sérum (40 c.c.), à Rio-de-Janeiro et au lazaret de Nichteroy (Brésil); M. E. Wasdin en a observé d'autres à la Louisiane, M. C. Romero à l'hôpital général de San-Salvador (Amérique Centrale), M. P.-E. Archinard à la Nouvelle-Orléans, M. C. Medina au lazaret pour la fièvre jaune de San-Salvador, M. E. Penna à l'hôpital d'isolement de Buenos-Ayres, M. O. Marcour (médecin de la marine des Etats-Unis) à la Havane, etc., etc.

D'autres cas de vomito negro guéris par la sérothérapie me sont aussi signalés de temps en temps de Panama, des Barbades, de Maracaïbo, etc., etc., et, à l'heure actuelle, les paquebots de la Compagnie de navigation générale italienne qui font le service du Brésil ont toujours à bord du sérum antiamaril.

Ces résultats, obtenus dans tous les pays où l'on a eu l'occasion d'appliquer la nouvelle méthode, permettent d'espérer que l'on pourra bientôt remplacer les anciennes médications empiriques et inefficaces par un traitement fondé sur une base scientifique solide, et dont les premiers essais sont déjà fort encourageants.

Dr G. Sanarelli,
Professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Bologne.

(1) Sanarelli. Premières expériences sur l'emploi du sérum curatif et préventif de la fièvre jaune. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai 1898.)

(2) P. Foà. Sul modo in cui agirebbe il siero antiamarillico di Sanarelli. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, avril 1898.)

(3) Bruschettini. (*Loc. cit.*)

(4) Doty. The report of a case treated with yellow fever serum. (*Med. Record*, 26 août 1899.)

(5) Fitzpatrick. Notes on the treatment of yellow fever with the blood-serum of the bacillus icteroides, and its preparation. (*Med. Record*, 1er juillet 1899.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 3 avril 1900.

Sur la mortalité et la désinfection dans les maladies infectieuses.

M. Vallin. — Les insuccès obtenus par M. Grancher dans la prophylaxie de la rougeole au moyen de la désinfection s'expliquent, je crois, en partie parce que dans les grands hôpitaux, comme ceux de Paris, la promiscuité est incessante et inévitable entre l'intérieur et l'extérieur, entre les enfants des pavillons d'isolement et ceux des salles communes.

Parmi la foule de personnes et d'enfants qui circulent chaque jour dans les salles de l'hôpital des Enfants-Malades, il est bien difficile, en effet, qu'il n'y ait pas d'importation nouvelle dans une salle désinfectée la veille.

C'est par l'observation dans les petites garnisons que les médecins de l'armée ont acquis pour la plupart la conviction que les germes morbilleux ne sont pas aussi éphémères et caducs que le disent les praticiens des grandes villes.

D'autre part, quand la rougeole entre dans une caserne, c'est une affection tenace dont on ne peut réussir à se débarrasser : les cas se succèdent indéfiniment pendant trois mois, six mois, une année entière.

Je ne nie pas la fréquence du fait invoqué par M. Grancher, à savoir la transmission indirecte de la rougeole de seconde main, par une tierce personne saine, mais j'y vois une nouvelle preuve que les germes de la maladie conservent leur vitalité un certain temps, surtout quand ils restent à l'abri de la lumière, dans les rainures d'un parquet, les plis d'un vêtement, etc.

En ce qui concerne la pneumonie et la bronchopneumonie, je suis prêt à me rallier à la proposition faite par M. Grancher.

On donnerait, selon moi, satisfaction à tous en adoptant la formule suivante qui permettrait à chaque médecin de juger dans quels cas il devrait intervenir :

« L'Académie est d'avis qu'il y a lieu d'inscrire les pneumonies et les bronchopneumonies infectieuses sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire. »

M. Grancher. — Je ne méconnais pas que les conditions dans lesquelles observent les médecins militaires d'une part, les médecins civils de l'autre, sont différentes; cependant, comme on ne saurait soutenir que la rougeole ne se comporte pas de la même façon à la ca-

serne et à l'hôpital, on est bien forcé de reconnaître que ce ne sont pas les faits observés qui diffèrent, mais plutôt la façon de les interpréter.

J'ai établi, dans la dernière séance, en m'appuyant sur une expérience de dix années, que les cas de rougeole qui se montrent dans une salle d'hôpital deux ou trois mois après la disparition de cette maladie peuvent presque toujours être attribués à une importation du germe morbilleux par le personnel ou les visiteurs. J'ai dit que ces cas ne peuvent pas s'expliquer par une reviviscence du germe morbilleux, parce que les salles dans lesquelles j'observe sont désinfectées plusieurs fois par jour avec un soin méticuleux. C'est pourtant à cette hypothèse de la reviviscence que se sont ralliés la plupart des médecins militaires, mais aucun des faits sur lesquels ils l'ont appuyée ne m'a paru convaincant.

Il est acquis aujourd'hui que le germe morbilleux peut être transmis à plusieurs kilomètres par une personne saine; dans ces conditions, il sera toujours téméraire d'affirmer qu'un soldat qui contracte la rougeole n'a pas pu en recevoir le germe de l'extérieur par cela seul qu'il n'est pas sorti de la caserne.

Du reste, si l'hypothèse de la reviviscence était démontrée exacte, il serait inutile de continuer à désinfecter les individus atteints de rougeole, leur literie, leurs vêtements, etc., et telle n'est pas, je pense, la conclusion à laquelle tendent les observations de M. Vallin.

M. Henrot (de Reims) fait remarquer qu'à Reims on observe tous les cinq ans environ une épidémie de rougeole : pendant les périodes intercalaires, on ne compte annuellement que 3 ou 4 décès dus à cette maladie; certaines années d'épidémie, le chiffre des morts s'est élevé jusqu'à 250.

M. le Président. — Je mets aux voix la proposition de M. Vallin. (Adopté).

Transmission et prophylaxie du paludisme.

M. Laveran lit, à propos des travaux de la mission organisée par l'École de médecine tropicale de Liverpool pour étudier le paludisme dans l'ouest africain, un rapport dont voici le résumé :

Si la théorie de l'infection par les moustiques est en harmonie avec la plupart des faits observés concernant l'étiologie du paludisme, on ne doit pas se dissimuler, cependant, qu'elle n'explique pas tous ces faits et qu'elle est passible de quelques objections.

Le paludisme, en effet, est inconnu dans des régions où pullulent les moustiques et, par contre, il paraît qu'on l'observe dans des localités où il n'existe pas de moustiques.

D'autre part, on n'est pas encore fixé sur la façon dont l'hématozoaire du paludisme est transmis aux *anopheles* et de ces parasites à l'homme.

Si l'on a réussi, dans quelques cas, à infecter des *anopheles* en leur faisant sucer du sang de sujets atteints de fièvre palustre, il faut bien reconnaître que les résultats de ces expériences ont été le plus souvent négatifs.

Les *anopheles* s'infectent peut-être en suçant le sang des animaux, car on a trouvé, notamment chez le singe et chez la chauve-souris, des hématozoaires voisins de celui du paludisme.

Peut-être existe-t-il une forme résistante des germes du paludisme, qui se conserve dans l'eau ou dans le sol des localités palustres et qui provoque, au retour des chaleurs de l'été, l'infection de l'homme ou des *anopheles*.

De nouvelles recherches sont nécessaires pour trancher ces questions.

Quoi qu'il en soit, il est indispensable de faire connaître au public que les larves des moustiques se développent dans l'eau stagnante. On peut, en effet, se débarrasser des moustiques en supprimant les mares qui se trouvent à proximité des maisons.

Dans les pays chauds, les moustiquaires doivent être utilisées pour la sieste aussi bien que pendant la nuit; dans la journée, on peut faire usage des *punkas* qui, en agitant l'air, chassent les moustiques.

Pour se débarrasser des moustiques dans une habitation, il faut commencer par rechercher aux alentours les endroits où se développent les larves; tous les bassins, réservoirs, fossés, mares, baquets, tonneaux, etc., contenant de l'eau stagnante, doivent être vidés et desséchés quand la chose peut se faire.

Lorsque la suppression des eaux stagnantes n'est pas possible, en raison de l'utilité de ces eaux, il faut avoir recours aux substances chimiques capables de détruire les larves des moustiques. L'huile de pétrole est le plus pratique de ces moyens; versée dans une mare d'eau stagnante, elle s'étale en couche très mince à la surface; lorsque les larves viennent respirer, des gouttelettes d'huile s'introduisent dans les trachées et les oblitèrent.

Du goudron frais versé goutte à goutte dans une mare donne aussi de bons résultats; il a l'avantage de s'évaporer moins vite que le pétrole.

Enfin, les habitations dans les pays tropicaux doivent être construites sur des parties élevées, loin des mares à *anopheles* et loin des quartiers indigènes ainsi que des jardins.

M. Castex montre cinq malades atteints de laryngopathies graves (épithélioma, tuberculose, etc.), qui ont été guéris les uns par l'ablation du néoplasme, les autres par des injections d'une solution de chlorure de zinc.

M. A. Darier lit une note dans laquelle il dit avoir obtenu la cessation des douleurs oculaires les plus violentes, par l'application sur l'œil malade (iritis, glaucome, kératite, etc.), de chlorhydrate d'éthylmorphine en poudre.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 mars 1900.

Sur la transformation de la graisse en glycogène dans l'organisme.

MM. Ch. Bouchard et **Desgrez.** — L'un de nous a montré, il y a près de deux ans, que des individus ne recevant d'autres ingesta que les gaz atmosphériques et n'éliminant que les matières de la perspiration cutanée et de l'exhalation pulmonaire peuvent présenter des augmentations de poids atteignant 10, 20 et même 40 grammes dans l'espace d'une heure (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 423). Cette augmentation de poids ne peut être attribuée qu'à une oxydation incomplète de la graisse, telle que sa transformation en glycogène.

Nous venons d'instituer une nouvelle série d'expériences pour démontrer ce fait; dans ce but, nous faisions ingérer des substances grasses en abondance à des chiens préalablement soumis à l'inanition; nous leur administrions ensuite de la phloridzine, de façon à provoquer l'élimination du sucre; ce dernier ne pouvait pas provenir du glycogène, épuisé par l'inanition, mais seulement de l'albumine élaborée, ou, éventuellement, de la graisse transformée. La quantité totale d'azote éliminé nous permettant de calculer la dose d'albumine élaborée, et par suite de sucre qu'elle a produit, la comparaison de cette quantité de sucre avec celle que contiennent les urines et le foie nous amène à la conclusion que la graisse ingérée n'enrichit pas le foie en glycogène.

D'autres expériences, basées sur le dosage direct du sucre dans les organes d'animaux soumis d'abord à l'inanition puis au régime gras exclusif, confirment le fait précédent en ce qui concerne le foie. Mais il n'en va pas de même pour le tissu musculaire, dont la teneur en graisse est notablement augmentée par la diète grasse après inanition.

Nous résumerons de la façon suivante les résultats généraux que nous avons obtenus :

Si l'inanition fait tomber le glycogène d'un kilogramme de foie de 66 gr. 30 à 2 gr. 54, l'alimentation copieuse par la graisse, succédant à l'inanition, abaisse encore le chiffre du glycogène à 1 gr. 67, comme si l'inanition continuait. La graisse n'augmente donc pas le glycogène du foie.

Mais si l'inanition fait tomber le glycogène d'un kilogramme de muscle de 4 gr. 20 à 2 gr. 29, l'alimentation copieuse par la graisse succédant à l'inanition relève le chiffre du glycogène musculaire à 3 gr. 13. La graisse est donc une source de glycogène musculaire.

Il n'est pas contestable que le foie fait du glycogène avec l'albumine et avec certains hydrates de carbone; il ne paraît pas qu'il en fasse avec la graisse neutre.

Le glycogène hépatique livre au sang du sucre dont une partie peut se fixer dans les muscles à l'état de glycogène.

Le glycogène musculaire se transforme en acide lactique ou se brûle; il ne se transforme pas en sucre dans l'économie et ne peut, par conséquent, restituer du glycogène au foie.

En résumé, tandis que le glycogène hépatique provient des hydrates de carbone alimentaires et de la destruction de l'albumine, le glycogène musculaire provient essentiellement de l'oxydation incomplète de la graisse, et accessoirement du sucre sanguin.

Sur l'absorption des iodures par la peau humaine.

M. Gallard. — Des recherches antérieures m'ont prouvé que la peau d'animaux vivants, tels que le lapin, se laisse pénétrer par l'iodure en dissolution dans l'eau (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 165). J'ai voulu démontrer aussi cette absorption pour la peau humaine.

Pendant une période de vingt jours, j'ai plongé, trente minutes chaque jour, mes bras et mes avant-bras dans une cuve contenant 8 litres d'une solution d'iodure de sodium à 5 %. Le dosage de l'iode contenu dans mes urines m'a permis de constater que la quantité de ce corps que j'éliminais augmentait rapidement, et que, de 0 gr. 066 le premier jour, elle atteignait 3 gr. 863 après le vingtième bain. L'élimination s'est prolongée pendant soixante-douze heures après la dernière immersion.

On peut conclure de ces recherches que la peau humaine permet l'absorption de doses relativement considérables d'iodure.

Dosage comparatif de l'alcool dans le sang de la mère et du fœtus et dans le lait après ingestion d'alcool.

M. Nicloux. — D'une série d'expériences — dont j'ai déjà partiellement fait connaître les résultats (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 429) — sur le passage de l'alcool de la mère au fœtus, et sur sa présence dans le lait, je crois pouvoir conclure que l'alcool ingéré passe de la mère au fœtus; il passe aussi dans le lait. Les teneurs en alcool du sang de la mère et du sang du fœtus, du sang de la mère et de son lait, sont, sinon égales, du moins très voisines.

Ces données expérimentales permettent de supposer l'existence d'une forme particulière d'alcoolisme, que, dès aujourd'hui, je propose de dénommer *alcoolisme congénital*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 mars 1900.

Tumeur gazeuse du cou.

M. Guinard. — Je viens d'observer une malade de trente-deux ans qui portait au cou une tumeur hydro-aérique que j'ai pu enlever entièrement, et dont l'examen a été fait par M. Gombault. Cette tumeur, du volume d'une mandarine, siégeait dans le creux sus-claviculaire du côté droit; sonore dans ses deux tiers supérieurs, elle était le siège d'une fluctuation manifeste. Il n'y avait aucune réductibilité partielle et on ne constatait pas de modification par les efforts et la toux. Le début de l'affection, qui remontait à deux ans environ, avait coïncidé avec un effort assez violent, pendant lequel la malade avait ressenti une sorte de craquement.

L'examen histologique de la poche, qui renfermait un liquide comparable à celui de l'hydrocèle, a montré qu'elle était tapissée par une couche épithéliale dépourvue de cils vibratiles.

Je crois qu'il faut ranger ce fait parmi les cas de pneumothorax par effort, étudiés par M. Galliard; il n'en est pas moins difficile d'expliquer pourquoi la résorption de l'air épanché dans le tissu cellulaire ne s'est pas produite.

M. Quénu. — Je ne crois pas que l'air épanché dans le tissu cellulaire puisse ainsi s'enkyster, et il me semble même que cette hypothèse de l'enkystement est assez contraire aux principes de la pathologie générale.

M. Monod. — Il est bien difficile d'admettre l'origine purement accidentelle de la tumeur gazeuse observée par M. Guinard, puisque l'examen histologique a prouvé que sa surface interne était revêtue d'épithélium. Je pense qu'on est plutôt en droit de supposer que la

tumeur gazeuse s'est développée secondairement aux dépens d'une formation congénitale.

M. Berger. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas de tumeur gazeuse du cou, qui paraissait être manifestement d'origine congénitale.

M. Broca. — J'ai vu également un fait dans lequel la nature congénitale était indiscutable.

M. Reclus. — La résorption spontanée s'est produite dans un cas de même nature que j'ai observé.

M. Delbet. — L'absence de cils vibratiles sur la paroi de la poche, dans l'observation de M. Guinard, ne permet pas de rejeter l'hypothèse du développement de cette tumeur à la suite d'une communication congénitale avec les voies aériennes, car, tout d'abord, je dois faire observer que la recherche des cils vibratiles est souvent difficile, et, d'autre part, la poche a pu tirer son origine d'une des parties du larynx dépourvues d'épithélium à cils vibratiles.

M. Guinard. — La tumeur de ma malade ne présentait aucune connexion avec la trachée, et siégeait bien loin d'elle; c'est pourquoi j'ai pensé à une origine purement traumatique.

Péritonite diffuse d'origine appendiculaire traitée par l'ébouillantage.

M. Moty (médecin militaire). — J'ai été appelé d'urgence auprès d'un malade atteint d'accidents péritonitiques d'origine appendiculaire, dont le début remontait à quatre jours. J'ai trouvé l'appendice non perforé, mais il existait une péritonite subaiguë diffuse. Après l'ablation de l'appendice au thermocautère, et après abstersion du pus d'odeur fécale diffusé entre les anses intestinales au voisinage du foyer appendiculaire, j'ai fait un ébouillantage rapide des portions d'intestin les plus distendues et les plus congestionnées. Sous l'action des tampons imprégnés d'eau bouillante, l'intestin reprit, au bout de quinze à vingt secondes, une coloration presque normale; la guérison survint rapidement.

M. Reclus. — J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer les bons effets de l'eau très chaude sur les anses intestinales infectées, notamment dans le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen. Si l'on dépasse 65°, on doit cependant craindre de produire des altérations des tissus.

M. Quénu. — Dans ses opérations de hernie étranglée, Després avait l'habitude de laver avec de l'eau bouillante, ou tout au moins très chaude, l'anse intestinale étranglée, et les résultats que lui donnait cette manière de faire étaient assez satisfaisants.

M. Lucas-Championnière. — Il y a vingt-cinq ans, Lister a déjà insisté longuement sur l'avantage qu'il y a d'employer les solutions antiseptiques à une haute température.

Traitement des fractures.

M. Tuffier. — Au cours de la discussion qui a suivi ma communication (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 428), il n'a été apporté aucun fait qui démontre la possibilité de la réduction parfaite des fractures. Je puis donc en conclure que je ne suis pas le seul à ne pouvoir obtenir qu'une réduction imparfaite dans la plupart des cas.

En ce qui concerne les objections faites par M. Hennequin relativement à la valeur de la radiographie dans l'appréciation de la réduction (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 76), je crois qu'elles sont un peu sévères. J'ai fait sur un cadavre une fracture, et j'ai vérifié le résultat de la radiographie, après réduction maintenue par un appareil plâtré, au moyen de l'examen direct et de la photographie du foyer de fracture, ainsi que par la mensuration précise du déplacement à l'aide du compas d'épaisseur. J'ai pu ainsi m'assurer que les erreurs données par la radiographie ne peuvent dépasser quelques millimètres, lorsqu'on a soin, bien entendu, de se placer dans des conditions régulières.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 mars 1900.

Elimination des doses répétées de bleu de methylène.

M. Achard. — Des recherches que je poursuis depuis quelque temps avec M. Clerc, il résulte que lorsqu'on administre du bleu de méthylène pendant plusieurs jours de suite à la même dose, et que l'on compare l'élimination urinaire de cette substance chez des sujets normaux et chez des malades dont la perméabilité rénale est diminuée, on s'aperçoit qu'au bout de quelques doses, ceux-ci éliminent autant de bleu en vingt-quatre heures que les premiers. Cela tient à l'accumulation de la matière colorante dans l'organisme : à l'origine, la même quantité de bleu circule dans les reins de tous les sujets; mais comme les reins malades en éliminent moins que les reins sains, l'accumulation se fait peu à peu chez les brightiques; par suite, la quantité de bleu qui traverse leurs reins devient plus forte que chez les sujets normaux, et les reins, sans améliorer leur perméabilité et tout en restant purement passifs, en laissent passer plus qu'au début, parce qu'ils en reçoivent en réalité davantage. Mais lorsqu'on cesse de donner du bleu, les difficultés reparaissent : les reins normaux débarrassent promptement l'organisme de la matière colorante, tandis que les reins malades l'éliminent lentement, et si l'on calcule la quantité de bleu excrétée depuis l'ingestion de la dernière dose, on trouve qu'elle est plus forte chez les brightiques que chez les sujets sains, ce qui démontre bien la réalité de l'accumulation.

Ces données sont applicables à l'excrétion des principes normaux de l'urine qui arrivent au rein tous les jours en quantité à peu près semblable. On voit parfois, lorsqu'un des reins cesse de fonctionner, après une néphrectomie, par exemple, l'autre rein éliminer à lui seul presque autant de matériaux que deux reins normaux. On explique généralement ce fait par le développement d'une hypertrophie compensatrice. Sans nier le rôle de ce processus, on doit cependant remarquer qu'il n'est pas indispensable pour que le taux de l'excrétion urinaire se rétablisse, puisque l'accumulation pourrait à elle seule expliquer le résultat constaté. Si l'on ajoute que les éléments normaux de l'urine varient selon l'alimentation, la nutrition générale et l'état de bien d'autres organes que le rein, on doit reconnaître qu'il est impossible d'apprécier le fonctionnement rénal d'après la seule analyse quantitative de l'urine.

Ces recherches montrent aussi que, lorsque le bleu est éliminé en faible quantité dans les vingt-quatre premières heures, on ne peut attribuer cet abaissement du taux d'élimination à une destruction plus forte du bleu par les tissus, car si l'organisme, en pareil cas, était capable de détruire plus activement la matière colorante, l'accumulation de celle-ci n'aurait pas lieu ou serait moindre que chez les sujets éliminant normalement; or, c'est le contraire qu'on observe.

M. Widal. — Il est intéressant de rechercher quelles modifications subit la perméabilité rénale, chez un même sujet, suivant les différentes phases de la maladie, ou sous l'influence du régime et du traitement.

Une cardio-brightique de cinquante-trois ans était entrée dans mon service pour une attaque de dyspnée, avec congestion des deux bases et œdème des membres inférieurs. Les reins étaient imperméables au bleu, tandis que leur perméabilité à l'iodure de potassium n'était diminuée que de moitié. La tension artérielle, tombée à 13, était celle de l'asystolie.

Malgré ces constatations, sous l'influence du repos et du régime lacté, l'état de notre malade s'améliora d'une façon notable et la dyspnée disparut complètement. La perméabilité au bleu restait pourtant tout aussi troublée.

La digitale, administrée pendant trois jours, éleva la pression artérielle à 16 et amena une augmentation du taux urinaire; mais, malgré le bon état général de la malade, la perméabilité au bleu resta, à peu de chose près, ce qu'elle était lors des premiers examens.

Par contre, quelques jours après l'administration de théobromine à la dose quotidienne de 2 gr. 50 centigr., la perméabilité au bleu augmenta dans des proportions remarquables. La matière colorante apparut dans l'urine dès la première heure qui suivit l'injection sous-cutanée. L'élimination fut cependant prolongée pendant cinq jours et elle présenta des intermittences dues, sans doute, à une insuffisance du foie hypertrophié. La perméabilité à l'iodure de potassium était devenue tout à fait normale. La tension artérielle s'était élevée progressivement à 19.

Des rapports de l'épilepsie avec la faim paroxystique

M. Féré relate, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Mathieu, l'observation d'une femme sujette dès son enfance à des migraines accompagnées de troubles de la vue et de vomissements, et qui, depuis deux ans, était prise brusquement de temps à autre d'un besoin subit de manger. Ce besoin, quand il n'était pas immédiatement satisfait, déterminait un état d'anxiété et d'angoisse pouvant aller jusqu'à la syncope. Dans ces derniers temps, ces faims anxieuses étaient devenues beaucoup plus fréquentes et revenaient aussi bien le jour que la nuit. En raison du caractère paroxystique de ces phénomènes et de leur coexistence avec des accidents migraineux, on prescrivit à la malade 4 grammes de bromure de potassium par jour. Sous l'influence de ce traitement, les crises de faim morbide ont complètement disparu, ce qui prouve bien leur étroite parenté avec la névrose épileptique.

Leucémie lymphatique chronique à lymphocytes.

M. Weil communique, au nom de M. Petit et au sien, l'observation d'un homme qui a succombé à une leucémie ganglionnaire chronique. Les divers examens du sang pratiqués pendant la vie démontrèrent que la leucocytose était presque uniquement due aux formes mononucléaires, qui représentaient 99.08 % du chiffre total des leucocytes, les polynucléaires existant seulement dans la proportion de 0.92 %; on ne constatait que 1 ou 2 éosinophiles par préparation.

Parmi les mononucléaires, 88.82 % étaient des lymphocytes opaques constitués par un noyau fortement colorable, nu ou entouré d'un disque protoplasmique presque invisible. Les autres mononucléaires étaient légèrement plus volumineux, à noyau plus clair avec peu de protoplasma.

A l'autopsie, la rate ne pesait que 560 grammes, le foie 2 kilogr. 300 gr.; nulle part on ne constatait macroscopiquement de lymphomes, alors que le microscope en décela dans tous les organes examinés (foie, reins, pancréas, ganglions, etc.). Ces lymphomes étaient constitués uniquement par des lymphocytes.

Cette observation, qui est tout à fait semblable à celle de MM. Widal et P. Merklen (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 99), prouve que la leucémie lymphocytique constitue un type clinique et anatomique bien net parmi les différentes formes de leucémies lymphatiques.

Angine à pneumocoques et maladie d'Addison.

M. Ménétrier. — J'ai reçu dernièrement dans mon service une jeune fille qui a succombé en quelques jours à une angine pultacée simple à pneumocoques. L'autopsie nous a fourni l'explication de cette mort rapide, en nous montrant une dégénérescence caséeuse complète des deux capsules surrénales. Il s'agissait donc d'une maladie d'Addison que nous avions méconnue pendant la vie, bien que la patiente présentât une légère teinte bronzée de la peau et des muqueuses. Il est rationnel d'admettre que le caractère de gravité qu'a revêtu chez elle une simple angine pultacée doit être attribué à l'insuffisance des capsules surrénales, devenues incapables de détruire les poisons fabriqués en excès par l'économie.

Mélanodermie arsenicale généralisée.

M. Lereboullet montre, au nom de M. Enriquez et au sien, un malade atteint de psoriasis chez lequel est apparue, après quatre mois d'un traitement arsenical par la liqueur de Fowler à la dose de 25 gouttes par jour, une mélanodermie généralisée, mais prédominante au tronc et à l'abdomen. Comme un autre mélanodermique présenté par MM. Lereboullet et Enriquez au mois de juin dernier (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 230), cet homme était doué à l'état normal d'un teint foncé et d'un système pileux très coloré et très abondant.

L'orateur fait remarquer que l'aspect tacheté très net de la pigmentation n'a rien de spécial à la mélanodermie arsenicale : il est dû à une distribution physiologique du pigment et non à

l'agent producteur de la mélanodermie; il paraît pourtant exceptionnel dans la maladie d'Addison, et peut-être garde-t-il à ce point de vue une certaine valeur diagnostique.

Lymphangite dermique hypertrophique.

M. Bourcy présente un jeune homme de vingt-quatre ans qui fut atteint, à diverses reprises, de poussées de lymphangite au niveau de la jambe droite. Ces accidents répétés avaient fini par déterminer un tel épaississement du derme que la jambe avait tout à fait l'aspect d'un membre atteint d'éléphantiasis.

Sous l'influence du repos combiné avec une compression élastique au moyen d'une bande de caoutchouc, le malade a parfaitement guéri.

Sur un cas de maladie de Werlhof.

M. Milian relate, en son nom et en celui de de M. Landrieux, l'observation d'un homme de cinquante-cinq ans, qui était porteur de nombreuses taches de purpura et de vastes ecchymoses occupant surtout les membres inférieurs. Ceux-ci étaient également le siège de vives douleurs sciatiques et musculaires. L'examen du sang permit de constater une diminution du nombre des globules rouges, avec leucocytose et absence de rétraction du caillot.

En présence de ces symptômes, il est permis de conclure à l'existence d'une maladie de Werlhof, occasionnée vraisemblablement par des chagrins et des pertes d'argent qu'avait éprouvés ce malade.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 24 et 31 mars 1900.

Influence de l'oxygène sous pression sur les cultures liquides du bacille de Koch.

M. F. Arloing. — J'ai étudié l'influence qu'exerce l'oxygène, à une tension variant de 1 atmosphère 1/2 à 2 atmosphères 1/2, sur le bacille de Koch habitué à se développer en bouillon, selon le procédé de MM. S. Arloing et P. Courmont. Une culture assez active, au début de l'expérience, pour infecter le lapin par la voie sanguine et pour produire, en injection intrapéritonéale, des tubercules épiploïques, avait complètement perdu sa virulence après trois semaines de végétation sous l'oxygène comprimé. De plus, ces pressions exercent une influence dysgénésique intense sur le bacille tuberculeux qui cesse de se multiplier au bout d'un laps de temps variable, mais toujours très court, en rapport avec des conditions secondes.

De la sécrétion de la lymphe.

M. Moussu relate un certain nombre d'expériences qui prouvent que la sécrétion de la lymphe est notablement accrue chez le cheval par le travail physiologique (mastication), quoique, dans ces conditions, il y ait plutôt diminution qu'augmentation de la pression sanguine. L'orateur a, du reste, constaté que la section du sympathique cervical ne modifie pas sensiblement la quantité de lymphe qui s'écoule pendant l'acte de la mastication. Ce travail musculaire est donc bien la cause principale de la sécrétion lymphatique.

Sur un procédé de recherche et de dosage de la trypsine.

M. Linossier expose un procédé de dosage de la trypsine pancréatique, qui consiste à aspirer, dans des tubes de 1 à 2 millimètres de diamètre, une solution de gélatine colorée par le violet de méthyle, puis à couper ces tubes en fragments de 2 centimètres et à les porter dans le liquide à étudier.

En mesurant au microscope, au bout d'un certain temps, la longueur de gélatine dissoute, ce qui est à la fois rapide et exact, on peut évaluer la quantité de ferment contenue dans le liquide. Ce procédé peut s'appliquer à tous les ferments capables de dissoudre la gélatine en milieu neutre ou alcalin.

Variations pathologiques de la quantité d'iode contenue dans le corps thyroïde.

M. Charrin. — On tend à admettre aujourd'hui que, des divers éléments constitutifs de la glande thyroïde, c'est l'iode qui joue le principal rôle dans la genèse des tares de développement. Il était donc intéressant de rechercher ce corps chez des nouveau-nés cachectisés, nés de mères malades, et parallèlement chez des enfants issus de femmes saines, mais ayant succombé par hasard à un accident du travail (hémorrhagie, compression du cordon, asphyxie, etc.).

Il résulte de 32 analyses, que j'ai faites dans ce but avec M. Bourcet, que l'iode fait le plus souvent défaut, quand il s'agit d'enfants nés de mères malades et ayant succombé à des affections diverses (gastro-entérites, méningites, processus pulmonaires, etc.). Inversement, nous avons trouvé de l'iode lorsqu'il n'y avait pas de tare pathologique véritable, ni du côté de la mère, ni du côté des enfants.

Ainsi donc, en faisant disparaître ou en diminuant l'iode thyroïdien, les processus morbides portent atteinte à la perfection de l'évolution de l'organisme, qui dépend en partie de l'intégrité du corps thyroïde.

De la recherche du glycogène dans les tissus par l'examen histologique.

MM. Loeper et **Meillère** ont examiné divers tissus normaux ou pathologiques au point de vue de la recherche du glycogène. Ils ont constaté que l'examen microscopique après fixation par l'alcool et inclusion dans la gomme iodée donne des résultats comparables à ceux que fournissent la recherche et le dosage du glycogène par les méthodes chimiques. Il y a donc un parallélisme complet entre ces deux modes d'investigation.

Des déviations de l'évolution cellulaire dans les tumeurs cancéreuses.

M. Borel dit avoir constaté que les amibes signalées récemment dans l'intérieur des cellules cancéreuses ne sont pas de véritables parasites, et qu'il ne s'agit là que d'un processus particulier de vacuolisation de la sphère attractive de ces cellules. Ce sont, en un mot, des anomalies méconnues de l'évolution cellulaire des cancers qui ont donné lieu à la théorie parasitaire de cette affection.

M. Choquet fait une communication sur la *reproduction expérimentale de la carie dentaire.*

MM. d'Astros et **Rietsch** (de Marseille) adressent une note relative à des essais d'extraction de l'antitoxine diphtérique.

ETRANGER

BRUXELLES

—

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 31 mars 1900.

La toxicité diachronique de quelques composés cyanogénés.

M. Heymans. — Je désire vous communiquer les conclusions d'expériences que j'ai instituées avec M. P. Masoin, pour tâcher d'élucider une question pharmacodynamique très peu étudiée jusqu'ici d'une manière systématique, et dont la solution contribuera, nous semble-t-il, à dévoiler le mécanisme intime de l'action toxique, spécialement en ce qui concerne l'accumulation et l'accoutumance. Dans ce but, nous avons recherché avec quelle fréquence et pendant combien de temps une dose subtoxique d'un poison cyanogéné peut être répétée sans provoquer d'intoxication; en d'autres termes, nous avons étudié l'intoxication chronique, ou ce qu'on pourrait appeler plus exactement la *toxicité diachronique* de ces poisons, en prenant comme types le cyanure de potassium, le nitrile malonique et le nitrile succinique.

Comme résultats généraux, nous avons constaté qu'une dose de cyanure de potassium, mortelle en une seule prise, entraîne également la mort lorsqu'on la fractionne en douze parties, administrées de cinq en cinq minutes. La désintoxication physiologique n'est donc ni assez énergique ni assez rapide pour élever sensiblement, après une heure, la dose nécessaire pour amener la mort; il y a ici, au moins partiellement, accumulation des actions des doses fractionnées. Comme le cyanure de potassium est un des poisons dont l'effet se manifeste et cesse le plus rapidement, on peut en déduire que la quantité mortelle d'aucun autre toxique ne peut être donnée en une heure par doses fractionnées, sans provoquer fatalement la mort; l'action des diverses doses administrées dans ce laps de temps s'additionne toujours et détermine l'accumulation; toutefois, les poisons volatils, absorbés par inhalation, font probablement exception à cette règle.

Au contraire, une quantité sûrement mortelle de cyanure de potassium peut être injectée dans l'espace de trois à quatre heures sans provoquer aucun signe extérieur d'intoxication; seulement, la sensibilité de l'animal au poison est manifestement accrue : en effet, si l'on administre de nouveau une dose mortelle, en la fractionnant pendant les trois ou quatre heures qui suivent, les phénomènes toxiques apparaissent.

La quantité de cyanure de potassium qui peut être administrée en doses fractionnées pendant une dizaine d'heures sans déterminer aucun symptôme d'intoxication est, pour chacune des prises, d'environ un cinquième de la dose qui, absorbée en une fois, entraîne la mort; c'est dire que le pouvoir désintoxicant vis-à-vis du cyanure équivaut, en cinq heures, à la dose mortelle; d'où la conclusion que la quantité *maxima* que l'on peut donner en vingt-quatre heures est de cinq fois cette dernière.

L'intoxication par le nitrile malonique apparaît et disparaît plus lentement que celle par le cyanure; aussi la dose mortelle ne peut-elle être administrée, sans déterminer d'accidents, qu'espacée sur un laps de temps de cinq à sept heures, ce qui n'empêche pas que, dans l'intervalle d'une dizaine d'heures, on ne puisse donner jusqu'à deux fois la dose mortelle; en somme, le pouvoir désintoxicant vis-à-vis du nitrile malonique, comme vis-à-vis du cyanure de potassium, équivaut en cinq heures à la dose mortelle, et la quantité *maxima* pour vingt-quatre heures est également ici de cinq fois cette dose.

Le nitrile succinique est un poison lent, tuant après plusieurs heures et même plusieurs jours; aussi la dose mortelle, donnée en un grand nombre de prises fractionnées, provoque-t-elle encore un empoisonnement fatal, par accumulation des actions partielles : seule, l'administration par heure d'un dixième de cette dose peut être répétée une dizaine de fois sans amener d'intoxication. La quantité *maxima* pour vingt-quatre heures dépasse donc ici encore la dose mortelle, mais beaucoup moins que pour les substances dont j'ai déjà parlé.

L'accumulation des doses, si souvent invoquée dans les traités classiques pour expliquer une intoxication chronique brusque, n'est pas intervenue dans nos expériences; il s'est agi, à notre avis, soit d'une accumulation des actions toxiques immédiates, lorsque des doses fractionnées ont été fréquemment répétées, soit d'une accumulation des actions toxiques consécutives, lorsqu'on a administré des doses faibles et espacées. Ces actions consécutives ne sont pas en réalité des manifestations toxiques; mais chaque prise du composé cyanogéné, quelque faible qu'elle soit, enlève à l'organisme une certaine quantité de son antidote (sulfure basique, albumine sulfurée), diminue ainsi ses moyens de défense et augmente sa sensibilité vis-à-vis du poison; en d'autres termes, il se produit une accumulation par diminution du pouvoir désintoxicant physiologique.

Contribution à l'étude du développement de l'ankylostome duodénal.

M. Kuborn. — Dans un travail à propos duquel vous m'avez chargé de vous présenter un rapport, M. Lagage (de Nimy) a cherché à déterminer expérimentalement quelles sont les conditions de milieu et de température les plus favorables à la segmentation des œufs d'ankylostome et à leur transformation en larves.

Pour ce qui est de l'influence de la température, l'auteur a observé qu'à 37° la segmentation de l'œuf est à peu près nulle; il en est de même à 19°. A 22°, la segmentation est complète, et plusieurs fois M. Lagage a trouvé dans l'œuf des embryons mobiles, mais non encore éclos; à 23°5, il a rencontré des larves libres. Il semble donc que les œufs d'ankylostome ne peuvent éclore qu'à des températures supérieures à 20° et inférieures à 37°.

D'autre part, il résulte d'examens répétés que si la dessiccation entrave la division cellulaire dans l'œuf, elle n'exerce, par contre, aucune influence sur la vitalité des larves, tout au moins pendant une période de trois semaines.

Dans le but de déterminer les conditions de milieu qui conviennent le mieux au développement de l'embryon, l'auteur de ce travail a délayé des excréments provenant d'un sujet atteint d'ankylostomiase dans une série de milieux de culture artificiels : bouillon peptonisé ordinaire, sérum physiologique, émulsion de terre végétale dans l'eau. Il n'a, dans aucune de ces expériences, observé de segmentation. Il semble que le milieu le plus favorable à l'éclosion des larves soit encore la matière fécale elle-même.

Dans huit échantillons d'eaux boueuses et de vases provenant d'un charbonnage infecté, M. Lagage n'a rencontré ni œufs, ni embryons. Il pense que c'est par les matières fécales, mélangées à la poussière de charbon qui est transportée par les mains des mineurs, les instruments de travail, etc., que l'infection se produit.

D'après les recherches de l'auteur, la vie de l'ankylostome serait limitée à vingt mois.

Dr Keiffer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Recherches sur l'influence de l'organisme sur les toxines; sur la spermotoxine et l'antispermotoxine, par M. El. Metchnikoff.

M. Metchnikoff s'est proposé de préparer un sérum toxique pour les spermatozoïdes d'une espèce animale déterminée, et d'obtenir l'antitoxine correspondante en traitant par ce sérum l'espèce étudiée. Dans les expériences qu'il a instituées à cet effet, l'auteur injectait à des cobayes, dans le tissu cellulaire sous-cutané, des extraits de testicules et d'épididymes de lapin, obtenus par la macération de ces organes dans la solution salée physiologique. Dans ces conditions, il suffit d'injecter l'extrait de deux ou quatre testicules de lapin à des cobayes pour voir apparaître dans le sérum de ceux-ci des propriétés toxiques à l'égard des spermatozoïdes du lapin, alors qu'il faut opérer avec des doses beaucoup plus considérables de sérum normal pour produire le même résultat.

La toxine ou *spermotoxine*, obtenue par ce procédé, immobilise les spermatozoïdes de lapin en quelques minutes, soit en les fixant sur place, lorsque l'action est brutale et très rapide, soit en les rassemblant en petits amas étoilés dont leurs queues constituent les rayons, si l'action de la toxine est plus lente et progressive. Mais dans aucun cas, même avec les sérums les plus spermotoxiques, M. Metchnikoff n'a vu se produire la dissolution, partielle ou totale, des éléments spermatiques.

L'action de la spermotoxine sur les spermatozoïdes est élective et *spécifique;* les autres éléments de l'organisme (foie, rate, rein, ganglions lymphatiques) ne sont nullement influencés par elle, pas plus d'ailleurs que les spermatozoïdes d'espèces autres que le lapin (souris, rat, cobaye, homme). Cela étant, il n'est point étonnant que les injections de spermotoxine soient bien supportées par le lapin. Aussi a-t-on pu en injecter sans inconvénient des quantités relativement considérables, soit en une fois, soit à des intervalles rapprochés.

Le sérum des lapins qui ont reçu en trois ou quatre injections 14 à 15 c.c. de sérum spermotoxique de cobaye acquiert un pouvoir antitoxique facile à démontrer. Il suffit, pour cela, d'examiner en goutte suspendue un mélange de sérum de lapin traité, de sérum spermotoxique et de sperme de lapin fraîchement recueilli. On voit alors les spermatozoïdes se grouper en amas et conserver pendant plusieurs heures une mobilité considérable. Au contraire, si l'on fait la même expérience en supprimant dans le mélange le sérum de lapin traité ou en le remplaçant par du sérum de lapin normal, les mouvements des spermatozoïdes s'arrêtent déjà au bout de quelques minutes.

Quand, au lieu d'expérimenter avec des lapins entiers, on opère sur des animaux châtrés, le résultat reste identique. Il en résulte que l'animal, même privé des éléments sensibles à la spermotoxine, n'en est pas moins capable de produire de l'antispermotoxine. D'où cette conclusion : que la formation de l'antitoxine ne doit pas être attribuée à l'activité cellulaire des éléments sensibles à la toxine.

La présence d'antispermotoxine dans le sang est un phénomène éphémère : généralement, le pouvoir antitoxique, qui n'apparaît dans le sérum que douze jours après la première injection, atteint rapidement son maximum, et disparaît un mois après la dernière injection. Dans certains cas, la disparition de ce pouvoir peut survenir avec une rapidité extrême, voire au bout de quarante-huit heures. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janvier 1900.) — F. M.

Psorospermiose infectante généralisée, par M. A. Posadas.

Dans ce travail, l'auteur relate brièvement l'observation d'un malade qu'il a pu suivre pendant sept ans, et qui fut atteint d'une variété d'infection psorospermiotique que M. Posadas, à cause de son évolution, désigne sous le nom de psorospermiose infectante généralisée.

Les premières manifestations de la maladie apparurent à la peau de la face et de la cuisse gauche, sous forme de petits nodules intradermiques, du volume d'une tête d'épingle ou d'une lentille, qui, bientôt fusionnés avec leurs voisins, arrivèrent à constituer de grosses tumeurs ulcérées, ayant l'aspect de choux-fleurs. Les groupes ganglionnaires correspondants ne tardèrent pas à être envahis; puis, l'affection se généralisa à toute la surface cutanée, ensuite au système lymphatique en son entier, enfin à de nombreux viscères.

La maladie affecta une marche lente et progressive, interrompue, de temps en temps, par des poussées aiguës hyperthermiques.

A l'autopsie, les organes atteints paraissaient être le siège d'une tuberculose miliaire profuse. Le microscope fit reconnaître que le nodule psorospermiotique adulte est constitué par une cellule géante contenant le parasite; autour de cet élément existe une couche de cellules épithéliales, englobée elle-même dans une masse de cellules embryonnaires qui limitent le néoplasme.

Cet aspect typique des lésions a été reproduit expérimentalement par l'auteur, au moyen de l'inoculation aux animaux de fragments recueillis sur le malade; ces inoculations entraînèrent la mort en une vingtaine de jours, après production d'un nodule cutané au niveau de la piqûre, envahissement du système lymphatique et généralisation viscérale.

L'agent pathogène de cette affection est un protozoaire du groupe des sporozoaires; il est formé d'une masse de protoplasma granuleux, sans noyau, entourée d'un kyste épais et biréfringent; son diamètre est voisin de 25 μ. M. Posadas a constaté que cet organisme possède deux modes de reproduction, qui, d'après lui, correspondraient à deux formes différentes de l'infection. Le premier (segmentation végétative ou enkystée) déterminerait des psorospermioses chroniques, et serait caractérisé par la formation de zoospores longtemps enkystées dans le corps de l'individu mère; dans le second, au contraire (segmentation infectante), le protoplasma de l'individu mère se diviserait en un grand nombre de corps granuleux non enkystés, qui, immédiatement mis en liberté, seraient emportés par le courant circulatoire, et iraient se greffer au loin, produisant ainsi les formes infectantes ou malignes, comme celle dont l'auteur vient d'observer un cas. (*Rev. de chir.*, mars 1900.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur un cas de rétrécissements tuberculeux multiples de l'intestin, traités par une triple résection intestinale, par M. A. Krogius.

Les cas de rétrécissements multiples de l'intestin, de nature tuberculeuse, opérés avec succès, sont encore assez rares pour que nous résumions ici l'observation publiée par M. Krogius. Il s'agit d'une malade âgée de trente-trois ans, qui souffrait de troubles intestinaux depuis trois mois. La palpation de l'abdomen révéla l'existence de deux petites tumeurs d'une mobilité extrême, et d'une troisième grosseur moins mobile, localisée dans la fosse iliaque droite. On fit le diagnostic de tumeurs intestinales de nature tuberculeuse, diagnostic qui fut vérifié à l'opération.

L'auteur rechercha d'abord les deux tumeurs mobiles qui siégeaient sur deux anses de l'intestin grêle, et en pratiqua l'ablation au moyen de deux résections circulaires distinctes. Puis il inspecta la région de la fosse iliaque droite, où il rencontra une tuberculose iléo-cæcale. Il réséqua également cette partie, et pratiqua l'abouchement de l'intestin grêle dans le côlon au moyen du bouton de Murphy. Les suites opératoires furent normales; le bouton fut expulsé au bout de onze jours et l'état de la malade s'améliora sensiblement. Une cholécystite suppurée, qui survint un mois plus tard, nécessita une nouvelle intervention, également bien supportée.

L'opérée quitta le service deux mois environ après la première intervention, non sans avoir augmenté de poids (8 kilogrammes). Mais la fistule biliaire, encore perméable au moment de la sortie, s'étant fermée rapidement, une rétention de matières infectieuses dans la vésicule se produisit quelques semaines plus tard, et amena une perforation avec péritonite mortelle.

L'un des segments d'intestin grêle réséqués lors de la première intervention avait 8 centimètres de longueur; sa paroi, infiltrée de tissu tuberculeux, présentait une épaisseur de 1 centimètre 1/2; la lumière du tube intestinal admettait à peine le petit doigt. L'autre segment intestinal avait 16 centimètres de longueur; il était replié en forme d'U par un tissu bosselé, blanchâtre, atteignant également une épaisseur de 1 centim. 1/2 et permettant à peine le passage d'un crayon; la muqueuse ne présentait à ce niveau aucune ulcération. Le troisième fragment réséqué se composait de 5 centimètres environ d'iléon et d'une partie du cæcum de même longueur. L'infiltration de la paroi atteignait ici une épaisseur de 3 centimètres, et la lumière de l'intestin était encore considérablement rétrécie; la muqueuse ne présentait point d'ulcérations, mais seulement, comme dans les deux premières pièces, de nombreuses productions villeuses. L'examen histologique permit d'établir d'une manière indubitable la nature tuberculeuse de l'affection. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LII, 5-6.) — F. DE Q.

Sur l'épithélioma primitif du canal cholédoque, par M. Brenner.

Affection relativement très rare, le cancer primitif du canal cholédoque n'en présente pas moins un intérêt considérable en raison de la rapidité de son évolution et des difficultés de son diagnostic. Ces particularités ressortent bien de l'étude des deux observations relatées par M. Brenner. Le premier cas, qui a évolué en moins de cinq mois, avait successivement été considéré comme une lithiase biliaire avec hydropisie de la vésicule, puis comme un épithélioma de l'estomac, et ce n'est qu'à l'autopsie que la nature réelle du mal a pu être reconnue. Le second fait paraît avoir évolué encore plus rapidement que le précédent; à l'examen clinique on avait porté le diagnostic de lithiase biliaire et de cancer du foie avec métastases dans le petit épiploon et compression mécanique du canal cholédoque.

Dans ces deux cas, on a donc noté la coexistence d'une lithiase biliaire, ainsi que cela se voit dans la presque totalité des faits de néoplasme des voies biliaires. C'est ce qui explique que ce cancer soit très souvent considéré comme une simple obstruction biliaire consécutive à la lithiase de la vésicule. Les symptômes observés dans ces deux affections présentent d'ailleurs de nombreux points communs.

Les signes principaux sur lesquels on peut baser le diagnostic de cancer du cholédoque sont l'ictère et la tuméfaction de la vésicule biliaire. L'ictère est un phénomène constant et ne manque que dans des cas tout à fait exceptionnels; il peut être intermittent ou fébrile. La vésicule, dilatée par des calculs (on en a compté jusqu'à 73 dans l'un des faits observés par M. Brenner), est en outre douloureuse à la palpation. Un signe qui a la plus grande valeur, mais qui ne fait son apparition qu'à une époque relativement tardive, est constitué par la cachexie progressive à laquelle le malade ne tarde pas à succomber.

Les complications doivent être groupées en

deux catégories. Dans la première, on peut ranger des crises douloureuses rappelant des coliques hépatiques et s'accompagnant de fièvre, de vomissements et de diarrhée. Dans la seconde, il s'agit de phénomènes de gastroentérite aiguë.

L'épithélioma primitif des voies biliaires extra-hépatiques siège le plus souvent sur le cholédoque, surtout un peu en avant de l'ampoule de Vater, comme c'était le cas dans les deux observations relatées par M. Brenner. La tumeur que forme le néoplasme dépasse rarement les dimensions d'une noisette; le premier cas décrit par l'auteur, dans lequel la tumeur avait atteint le volume d'un œuf de poule, constitue à cet égard une remarquable exception à la règle. Quelquefois infiltré, souvent papillomateux ou en chou-fleur, le cancer du cholédoque est généralement un squirrhe ayant pris naissance dans les glandes de ce conduit. Il existe toujours une stase biliaire dure à l'oblitération du canal cholédoque par la tumeur qui y fait saillie. La dilatation des voies biliaires extra-hépatiques et intra-hépatiques, qui est la conséquence naturelle de cette stase, n'épargne que le canal cystique. Pour expliquer cette particularité, l'auteur admet que l'éperon formé par la muqueuse au niveau de la réunion des conduits hépatique et cystique constitue une barrière qui s'oppose d'une manière efficace au reflux de la bile dans le canal cystique et forme ainsi une véritable valvule suffisante.

Les métastases font souvent défaut dans le cancer primitif du canal cholédoque, soit que les dispositions anatomiques s'opposent à leur dissémination, soit que la cholémie et la cachexie ne leur laissent pas le temps de se développer.

En présence des caractères peu tranchés qu'offre le tableau clinique dans l'épithélioma primitif du canal cholédoque et étant donné, d'autre part, le rôle prépondérant que jouent les complications, on conçoit aisément que le diagnostic présente les plus grandes difficultés, et que l'on soit fréquemment induit en erreur par des signes attirant l'attention du côté de l'estomac, du foie ou du pancréas. Dans certains cas simples, on pourra se rendre compte de la nature de la lésion en procédant par exclusion; mais, le plus souvent, l'épithélioma primitif du canal cholédoque sera une surprise d'incision exploratrice ou une trouvaille d'autopsie. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVIII, 2.) — F. M.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

A propos du traitement des angines par les gargarismes au salicylate de soude.

Il est encore quelques pays où le système décimal, si simple et si commode, n'a pas pénétré ou du moins n'est pas devenu d'un emploi courant, de telle sorte que les médecins de ces régions font usage dans leurs prescriptions des anciennes mesures et par suite des signes qui leur correspondent. Tant que l'emploi de ces signes ne franchit pas les frontières de ces pays, cela n'entraîne pas de conséquences fâcheuses; mais il n'en est plus de même quand, dans un travail imprimé, par exemple, on se sert des signes correspondant à des mesures aujourd'hui généralement inusitées, et le médecin qui n'est pas très habitué à lire ces signes est exposé à commettre parfois quelque erreur. C'est ce qui est arrivé, la semaine dernière, à notre collaborateur russe, M. le docteur V. de Holstein qui, dans un article publié en langue russe, a confondu le signe du gros ou drachme ʒ avec celui de l'once ℥ (dont les figures sont à peu près semblables), et, par suite, a cru bon de signaler, dans une note thérapeutique, la prétendue dose de salicylate de soude employée en gargarismes, par M. le docteur N. Chevelev, contre les amygdalites aiguës, parce qu'elle lui paraissait très élevée (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 110). Or, il s'agissait en réalité d'une dose d'environ 4 grammes de salicylate de soude dans 180 grammes de véhicule, ce qui n'a rien d'extraordinaire, attendu que ce mode de traitement des angines est connu en France depuis qu'il a été signalé pour la première fois par M. le docteur Jules Meyer (médecin militaire).

C'est en 1895 que notre confrère en a fait mention dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine de Paris sur une épidémie de diphtérie. Trois ans plus tard, au quatrième Congrès français de médecine tenu à Montpellier, M. J. Meyer a attiré l'attention sur l'emploi du salicylate de soude dans le traitement des angines pseudo-diphtériques et des angines simples (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 178). A cette époque, notre distingué confrère avait déjà employé les gargarismes dans plus de 300 cas d'amygdalite, de pharyngite, de laryngite et d'enrouement, et il considérait le salicylate de soude en gargarisme comme le médicament de choix contre toutes les manifestations inflammatoires du pharynx, des amygdales et du larynx.

« Depuis 1898, nous écrit M. le docteur Jules Meyer, de très nombreux confrères ont sur mes indications fait usage, avec plein succès, des gargarismes au salicylate de soude. Il y a quelques semaines, M. le docteur Mignon, professeur à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce) m'écrivait: « J'ai essayé votre méthode dès le lendemain de notre conversation et j'ai déjà remarqué les effets que vous m'aviez annoncés ».

» Il est inutile de faire usage de fortes solutions de salicylate de soude; la dose de 6 à 8 grammes est un maximum quotidien au-dessous duquel je reste le plus souvent. Le malade ajoute une cuillerée à bouche du gargarisme à un demi-verre d'eau chaude et se gargarise toutes les heures. La disparition de la sensation douloureuse est le phénomène qui frappe le plus les malades. J'ai rarement vu une inflammation pharyngée, prise dès le début, résister plus de deux ou trois jours.

» Depuis dix-huit mois que j'ai pris la direction du service médical de l'Ecole préparatoire d'infanterie de Rambouillet qui compte 400 élèves de treize à dix-huit ans, j'ai systématiquement, à l'exclusion de tout autre traitement, employé les gargarismes au salicylate de soude dans tous les cas d'angine et avec un succès constant.

» Aujourd'hui, je ne compte plus les observations qui dépassent un millier. Les malades sujets à des angines à répétition les ont complètement vu disparaître en faisant usage du salicylate de soude à la moindre poussée inflammatoire. »

La cure mercurielle des tuberculoses locales.

L'analogie de forme et d'évolution que présentent, avec les lésions syphilitiques, certaines affections tuberculeuses, notamment celles qui ont pour siège les os, les articulations, les ganglions lymphatiques et la peau, a naturellement suggéré l'idée d'utiliser contre ces tuberculoses locales les moyens dont on se sert pour combattre les manifestations de la syphilis, c'est-à-dire l'iode et le mercure.

L'iode figure depuis longtemps dans la thérapeutique des adénites chroniques. Il a été fréquemment employé dans ces derniers temps pour la cure des tuberculoses chirurgicales, sous forme d'injections hypodermiques d'après la méthode de Durante.

Quant à l'usage du mercure dans la tuberculose, il suffit de mentionner ici les injections sous-cutanées de calomel contre la tuberculose verruqueuse de la peau et le lupus (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 201 et 462), ainsi que les injections de sublimé contre le mal de Pott (Voir *Semaine Médicale*, 1897, Annexes, p. CCXXXIV), sans parler de quelques faits de traitement hydrargyrique de la tuberculose, qui ont été publiés à diverses époques.

Cela étant, il est intéressant de signaler que, tout dernièrement encore, un confrère italien, M. le docteur T. Silvestri (de Nonantola), a obtenu par la médication mercurielle des résultats encourageants dans diverses formes de tuberculose. Les observations de M. Silvestri comprennent un cas de tumeurs ganglionnaires volumineuses du cou, une scrofulose à manifestations multiples, un mal de Pott, trois cas de tumeur blanche du genou, une coxalgie, une ostéite tuberculeuse du sternum et un cas de lésions pulmonaires avec bacilles de la tuberculose dans les crachats, accompagnées d'ascite et d'hydropéricarde.

Chez ces malades, notre confrère a administré le sublimé soit en injections sous-cutanées, à la dose de 0 gr. 005 milligr., soit par la bouche, à des doses variant de 0 gr. 005 milligrammes à 0 gr. 02 centigr., suivant l'âge du patient. Parfois, il prescrivait aussi quelques frictions mercurielles.

Dans tous les cas traités de la sorte, M. Silvestri aurait obtenu une amélioration considérable, le plus souvent même une guérison pour le moins apparente.

Traitement du chancre mou par l'azotate de plomb.

D'après un confrère italien, M. le docteur Melazzo, l'azotate de plomb serait un excellent moyen pour détruire la virulence des plaies chancrelleuses.

Le chancre ayant été préalablement détergé au moyen de tampons imbibés d'une solution de sublimé à 1 ‰ et soigneusement asséché, on y applique de l'azotate de plomb finement pulvérisé qu'on fait pénétrer avec le doigt dans les moindres anfractuosités de l'ulcère. Puis, on enlève soigneusement du pourtour de la plaie, au moyen d'un tampon d'ouate, la poudre qui aurait pu y tomber et on recouvre la région d'une petite compresse de tarlatane aseptique. La douleur est assez vive, bien que de courte durée; on peut d'ailleurs la diminuer en insensibilisant la surface du chancre au moyen de la cocaïne, avant de procéder à l'application du caustique.

La réaction inflammatoire provoquée par l'azotate de plomb est peu intense. Ce n'est qu'en certains points, où le tissu sous-muqueux est lâche et riche en lymphatiques, qu'on voit se produire un œdème circonscrit, qui se dissipe, d'ailleurs, en deux ou trois jours.

Ce procédé détermine la formation d'une eschare qui se détache spontanément au bout de quarante-huit heures au plus tard, laissant une plaie dénuée de toute spécificité et qui ne tarde pas à se cicatriser. Le plus souvent, une seule application d'azotate suffit, mais on peut aussi en faire une seconde le lendemain.

L'étendue considérable du chancre en surface ou en profondeur ne constituerait nullement une contre-indication de ce mode de traitement, dont M. Melazzo s'est toujours bien trouvé, alors même qu'il s'agissait d'ulcères phagédéniques.

La casse occidentale contre la fièvre bilieuse hémoglobinurique.

M. le docteur P. Gouzien, médecin principal des colonies, a pu se convaincre des effets favorables qu'exerce à l'égard des formes bilieuses hémoglobinuriques de l'impaludisme la *Cassia occidentalis*, plante connue sur la côte occidentale d'Afrique sous le nom d'*ahouandémé* et dont les feuilles sont fréquemment utilisées au Dahomey contre les fièvres en général.

Dès le début de l'accès hémoglobinurique, notre confrère administre de 1 à 3 litres par jour d'une décoction préparée avec 15 grammes de feuilles d'ahouandémé récemment desséchées pour un litre d'eau, sucrée et additionnée de jus de citron. Cette tisane, qui exerce une action à la fois sudorifique, diurétique et purgative, ne tarderait pas, dans la majorité des cas, à éclaircir les urines hémoglobinuriques et à enrayer le processus infectieux. Mais si le patient présente des vomissements qui ne lui permettent pas de conserver le médicament, ou si, au bout de vingt-quatre heures, l'aspect de ses urines ne s'est pas sensiblement modifié, c'est à l'administration hypodermique de la quinine, associée aux injections sous-cutanées massives de sérum artificiel, que M. Gouzien a recours, généralement avec succès.

Traitement des otorrhées par de simples lavages à l'eau distillée.

M. le docteur K. Kotchinev (de Bakou) a pu s'assurer que, dans les suppurations chroniques de la caisse du tympan, il est préférable d'avoir recours, pour les lavages de l'oreille, à de l'eau distillée — ou simplement bouillie — et filtrée, plutôt qu'aux solutions d'acide borique et même de chlorure de sodium. En employant l'eau pure, en effet, notre confrère a vu l'écoulement se tarir en trois semaines environ, tandis que le même résultat n'était obtenu d'habitude qu'au bout de deux mois par l'usage d'eau boriquée ou salée.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Cochin. — M. A. Chauffard.

Recherches de physiologie pathologique dans un cas d'ictère infectieux.

On a souvent comparé la maladie à un drame dont l'organisme est le théâtre, et qui a ses acteurs, ses péripéties, son dénouement. Mais, à côté de cette pièce visible, et qui se joue, pour ainsi dire, sur le devant de la scène, il en est une autre plus secrète, plus intime, qui correspond, non plus aux symptômes objectifs et extériorisés de la maladie, mais au travail profond et complexe que celle-ci suscite dans le corps humain, autrement dit à l'ensemble des processus provoqués par les actes de la physiologie pathologique.

Tout l'effort de la médecine moderne a porté sur ce point : compléter les données de la clinique traditionnelle par les renseignements de la technique physico-chimique et expérimentale. Et par cela même, nos descriptions, nos conceptions pathologiques se sont singulièrement élargies, et telle maladie, d'apparence très simple, s'est révélée comme étant en réalité très complexe. Encore ne sommes-nous qu'au début de ces recherches, et l'on peut prévoir pour elles une extension presque indéfinie, à mesure que nos méthodes d'investigation deviendront de plus en plus nombreuses et précises.

L'ictère catarrhal me paraît une de ces maladies d'étude, très simple si l'on n'envisage que les gros symptômes classiques, très compliquée si l'on ne se contente pas de l'observation tout extérieure et si l'on veut aller un peu au fond des choses. Qu'était-ce, en effet, il y a quinze ans, qu'un ictère catarrhal ? C'était une maladie bien vite décrite, caractérisée étiologiquement par les conditions saisonnières, gastro-intestinales et parfois épidémiques, symptomatiquement par un ictère bénin, par rétention, avec bile dans les urines et décoloration des fèces, anatomiquement par l'existence, supposée plutôt que démontrée, d'un bouchon muqueux du cholédoque.

Depuis lors, de très nombreux travaux, dans le détail et l'historique desquels je ne puis entrer ici, ont fait voir la complexité très grande des phénomènes, et, à propos d'un cas que nous avons récemment étudié de très près, je voudrais vous montrer combien sont variées les recherches dont les faits de ce genre peuvent être l'occasion, et quel intérêt théorique et pratique peut y être trouvé.

Le 1er novembre dernier, un robuste garçon de vingt-cinq ans, boucher (on sait que l'ictère infectieux est très fréquent chez les bouchers), de plus très alcoolique, est pris brusquement de frissons, de courbature, de malaise général, avec douleur sourde et profonde dans l'hypocondre droit. Le lendemain matin, un médecin appelé constate du subictère conjonctival, et, dans l'après-midi, la coloration jaune des téguments devient des plus manifestes. Dès lors, le malade se sent très affaibli et garde le lit; il a de la fièvre pendant les deux premiers jours, est sans appétit, nauséeux, agité et privé de sommeil.

Du 4 au 8 novembre, survinrent des épistaxis répétées, et assez abondantes pour nécessiter le tamponnement des narines. De plus, dès ce moment, apparut un symptôme sur l'importance duquel nous aurons à revenir, la *polyurie* ; sans pouvoir préciser un chiffre, cet homme nous déclare très nettement que depuis plusieurs jours il a constaté la fréquence insolite des mictions et la grande quantité d'urine rendue chaque fois.

Le 10 novembre, à l'entrée dans nos salles, nous notons un ictère safran généralisé, non prurigineux, et quelques taches purpuriques disséminées à la racine des cuisses et vers l'aisselle droite. La langue est saburrale et sèche, le ventre indolent; il n'y a ni vomissements, ni diarrhée; les matières sont complètement décolorées.

Le foie n'est pas douloureux, et sa percussion décèle une matité de 9 centim. 1/2 sur la ligne mamelonnaire. La rate est augmentée de volume et sa matité verticale est de 10 centimètres.

Les urines, de teinte acajou, présentent très nettement la réaction de Gmelin; elles ne contiennent ni albumine ni urobiline, mais des traces légères d'indican.

Ajoutons que l'on entendait quelques râles sous-crépitants aux deux bases pulmonaires; que le cœur présentait un léger bruit de galop à droite, qui disparut au bout de peu de jours; que le pouls battait 100 fois à la minute, et que la tension artérielle, mesurée au sphygmomanomètre de Potain, était de 15 centimètres.

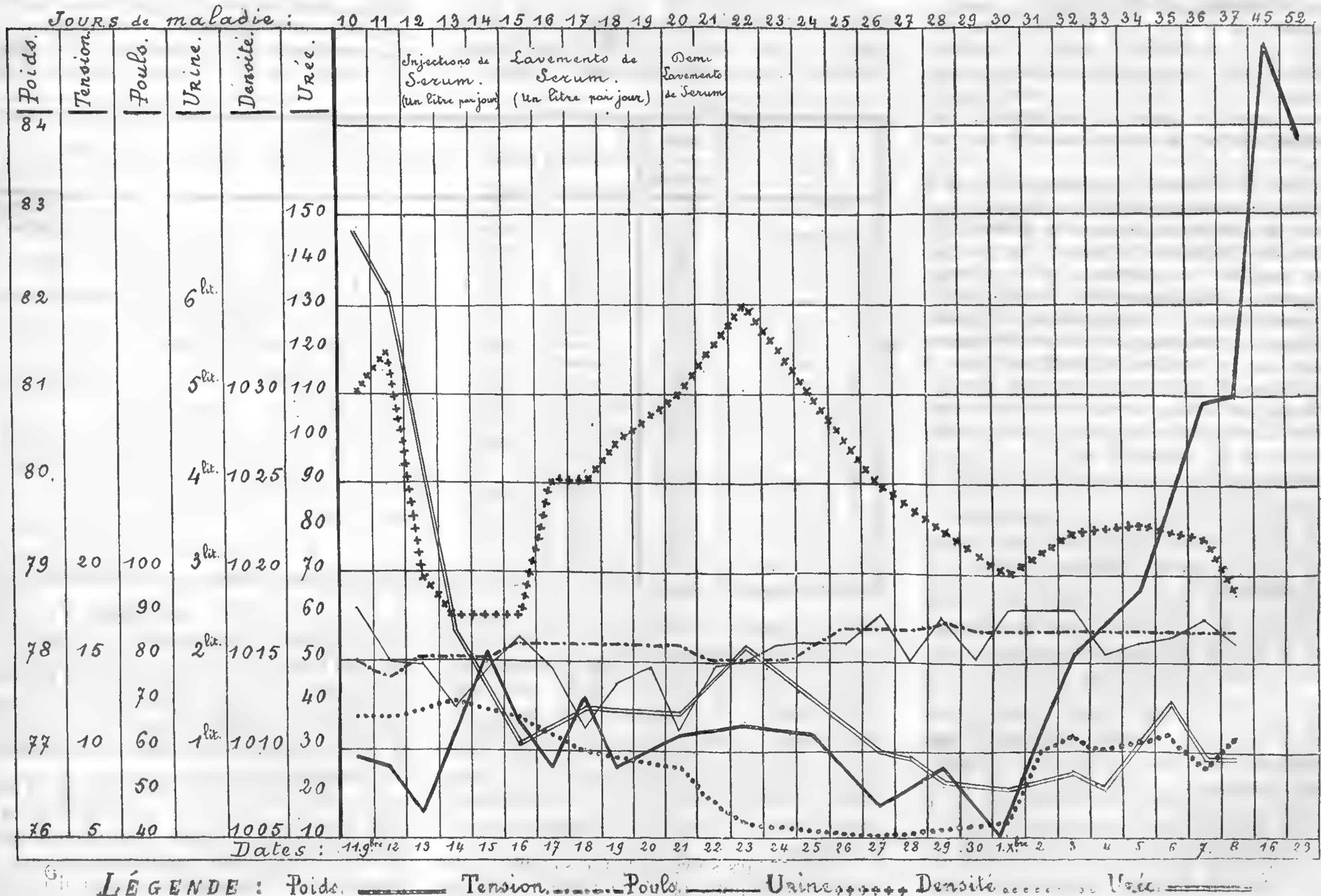
Enfin, le malade offrait un état d'excitation nerveuse qui paraissait imputable surtout à son alcoolisme : il se montrait agité, brusque dans ses mouvements, sa parole était saccadée, il ne dormait pas la nuit. Ces accidents cérébraux n'ont du reste persisté que peu de jours.

Voilà donc les symptômes relativement fort simples que nous constations, et je pourrais me borner à vous dire que, très rapidement, ils se sont amendés puis effacés, et que le 8 décembre, sans incident notable, le malade est sorti guéri de nos salles. Mais, en réalité, cette guérison a été préparée et obtenue par l'intervention de processus physiologiques très complexes, dont une longue série de recherches minutieuses nous a permis de comprendre l'enchaînement.

Les résultats fournis par ces recherches sont résumés dans le graphique ci-dessous, et dans trois tableaux numériques.

En étudiant successivement ces tableaux, nous allons voir quelles données évolutives générales s'en dégagent.

Tout d'abord, modifications simultanées des matités hépatiques et spléniques. Au début, le foie est plutôt petit (9 centim. 1/2), puis il aug-



mente rapidement de volume, et mesure, au treizième jour de la maladie, 13 centim. 1/2, pour diminuer ensuite progressivement et se maintenir jusqu'à la sortie du malade au chiffre à peu près normal de 10 centimètres. Il me paraît probable que cette hypertrophie modérée et peu durable du foie n'a pas été causée seulement par la rétention biliaire, mais aussi, dans une proportion difficile à préciser, par une hypertrophie cellulaire compensatrice; nous savons, par des exemples de chaque jour, combien est grande en pathologie hépatique l'importance de ce processus compensateur, avec quelle rapidité il peut apparaître et évoluer.

DATES	Jours de la maladie.	Pouls.	Tension artérielle.	Poids.	MATITÉ du foie.	MATITÉ de la rate.	OBSERVATIONS
11 nov....	10	92	15	76,900	9,5	10,00	Coloration acajou des urines. Décoloration des matières fécales.
12 — ...	11	80	14	76,800			
13 — ...	12	80	15	76,350	11,5	11,5	Epreuve de la glycosurie alimentaire négative.
14 — ...	13	70	15	77,200	13,5		
15 — ...	14	80	15	78,100			
16 — ...	15	85	16	77,400	10,5	9,00	Recherche des pigments biliaires dans le sérum positive.
17 — ...	16	78	16	76,800			
18 — ...	17	65	16	77,600	10,00	5,5	
19 — ...	18	75	16	76,800			Les matières fécales se recolorent.
21 — ...	20	65	16	77,200	10,00	4,00	
23 — ...	22	80	15	77,300			Recherche de la glycosurie aliment. négative; plus de pigments biliaires dans le sérum; urines présentant faiblement la réaction de ces pigments.
25 — ...	24	84	16	77,200		0	
27 — ...	26	90	17	76,400	10,00		
29 — ...	28	90	17	76,800			
1er déc...	30	92	17	76,000			Plus de pigments biliaires dans les urines.
3 — ...	32	92	17	78,100	10,00	0	
5 — ...	34	85	17	78,800			
7 — ...	36	90	17	80,900	10,00	0	Elimination du bleu de méthylène à type continu.
8 — ...	37	85	17	81,000		0	
Sortie.							
16 déc...	45			84,800			Matières fécales bien colorées. Pas de pigments biliaires dans les urines.
23 — ...	52			83,800			

D'autre part, la splénomégalie initiale (10 centimètres de matité verticale) augmente encore les jours suivants jusqu'à 11 centim. 1/2, parallèlement à l'hypertrophie hépatique; puis, la matité splénique diminue peu à peu, tombe à 9 centimètres, à 5 1/2, à 4, et cesse d'être perceptible au vingt-quatrième jour de la maladie. C'est là un nouvel exemple des rapports intimes qui unissent le foie et la rate en pathologie hépatique, sans que, pour le cas présent, nous puissions préciser la nature exacte de ces rapports.

Si nous continuons l'étude de notre cas, toujours en procédant du simple au composé, nous voyons très nettement comment a évolué la rétention des pigments biliaires. Pas de pigments modifiés ou anormaux, mais présence de pigments biliphéiques dans les urines dès les premiers jours, et décoloration corrélative des fèces; au treizième jour, recherche et constatation de la réaction biliverdique dans le sérum. Vers le dix-huitième jour, recoloration des fèces par la bile; le vingt-quatrième jour, réaction biliphéique nulle dans le sérum, encore très faiblement perceptible dans les urines, où elle disparaît définitivement huit jours plus tard.

En rapport direct avec la rétention biliaire se trouve le fonctionnement cardio-artériel des ictériques. Chez notre malade, il a été très peu troublé. Peu ou pas de bradycardie, puisque le chiffre minimum du pouls a été de 65 au dix-septième jour de l'ictère; caractère très passager du bruit de galop droit; enfin hypotension artérielle légère, donnant successivement les chiffres de 15, puis de 14, pour remonter ensuite à 17 et s'y maintenir jusqu'à la fin. C'est là un fait un peu insolite, car, depuis longtemps, j'observe la marche de la tension artérielle chez les ictériques, et je l'ai vue presque toujours se traduire graphiquement par une longue et faible courbe, à concavité supérieure, qui, de la normale, descend progressivement jusqu'à un chiffre minimum de 13 à 12 environ, puis remonte peu à peu au taux physiologique de 17 à 18 centimètres de mercure. Cette dépression de la tension artérielle chez les ictériques s'explique facilement si l'on tient compte de ce fait, mis en évidence par les recherches expérimentales de Ch. Livon, que le foie est une *glande hypotensive*.

Restait à étudier le point principal, celui dont l'importance prime tout dans ces maladies qu'on pourrait appeler *totius humoris* : je veux dire l'examen comparatif des urines et du sang. Vous savez quelle extension chaque jour plus grande prennent ces recherches, et quel nouvel appoint vient de leur apporter la méthode, encore bien jeune, mais déjà si féconde, des mensurations cryoscopiques. Si nous n'avons pu recourir à celles-ci, du moins avons-nous cherché à utiliser aussi complètement que possible les autres procédés d'examen du sang et des urines. Ils nous ont donné les résultats les plus curieux et les plus nets.

Quand le malade est entré dans nos salles, au dixième jour de sa maladie, c'était, depuis plusieurs jours déjà, un *grand polyurique*, urinant 5 litres par vingt-quatre heures. Et cette polyurie s'accompagnait d'une azoturie vraiment formidable, puisque le premier dosage d'urée, répété et contrôlé plusieurs fois, indiquait *146 grammes d'urée* par vingt-quatre heures. C'est là un chiffre tout à fait exceptionnel, auquel je ne connais pas d'équivalent dans les cas de ce genre. En même temps, on constatait une élimination également énorme d'acide urique (2 gr. 64 centigr. par vingt-quatre heures) et de phosphates (6 gr. 32 centigr.).

DATES	Jours de la maladie.	Quantité.	Densité.	Urée.	Acide urique.	Chlor.	Phosp.	Toxicité pour le cobaye.
								En inj. intracéréb.
11 novembre....	10	5.000	1012	146				1/20 de c.c. tue en 2 h.
12 —	11	5.500	1012	133	2,64	0,55	6,32	
13 —	12	3.000						3/20 de c.c. tuent en 6 h.
14 —	13	2.500	1013	57	1,12	0,25	2,60	
15 —	14	2.500						3/20 de c.c. tuent en 8 h.
16 —	15	2.500	1012	31	0,97	1,45	3,37	
17 —	16	4.000						
18 —	17	4.000	1010	41	1,28	11,20	5,00	
19 —	18	4.500						
21 —	20	5.000	1009	39	0,50	20,45	2,60	3/20 de c.c. n'amènent pas la mort.
23 —	22	6.000	1006	53	1,86	16,80	3,72	
25 —	24	5.000						
27 —	26	4.000	1005	30	0,84	14,04	1,80	4/20 de c.c. n'amènent pas la mort.
29 —	28	3.500						
1er décembre...	30	3.000	1006	21	0,63	12,63	1,50	
3 —	32	3.500						
5 —	34	3.600						
7 —	36	3.500						
8 —	37	2,800						

Mais, les jours suivants, tous ces chiffres baissèrent rapidement et d'une façon à peu près parallèle; si les urines restaient abondantes (à cause, nous le verrons, d'injections de sérum), l'urée passait à 133, puis 57, 31, 41, 39, 53, 30, 21 grammes; l'acide urique à 1 gr. 12 centigr., 0 gr. 97, 1 gr. 28, 0 gr. 50, 1 gr. 86, 0 gr. 84, 0 gr. 63; les phosphates à 2 gr. 60, 3 gr. 37, 5 grammes, 2 gr. 60, 3 gr. 72, 1 gr. 80, 1 gr. 50 centigr.

Toutes ces éliminations marchaient donc de pair, revenant progressivement à la normale, sauf une recrudescence passagère du dix-septième au vingt-deuxième jour; toutes avaient une même signification physiologique, et décelaient un état de *dénutrition aiguë*, de désassimilation excessive, portant à la fois sur les matières azotées et minérales.

Par un contraste singulier, l'élimination des chlorures suivait une marche inverse; pendant la période de grande azoturie, *achlorurie urinaire* presque complète, 0 gr. 55 centigr., 0 gr. 25 centigr. par vingt-quatre heures; puis, à mesure que le taux de l'urée baissait, celui des chlorures augmentait, passant par 1 gr. 45 centigr., puis 11 grammes, 20 grammes, 16 grammes, 14 grammes, pour revenir enfin au chiffre physiologique de 12 grammes. Ce n'était pas là question d'alimentation, le malade ayant été soumis pendant tout ce temps à une diète lactée uniforme, ni probablement, nous le verrons, une question de sérum injecté. Malgré leur diffusibilité si rapide, il semble qu'il y ait eu là une véritable rétention des chlorures, qui n'a pris fin qu'après la terminaison de la crise polyurique et azoturique.

Notons qu'à aucun moment les recherches urologiques n'ont pu nous donner la preuve d'un degré quelconque d'*insuffisance hépatique* : azoturie au lieu d'hypoazoturie, absence d'urobilinurie, glycosurie alimentaire négative, rien ne décelait une lésion ou une diminution fonctionnelle de la cellule hépatique. L'épreuve par le bleu de méthylène a été faite deux fois, d'abord dans les premiers jours d'hospitalisation du malade, mais dans de mauvaises conditions, avec une solution déjà ancienne, employée par erreur, et qui, en raison de son altération, n'a donné lieu à aucune élimination de bleu; une seconde fois, au trente-quatrième jour, avec une élimination à type continu.

Je me demande, en présence de ce syndrome, s'il n'aurait pas fallu penser, non pas à un état de *dyshépatie* (Boix), mais plutôt à un de ces faits d'*hyperhépatie*, comme les a appelés Gilbert. On s'expliquerait ainsi et le taux énorme de l'azoturie, et l'absence de tous les signes révélateurs de l'insuffisance hépatique, même de celui que je considère comme le plus sensible et le plus constant, l'élimination intermittente du bleu de méthylène.

Pour contrôler cette interprétation, il aurait fallu reprendre l'épreuve de la glycosurie alimentaire, la pousser plus avant, voir si la cellule hépatique n'était pas devenue, de par son hyperactivité fonctionnelle, capable d'arrêter et de retenir au passage une quantité de glycose

supérieure à la quantité normalement neutralisée. C'eût été une recherche intéressante, que je regrette de ne pas avoir pratiquée.

L'examen du sang a compris la numération des hématies, des leucocytes, le dosage de l'hémoglobine, et la recherche de la densité et de la vitesse de coagulation; voici ce que nous avons trouvé.

Pendant les trois premiers jours de notre observation, nous avons constaté un syndrome de *concentration et d'hyperdensité du sang*. Toutes les méthodes employées conduisaient à cette conclusion : hyperglobulie légère (5,673,000, puis 5,580,000 hématies), augmentation notable du taux de l'hémoglobine (107 et 108 %), leucocytose (23,800 et 17,300 globules blancs), apparition très rapide du réticulum fibrineux (en trois minutes quarante-cinq secondes et trois minutes trente secondes), enfin densité du sang très accrue, puisque, calculée très exactement par M. A. Jousset avec le procédé de Schmaltz, elle était de 1,066, alors que le chiffre normal semble varier entre 1,050 et 1,055.

Cette concentration du sang avec hyperfibrinose était si prononcée, que le sang se coagulait presque instantanément dans le tube capillaire où il était aspiré, et que son examen était rendu vraiment difficile par cette hypercoagulabilité

Remarquons, d'autre part, un fait que les autres dosages ultérieurement pratiqués chez notre malade ont confirmé; c'est le rapport direct entre le taux de l'hémoglobine et la densité sanguine. C'est là un fait à peu près général, et l'on sait, par exemple, combien est abaissée la densité du sang dans la maladie qui réduit au minimum le pourcentage de l'hémoglobine, la chlorose. C'est qu'en effet le poids moléculaire de l'hémoglobine est très élevé, de 11,881 d'après l'analyse récente de Kossel (A. Gautier). Le dosage de l'hémoglobine nous permet donc, en clinique, une estimation, non pas rigoureuse mais approximative, du poids spécifique du sang.

Comment expliquer, chez notre malade, cette concentration excessive du sang ? Etait-elle primitive ou secondaire ? Secondaire, à coup sûr, et facile à comprendre, si l'on tient compte de la polyurie azoturique énorme que nous avons signalée. L'urée est un véritable diurétique physiologique, comme l'ont montré les expériences de M. Bouchard, si bien que l'on peut reconstituer ainsi l'enchaînement physiologique des processus qui se sont associés dans notre cas : incitation et hyperactivité fonctionnelle de la cellule hépatique, exaltation de son pouvoir uréogénique, diurèse provoquée par l'élimination de quantités énormes d'urée, déshydratation secondaire et hyperdensité du liquide sanguin. Le tout est très comparable, dans les conséquences au moins, à un véritable *diabète azoturique passager* d'origine hépatique.

DATES	Jours de la maladie.	Glob. rouges.	Hémogl.	Globules blancs.	Densité.	Réticul.	Toxicité du sérum.
11 novembre.	10	5.673.000	107 %	23.870 { P = 93, M = 6, L = 1			En inj. intracéréb. 1/10 de c.c. tue en 2 h.
13 —	12	5.580.000	108 %	17.329 { P = 86, M = 7, L = 6, E = 1	1066	3 min. 45	
15 —	14	5.332.000	90 %	9.045 { P = 87, M = 9, L = 4		3 min. 30	
16 —	15						1/10 de c.c. tue en 2 h. 1/2.
18 —	17	4.371.000	85 %	8.990	1053	4 min.	
21 —	20	4.278.000	82 %	8.370 { P = 68, M = 22, L = 9, E = 4	1049	2 min. 30	
23 —	22	4.278.000	80 %	10.447		9 min.	
27 —	26						1/5 de c.c. n'amène pas la mort.
1er décembre	30	4.650.000	75 %	15.037 { P = 61, M = 27, L = 12		6 min.	
7 —	36	4.216.000	80 %	14.074		9 min.	

De cette conception pathogénique découlait une application thérapeutique légitime, celle de rendre au sang la proportion normale d'eau qu'il avait perdue. Dans ce but, j'ai institué une médication par le sérum artificiel employé à haute dose : un litre par voie sous-cutanée les douzième, treizième et quatorzième jours de la maladie, puis même quantité par la voie rectale du quinzième au dix-neuvième jour, enfin un demi-litre par voie rectale les vingtième et vingt et unième jours.

Mais cette médication, pour utile qu'elle ait été cependant à notre ictérique, n'en a pas moins donné des résultats immédiats assez imprévus, surtout les jours où l'injection fut pratiquée sous la peau. Ce sérum ne semblait pas éliminé en proportion de son absorption; localement, il était bien résorbé, la boule d'œdème sous-cutané disparaissait dans le délai normal, mais le taux des urines baissait plutôt qu'il n'augmentait et le poids corporel, mesuré chaque jour, s'accroissait précisément du poids de la quantité de sérum injecté. Ce sérum semblait donc être retenu dans l'organisme, non pas à l'état circulant, mais à l'état de liquide de constitution, par réhydratation du plasma sanguin, et surtout peut-être des *plasmas interstitiels*, car, en même temps, se produisait une bouffissure manifeste du visage, un œdème de la face, semblable, quoique moins prononcé, à l'œdème des néphrites aiguës; à aucun moment, bien entendu, il n'y a eu trace d'albuminurie.

Par le fait de cette réhydratation expérimentale des humeurs, le syndrome hématique se modifiait rapidement et revenait à la normale. Le chiffre des hématies et des leucocytes redevenait physiologique, le taux de l'hémoglobine baissait de 90 à 85 %, la densité sanguine n'était plus que de 1,053.

Quelques jours plus tard encore, vers le vingtième jour de la maladie, la situation était renversée; notre malade devenait un *hydrémique*, à sang dilué et peu dense (1,049), et, dès lors, la cessation de la médication par le sérum s'imposait. C'était la fin du processus morbide, et bientôt tous les syndromes urologiques et hématiques se régularisaient et s'accordaient à montrer qu'une guérison définitive était obtenue.

J'ajoute, pour compléter l'ensemble de ces recherches, que l'étude comparée, faite par M. Ravaut, de la toxicité du sérum et de l'urine nous a donné des résultats concordants. Toxicité très grande les premiers jours, puisque en deux heures on obtenait la mort d'un cobaye en injectant dans le cerveau soit 1/20 de centimètre cube d'urine, soit 1/40 de centimètre cube de sérum. Puis, assez rapidement, les toxicités du sérum et de l'urine diminuèrent et revinrent à un taux sensiblement physiologique.

Un dernier signe, le plus important peut-être au point de vue du pronostic, nous était fourni par la courbe des pesées corporelles quotidiennes (Voir le premier tableau). Nous n'avons pas assisté aux dix premiers jours de la maladie; mais il est probable que, pendant ce laps de temps, un amaigrissement notable avait eu lieu, car, si notre ictérique n'a perdu sous nos yeux que quelques livres, dès le vingtième jour il a repris du poids, et il a augmenté de 18 livres en moins de quinze jours. Rien n'est plus instructif que cette courbe des poids chez les ictériques, rien ne montre mieux, pour ainsi dire, la ligne de partage des processus, le moment précis où la convalescence succède à la maladie. C'est là, du reste, un fait général, et je crois bien que la meilleure définition clinique de la convalescence serait celle-ci : dans une maladie aiguë, la convalescence commence au moment où le graphique quotidien du poids corporel cesse d'être descendant ou stationnaire, pour devenir franchement et rapidement ascensionnel.

Tel est l'ensemble des recherches de physiologie pathologique que nous avons poursuivies dans ce cas d'ictère infectieux. Il n'a pas laissé que d'être laborieux, et n'a pu être mené à bien que grâce au concours dévoué de mes internes, MM. Ravaut et A. Jousset. Encore aurions-nous pu pousser les choses plus loin, et la limite des études, en pareil cas, n'est autre que celle qu'imposent l'outillage expérimental et le temps que l'on peut leur consacrer.

Ce ne sont pas là, du reste, simples recherches de curiosité scientifique. Ce n'est qu'en accumulant et comparant des faits ainsi étudiés dans le détail que l'on peut espérer débrouiller et comprendre les processus si complexes des ictères infectieux, et donner en même temps aux indications thérapeutiques une direction raisonnée, une base vraiment physiologique.

MÉDECINE PRATIQUE

Les manifestations vertébrales de la fièvre typhoïde.

On sait que la fièvre typhoïde est susceptible de déterminer des lésions ostéomyélitiques, dues tantôt au bacille d'Eberth lui-même, tantôt à une infection secondaire par le staphylocoque ou le streptocoque. Ces manifestations osseuses de la dothiénentérie peuvent présenter une intensité variable; réduites parfois à de simples douleurs vagues et diffuses siégeant en certaines parties du squelette, elles sont représentées ailleurs par un point douloureux fixe, nettement localisé, mais sans modifications de la région; si les lésions vont plus loin, on voit se former une tuméfaction, un foyer périostique plus ou moins étendu; enfin l'ostéomyélite typhoïdique aboutit parfois à la formation de pus, celui-ci pouvant se résorber ou se frayer une voie jusqu'au dehors (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 345).

Ces lésions, dont le tibia et les côtes sont les sièges de prédilection, ont été signalées dans diverses parties du squelette; mais M. le docteur H. Quincke, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Kiel, paraît avoir décrit le premier, en 1899, leur localisation au rachis, d'après l'histoire de deux malades de son service. Quelques mois plus tard, M. le docteur A. Könitzer, assistant de l'hôpital Bethanie à Stettin, relatait un cas analogue; enfin, tout récemment, M. le docteur A. Schanz (de Dresde) observait un quatrième fait du même genre. La *spondylite typhoïdique* ne paraît donc pas être une affection très rare, et il importe de la connaître, tant au point de vue du traitement à instituer que du diagnostic différentiel d'avec la spondylite tuberculeuse ou mal de Pott classique.

Chez les 4 malades dont il s'agit (3 hommes et 1 femme), les manifestations rachidiennes apparurent soit quelques semaines après la guérison de la fièvre typhoïde, soit à la période de déclin de cette affection, dont la nature fut vérifiée dans deux cas par la séroréaction de Widal. Elles consistèrent en douleurs intenses, siégeant à la région lombaire de la colonne vertébrale et accompagnées de fièvre. Les apophyses épineuses des vertèbres lombaires, parfois aussi celles de la partie supérieure du sacrum, étaient extrêmement sensibles à la pression; le moindre mouvement du tronc provoquant de très vives souffrances, les patients se tenaient immobiles, dans une attitude rigide bien caractéristique de la spondylite. On notait un affaiblissement marqué des membres inférieurs, qui étaient également le siège de douleurs lancinantes. Les réflexes rotuliens, exagérés au début, s'affaiblirent et même disparurent dans la suite. Enfin, dans une observation, M. Quincke signale une incontinence passagère des matières fécales et des urines, due évidemment à une lésion de contiguïté de la moelle.

On n'a constaté que chez 2 malades une tuméfaction au niveau de la région douloureuse : une fois, la tumeur correspondait aux vertèbres lombaires inférieures et aux deux premières vertèbres sacrées; l'autre fois, elle occupait la masse des muscles sacro-lombaires du côté droit. Jamais on ne vit se produire la moindre déformation de la colonne vertébrale, et, point important, les 4 malades ont guéri.

Mais si, dans ces observations, les manifestations vertébrales ont évolué d'une façon bénigne, il ne s'ensuit pas forcément qu'il doive toujours en être ainsi; il est permis de supposer, au contraire, que la spondylite typhoïdique peut produire des troubles médullaires graves, alors surtout qu'elle aboutit à la suppuration. Il est donc nécessaire d'instituer à temps le traitement que réclame cette affection, et, pour cela, d'en faire le diagnostic précoce.

Ce diagnostic n'offre des difficultés que dans les cas où l'existence d'une fièvre typhoïde antérieure est méconnue. En pareille occurrence, on se basera surtout sur le fait que la spondylite typhoïdique débute brusquement, à l'encontre du mal de Pott dont l'évolution est toujours chronique. On recherchera, en outre, s'il n'existe pas de lésions osseuses autres que celles des vertèbres, les manifestations ostéomyélitiques de la dothiénentérie offrant fréquemment des localisations multiples. Enfin, on aura recours à la séroréaction de Widal, qui, on le sait, peut donner un résultat positif longtemps après la guérison de la fièvre typhoïde.

Pour ce qui concerne le traitement, on se guidera essentiellement sur l'intensité des phénomènes douloureux. Tant que ces derniers sont modérés, on peut se borner au repos au lit dans le décubitus dorsal; l'usage interne des analgésiques, notamment du salicylate de soude, rend parfois des services. Mais lorsque les douleurs persistent ou même augmentent d'intensité, il ne faut pas hésiter à placer le patient dans un appareil plâtré. On obtient ainsi la disparition instantanée des phénomènes douloureux, en même temps qu'on enraye la marche progressive du processus ostéomyélitique. Plus tard, on prescrira pendant un certain temps le port d'un corset de Sayre ou de tout autre appareil d'immobilisation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 avril 1900.

De la pleurésie appendiculaire.

M. Dieulafoy. — Je désire attirer votre attention sur une complication assez fréquente de l'appendicite, je veux parler de l'infection de la plèvre, que je propose de désigner sous le nom de *pleurésie appendiculaire*.

Un premier point à préciser, c'est la façon dont l'infection appendiculaire atteint la cavité pleurale. L'étude attentive des lésions dans les cas que j'ai observés m'a démontré que la pleurésie appendiculaire est le résultat de leur propagation par la voie lymphatique. D'une façon générale, l'infection appendiculaire, devenue péritonéale, gagne l'hypocondre droit, traverse le diaphragme et envahit la cavité pleurale. Il s'agit donc ici d'une infection à type remontant.

La complication pleurale apparaît habituellement du huitième au quinzième jour après le début de l'appendicite. L'infection, partie du foyer appendiculaire, ne commençant guère sa migration ascendante avant le troisième ou le quatrième jour de la maladie, le chirurgien a le temps d'intervenir; en faisant disparaître en temps voulu le foyer infectant, il supprime du même coup toute cause d'infection secondaire et coupe le mal dans sa racine.

Toute appendicite aiguë, légère ou intense, peut être suivie de pleurésie appendiculaire. Cette manifestation, qui siège habituellement du côté droit, est précédée de symptômes hépatophréniques : douleurs à l'hypocondre droit, irradiations du côté de l'épaule, anxiété dyspnéique, augmentation apparente du volume du foie, etc. Ces symptômes s'expliquent par la péri-hépatite et par l'empyème sous-phrénique qui précèdent l'épisode pleural.

Les symptômes pleuraux, tels que le point de côté et la toux, apparaissent à leur tour et se confondent avec les phénomènes hépatophréniques.

La pleurésie appendiculaire n'ayant pas toujours la même évolution, il est important de l'étudier dans ses diverses modalités. Habituellement, elle est putride et à grand épanchement. Au début, on constate des frottements plus ou moins étendus, puis, très rapidement, les signes de l'épanchement : matité, absence de vibrations, souffle, etc.

La fièvre est variable, tantôt violente, tantôt légère. La dyspnée, l'anxiété, la perte des forces, la mauvaise qualité du pouls, la teinte blafarde et terreuse des téguments témoignent de la gravité de la situation; il est vrai que l'infection pleurale n'est pas seule en cause: l'infection péritonéale a sa part de responsabilité.

L'œdème des parois thoraciques n'est pas rare. Assez souvent, la percussion dénote au sommet de la poitrine un tympanisme exagéré et l'auscultation permet de reconnaître les signes d'un pneumothorax : souffle amphorique, succussion hippocratique.

La première idée qui se présente à l'esprit, c'est qu'il s'agit d'une perforation tuberculeuse du poumon; le pneumothorax par perforation a longtemps occupé une situation tellement prépondérante, qu'on pense à peine à la possibilité du pneumothorax par putréfaction. Mais qu'il y ait ou non pneumothorax, du moment qu'une pleurésie se développe hâtivement au milieu de symptômes graves, on doit, sans tarder, s'enquérir de la nature de l'épanchement. Dans ce but, il faut pratiquer une ponction exploratrice, et retirer un ou plusieurs grammes de liquide. On constate alors que celui-ci n'est pas purulent au vrai sens du mot; il se montre séreux, sale, trouble, mal lié, grisâtre et fétide. Sans attendre le résultat des cultures aérobies ou anaérobies, on doit immédiatement pratiquer l'opération de l'empyème.

Telle est la pleurésie appendiculaire dans sa forme la plus habituelle. Parfois, l'infection étant réduite à son minimum, on n'observe qu'un léger épanchement séreux qui se résorbe spontanément ou qui cède à la ponction sans incidents.

M. Lancereaux fait observer que la pleurésie appendiculaire n'est pas contestable, mais qu'elle est très rare.

Diagnostic rapide de la rage du chien mordeur.

M. Cornil lit, au nom de M. Babes (de Bucharest), une note dans laquelle cet auteur montre la possibilité de faire le diagnostic rapide de la rage par l'examen du bulbe et de la moelle du chien mordeur.

Cet examen se pratique comme il suit :

1° On inocule un fragment du cerveau du chien mordeur dans l'encéphale de lapins;

2° On durcit au moyen de l'alcool formolisé une tranche du bulbe du même chien; au bout de vingt-quatre heures, on pratique des coupes que l'on colore au moyen de la fuchsine phéniquée, du bleu de méthylène ou du polychrome; on déshydrate ensuite ces coupes, on les monte et on les examine à un faible grossissement.

Si l'examen histologique permet de constater dans la substance grise des nodules embryonnaires, en même temps qu'un état embryonnaire périvasculaire ou général, avec chromatolyse des éléments nerveux, on peut affirmer que le chien mordeur était enragé.

Dans tous les cas, en effet, où ces lésions bulbaires ont été notées, les animaux inoculés avec la substance cérébrale du chien mordeur ont présenté des accidents rabiques; ceux-ci ont fait défaut, au contraire, chez les lapins inoculés avec le cerveau de chiens dont le bulbe ne présentait aucune des altérations sus-énoncées.

Eviscération ignée de l'œil.

M. Panas communique, au nom de M. Lapersonne (de Lille), un procédé d'éviscération ignée du globe oculaire dans les cas de panophtalmie.

Après narcose chloroformique, M. Lapersonne fend la cornée en quatre, sans l'exciser. Lorsque le pus s'est écoulé, il introduit dans la cavité de l'œil le long couteau du thermocautère chauffé au rouge, qu'il promène circulairement de façon à carboniser, après extraction du cristallin, le corps vitré, la rétine et la choroïde. Cela fait, il porte une dernière fois la pointe du couteau sur le disque optique; puis, il injecte à plusieurs reprises dans la coque sclérale vide une solution aqueuse de sublimé ou de cyanure de mercure. Le pansement consiste à insuffler de la poudre d'iodoforme entre les quatre lambeaux cornéens et à laisser la cicatrisation se faire sans suture ni bandage ouaté occlusif.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 avril 1900.

Contribution à l'étude des sérums antileucocytaires; leur action sur la coagulation du sang.

M. Delezenne. — Des recherches antérieures m'ayant montré que tous les agents anticoagulants du groupe de la peptone sont des destructeurs des globules blancs et que la leucolyse *in vivo* est le *primum movens* de l'incoagulabilité (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 366), il m'a paru intéressant d'étudier l'action anticoagulante d'un sérum antileucocytaire obtenu par l'injection, à d'autres espèces animales (lapins, chèvre, canards), d'émulsion de ganglions lymphatiques ou de sérum défibriné de chien.

Ce sérum antileucocytaire, ajouté, *in vitro*, à du sang de chien, favorise la prise en caillot et diminue le temps de coagulation; au contraire, introduit dans le torrent circulatoire, il entrave la coagulation, en même temps que l'on constate chez l'animal en expérience une hypoleucocytose marquée, une excitation très vive suivie d'une narcose profonde, enfin une chute considérable de la pression sanguine : c'est, on le voit, le tableau complet de l'intoxication peptonique.

Des différenciations hétérotopiques; processus tératologiques.

M. Rabaud. — L'arrêt de développement, que l'on invoque d'ordinaire pour expliquer la plupart des monstruosités, ne me paraît pas évident dans tous les cas. Bien souvent, il s'agit alors d'un processus que je désigne sous le nom de *différenciation hétérotopique*, et qui a pour origine la possibilité que possèdent les organes de naître en tout ou en partie sur le blastoderme en un lieu différent de celui qui leur est ordinairement assigné, soit avec leurs contours habituels *(différenciation hétérotopique figurée)*, soit en nappe *(différenciation hétérotopique diffuse)*. Cette théorie explique d'une façon satisfaisante certains cas de spina-bifida, probablement aussi de kystes dermoïdes, pour lesquels on ne constate ni arrêt de développement, ni coalescence de deux embryons.

Sur un nouveau microbe pathogène : la bactéridie myophage du lapin.

M. Phisalix. — Le microbe qui fait l'objet du présent travail est l'agent d'une maladie

spontanée du lapin, caractérisée surtout par des phénomènes de paralysie ou de contracture. Ce microorganisme envahit uniquement les muscles, dans lesquels il prolifère et qu'il désagrège. C'est un bacille immobile, affectant parfois dans les cultures la forme filamenteuse; il ne prend pas le Gram et se cultive bien sur bouillon peptonisé. Son inoculation au lapin reproduit les symptômes de l'affection spontanée; le chien paraît assez résistant; le pigeon et le cobaye, par contre, succombent avec des lésions musculaires étendues.

Sur la fixation des bases alcalines dans le squelette minéral du fœtus pendant les cinq derniers mois de la grossesse.

M. Hugounenq. — L'analyse des cendres provenant de l'incinération complète de 7 embryons d'âges divers m'a permis de constater, relativement aux proportions respectives de soude et de potasse, que la soude est prédominante pendant les premiers mois, à cause de l'abondance du tissu cartilagineux riche en sel marin; mais à mesure que les organes contenant beaucoup de sels de potasse, comme les globules rouges et les fibres striées, se développent, on voit augmenter la proportion de ce dernier corps, qui est ainsi en rapport avec le degré de développement, et aussi, dans une certaine mesure, avec la vigueur du sujet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 avril 1900.

De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale.

M. Pousson (de Bordeaux). — Je suis intervenu 12 fois dans des cas de tuberculose rénale compliquée d'infection secondaire. J'ai pratiqué 5 fois la néphrotomie, avec 1 mort et 4 survies, et 7 fois la néphrectomie, avec 7 succès opératoires. Sur mes 4 néphrotomisés, 2 sont morts ultérieurement; les 2 autres vivent encore, et, chez un d'eux, la néphrectomie secondaire paraît avoir amené une guérison durable.

Les résultats obtenus par la néphrectomie, chez mes 7 malades montrent bien la supériorité incontestable de cette opération sur la néphrotomie. Bien entendu, j'ai toujours fait la néphrectomie extrapéritonéale, en ayant soin de compléter l'extirpation du rein par la résection de l'uretère.

M. Reynier. — Je crois que lorsqu'on se décide à intervenir contre la tuberculose rénale, il est préférable, comme M. Pousson vient de le dire, de pratiquer la néphrectomie, après s'être assuré de l'intégrité de l'autre rein. Quant à l'urétérectomie, je l'ai toujours préconisée comme étant le complément indispensable de la néphrectomie.

M. Tuffier. — Le traitement de la tuberculose rénale doit varier forcément suivant les malades. C'est ainsi que la néphrotomie vise surtout les cas où il y a rétention et a pour but de remédier aux accidents immédiats que crée la pyélonéphrite compliquée de rétention.

En ce qui concerne l'urétérectomie, elle est inutile quand les lésions sont limitées au rein et que l'uretère a subi une transformation fibreuse.

M. Albarran. — Dans le cas de pyonéphrose, je préfère la néphrectomie à la néphrotomie, lorsque j'ai acquis la certitude que l'autre rein est sain.

J'ai opéré 35 malades atteints de tuberculose rénale, 12 fois par la néphrotomie, avec 12 succès opératoires, et 23 fois par la néphrectomie, avec 22 guérisons et une mort.

M. Tuffier. — Je crois que, dans le cas de pyélonéphrite tuberculeuse, il peut être imprudent de faire d'emblée la néphrectomie, en raison des difficultés qu'il y a à s'assurer de l'état d'intégrité de l'autre rein.

M. Pousson. — La néphrotomie me paraît ne devoir donner des résultats satisfaisants que dans les cas exceptionnels où la substance rénale est entièrement détruite et où l'on a affaire en quelque sorte à une vaste pyonéphrose.

Invagination iléo-cæcale.

M. Kirmisson. — M. Lyot nous a communiqué une observation d'invagination iléo-cæcale au sujet de laquelle vous m'avez chargé de vous présenter un rapport. Il s'agissait d'un enfant de dix mois, qui avait été pris brusquement de phénomènes d'occlusion intestinale et qui présentait en même temps une petite tumeur abdominale appréciable à la palpation; on avait constaté le rejet par l'anus de mucosités sanguinolentes. Notre collègue, appelé comme chirurgien de garde, put intervenir quatre heures après le début des accidents; il lui fut facile de réduire l'invagination, et l'opération fut complétée par la résection de l'appendice, qui était tordu et congestionné. La guérison se fit sans incident.

A ce propos, je crois devoir vous relater le fait suivant : le 15 février dernier, on amenait dans mon service un enfant de quatre ans et demi pour lequel on avait porté le diagnostic d'appendicite. Or, on sentait du côté droit de l'abdomen, au voisinage de la fosse iliaque, une tumeur parfaitement mobile, et je diagnostiquai une invagination intestinale. La laparotomie me montra qu'il s'agissait, en réalité, d'une sorte de hernie rétro-cæcale, constituée par une anse grêle. Le petit opéré guérit très rapidement.

Grossesse extra-utérine et inondation péritonéale.

M. Reynier. — Au cours d'une de nos dernières séances, M. Routier a suffisamment insisté sur les indications de l'intervention d'urgence dans l'inondation péritonéale consécutive à une rupture de grossesse extra-utérine (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 107); aussi, je désire seulement attirer votre attention sur quelques points de technique opératoire. Sauf dans les cas où l'on trouve un placenta adhérent, qui peut saigner encore, je crois qu'il suffit, pour obtenir l'hémostase, de lier l'artère utéro-ovarienne, après ablation de la trompe rompue et de l'ovaire correspondant. Cela fait, on doit nettoyer complètement le petit bassin, enlever tous les caillots et faire un lavage à l'eau salée, si c'est nécessaire. Quant au drainage par la méthode de Mikulicz, il me paraît insuffisant lorsqu'on n'est pas certain d'avoir bien nettoyé le petit bassin, car il n'assure pas l'écoulement du liquide comme le ferait un large drain.

M. Quénu. — Je suis tout à fait opposé au lavage du péritoine dans le cas d'inondation péritonéale consécutive à une rupture de grossesse extra-utérine; il s'agit là, en effet, d'une hémorrhagie aseptique qui ne justifie en aucune façon une semblable pratique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 avril 1900.

Diagnostic et traitement du pneumothorax à soupape.

M. Béclère. — Je désire attirer votre attention sur un moyen à la fois pratique et inoffensif de mesurer la tension intrapleurale dans les cas de pneumothorax.

Ce moyen de diagnostic, qui est en même temps un procédé de traitement, consiste à pratiquer une ponction capillaire de la plèvre dans un espace intercostal, à l'aide d'une simple aiguille à injections hypodermiques. Cette aiguille est reliée par un tuyau de caoutchouc à un tube de verre long de 15 centimètres environ, plongeant à moitié dans une éprouvette remplie d'eau.

Ce manomètre, facile à improviser, permet de reconnaître aisément, grâce aux changements de niveau du liquide qui se produisent dans le tube, si le pneumothorax est ouvert, à soupape, ou fermé.

La ponction capillaire pratiquée avec ce petit appareil est aussi le meilleur mode de traitement du pneumothorax à soupape. Elle constitue, en effet, une issue suffisante pour l'air accumulé en excès dans la plèvre et peut être répétée aussi souvent qu'il est nécessaire sans exposer le malade au danger de l'emphysème sous-cutané, comme cela peut arriver quand on se sert d'un trocart pour évacuer les gaz de la plèvre. J'estime, en outre, que l'aspiration doit être exclue du traitement des épanchements gazeux de la cavité pleurale. Si le pneumothorax est ouvert, l'aspiration ne sert à rien; s'il est fermé, elle expose à la rupture de la cicatrice, et, enfin, elle est encore superflue dans le pneumothorax à soupape, puisqu'il s'agit seulement alors d'évacuer l'excédent de gaz, ce que la ponction capillaire réalise parfaitement.

Cet excès de gaz dans le pneumothorax étant toujours dû aux efforts de toux, on devra diminuer ceux-ci autant que possible par l'usage de la morphine. Les injections morphiniques, si utiles pour combattre la douleur, la dyspnée et la toux dans toutes les perforations pulmonaires, me paraissent particulièrement indiquées dans les cas de pneumothorax à soupape.

M. Galliard rappelle que la gravité immédiate d'un pneumothorax dépend beaucoup plus de l'importance des lésions pulmonaires du côté opposé que de l'hypertension gazeuse intrapleurale.

Intoxication professionnelle par les vapeurs de chlore; acné chlorique et tuberculose pulmonaire.

M. Rénon relate, au nom de M. Latron et au sien, l'observation d'un malade qui fut atteint d'acné comédon et de tuberculose pulmonaire, à la suite d'un séjour de neuf mois dans une usine de produits chimiques où l'on fabrique le chlore et le chlorure de chaux par électrolyse du chlorure de sodium. En nettoyant les baquets ou « cellules », cet homme inhalait des vapeurs de chlore qui s'échappaient aussi des tuyaux.

L'acné comédon de ce malade présentait tous les caractères attribués récemment à l'acné chlorique (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p 24) observé chez des ouvriers employés au même travail et dans la même usine. Les lésions tuberculeuses du poumon (ramollissement et excavation) n'ayant débuté qu'après plusieurs mois de séjour dans cette fabrique et le malade n'ayant jamais présenté auparavant de signes de tuberculose, il est bien difficile de ne pas faire jouer aux vapeurs de chlore un rôle important dans la genèse des manifestations pulmonaires, ces vapeurs pouvant déterminer aussi bien des accidents pulmonaires chroniques que des accidents aigus.

Moule fibrineux bronchique d'origine hémorrhagique.

M. Souques communique l'observation d'un jeune homme qui, au vingt-septième jour d'une fièvre typhoïde, fut pris d'un accès de suffocation intense : on pratiqua la trachéotomie d'urgence, mais, une fois la canule en place, on s'aperçut que le malade ne respirait plus; immédiatement on retira la canule et il sortit de la plaie trachéale une concrétion fibrineuse rougeâtre et ramifiée longue de 16 centimètres et large d'un demi-centimètre. Cette concrétion était constituée exclusivement par du sang coagulé et ne contenait que quelques rares streptocoques et staphylocoques blancs.

Le malade ayant succombé, on trouva les bronches légèrement enflammées et oblitérées en partie par des caillots; les poumons étaient le siège d'une congestion assez intense. Il est intéressant de noter que, contrairement à ce qui a été observé par les auteurs dans des cas semblables, le malade n'avait jamais présenté d'hémoptysies.

Entérite cholériforme due à l'association du colibacille et de l'entérocoque.

M. Galliard signale la présence, dans les selles d'un malade qui a succombé dans le marasme onze jours après le début d'une entérite cholériforme, de colibacilles associés aux entérocoques décrits par M. Thiercelin (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 144 et 221). Les mêmes microbes ont été retrouvés par M. R. Monod dans les cultures du sang et de différents liquides provenant de ce sujet. Le nombre des entérocoques étant supérieur à celui des colibacilles, il est permis de penser que c'est au premier de ces microbes que revient le rôle prépondérant dans la genèse de l'entérite cholériforme.

M. Hayem fait remarquer que, d'après des recherches encore inédites de M. Thiercelin, il semble hors de doute que les formes gastro-intestinales de l'épidémie actuelle de grippe soient toutes attribuables à une entérococcie généralisée; on retrouve, en effet, constamment l'entérocoque, non seulement dans l'intestin, mais encore dans le sang et dans l'urine des malades.

Cette constatation, intéressante en soi, permet,

en outre, de comprendre les relations étroites, établies seulement jusqu'ici par la clinique, qui existent entre la grippe et l'appendicite.

Cirrhose hypertrophique biliaire à début splénique avec adénomégalie.

M. Milian présente, au nom de M. Landrieux et au sien, des pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'un jeune homme de vingt-deux ans dont l'affection avait débuté, au mois d'octobre dernier, par des douleurs dans l'hypocondre gauche, avec alternatives de diarrhée et de constipation, etc. On ne constatait à cette époque aucun autre signe physique qu'une hypertrophie considérable de la rate. Quelque temps après apparut un léger ictère qui peu à peu augmenta d'intensité, sans que les selles aient jamais cessé d'être colorées. En même temps, on notait une augmentation de volume du foie et les urines donnaient la réaction de Gmelin. L'examen du sang resta négatif et le malade, qui à aucun moment n'avait présenté de fièvre, succomba au mois de février à des hématémèses répétées. Le diagnostic porté pendant la vie avait été celui de maladie de Hanot à début splénique.

L'autopsie montra qu'il s'agissait bien d'une cirrhose hypertrophique biliaire sans ascite. Les hématémèses qui avaient été la cause de la mort étaient dues à une petite ulcération située au niveau d'une varice œsophagienne. La rate pesait 1,900 grammes et le foie 2,070 grammes. Tous les ganglions abdominaux, ceux du hile du foie en particulier, étaient hypertrophiés; le sang n'était pas coagulé dans les vaisseaux.

L'examen microscopique révéla des lésions cirrhotiques de la rate avec disparition presque complète des glomérules de Malpighi; le foie présentait une cirrhose portobiliaire avec périangiocholite; les ganglions étaient sclérosés et chargés de pigments biliaires.

M. Chauffard. — L'évolution des lésions, chez le malade de MM. Landrieux et Milian, vient à l'appui de l'opinion que j'ai soutenue, à savoir que dans les cas de ce genre la lésion splénique précède très souvent la lésion hépatique et la commande; aussi ne me paraît-il pas possible de faire rentrer ces faits dans le cadre de la maladie de Hanot.

M. Hayem. — L'observation de M. Milian répond tout à fait au complexus morbide que j'ai décrit sous le nom d'ictère chronique splénomégalique et qui diffère totalement, par son évolution clinique et anatomique, de la maladie de Hanot.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 avril 1900.

De la lésion primitive du tabes.

M. Nageotte. — J'ai eu l'occasion d'étudier récemment le système nerveux d'une femme qui avait présenté tous les symptômes d'une tumeur cérébrale, avec le signe de Westphal en plus. L'autopsie m'a montré que la tumeur, un gliome, siégeait sur le corps calleux, et que l'abolition des réflexes était due à une dégénérescence récente des racines postérieures sur toute la hauteur de la moelle, avec prédominance à la région cervicale.

L'étude de ce cas m'a prouvé qu'il s'agissait en réalité d'un tabes légitime qui coïncidait avec la tumeur. La méthode de Marchi m'a permis de préciser le point de départ du processus tabétique; elle a démontré, en outre, l'exactitude de la théorie de la *nécrite radiculaire interstitielle transverse* que j'ai proposée en 1894 (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 522). En effet, il existait sur le trajet des nerfs radiculaires une lésion conjonctive, limitée mais très intense, ayant encore nettement le caractère infectieux, et associée à des altérations de la myéline exactement localisées au point de passage des racines antérieures et postérieures à travers la lésion conjonctive, sans destruction des cylindres-axes.

Les conséquences de cette lésion sont différentes pour les deux espèces de racines : les racines antérieures, en effet, sont intactes audessous de la lésion et leurs neurones ne paraissent pas en souffrir; les racines postérieures, au contraire, après avoir repris presque entièrement leur aspect normal au-dessus de la zone de sclérose, présentent, aussitôt arrivées dans la moelle, une dégénérescence intense de leurs collatérales et de leurs extrémités. Ce fait montre la réalité d'une résistance spéciale du neurone moteur, dont j'avais soupçonné l'existence, mais qui n'est cependant pas absolue, comme je l'ai établi l'an dernier (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 270). Le cas présent confirme encore cette manière de voir et donne, en outre, la raison de ce que M. Pierre Marie a appelé l'incongruence des lésions radiculaires postérieures dans le tabes.

La gaine du nerf radiculaire s'infecte secondairement à l'apparition d'une méningite spéciale, qui ne manque jamais dans le tabes et qu'on retrouve ici. On peut comparer la lésion du nerf radiculaire au retentissement à distance des lésions infectieuses locales sur les voies lymphatiques.

La systématisation des lésions du tabes dépend donc de deux ordres de facteurs : 1° des dispositions particulières de l'appareil lymphatique, qui permettent à l'agent morbide de concentrer son action sur un point spécial des racines; 2° des propriétés spéciales des neurones radiculaires, qui font que la racine antérieure résiste, ou, après avoir cédé, tend à se réparer, tandis que la racine postérieure dégénère progressivement sous l'influence de la lésion infectieuse du nerf radiculaire.

Bactériologie des empyèmes des sinus de la face.

MM. Stanculeanu et **Baup.** — On peut cliniquement et bactériologiquement distinguer deux variétés d'empyèmes de la face : les uns à pus fétide, polymicrobien, renfermant surtout des espèces anaérobies (bacillus ramosus, serpens, perfringens, thetoides, etc.), et consécutifs à des infections d'origine dentaire; les autres, d'origine nasale, à muco-pus non fétide, ne renfermant que des espèces aérobies banales, hôtes habituels des fosses nasales. L'examen des cavités de la bouche et du nez confirme entièrement cette manière de voir : tandis que, dans la bouche, les microbes anaérobies pullulent, nous ne les avons rencontrés qu'exceptionnellement dans le nez.

Injectés aux animaux, les microbes aérobies provenant des sinusites d'origine nasale et les anaérobies isolés dans les sinusites à point de départ dentaire se sont toujours montrés virulents.

M. Borel fait une communication sur l'*action de la tuberculine et de certains poisons bactériens sur le cobaye.*

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 28 mars 1900.

Du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

M. Krönig lit un travail dans lequel il soutient que c'est à la percussion du sommet du thorax que l'on doit s'adresser de préférence pour dépister de bonne heure la tuberculose pulmonaire. La plus légère infiltration des sommets se traduit toujours par des modifications de son appréciables à l'oreille; le son, qui normalement est clair, devient en effet plus ou moins obscur dès que les granulations tuberculeuses envahissent le parenchyme pulmonaire.

MM. B. Fränkel et **Senator** estiment, au contraire, que l'auscultation permet de déceler les plus légers catarrhes, alors qu'ils ne se traduisent encore par aucun signe appréciable à la percussion.

M. Virchow fait remarquer qu'à une époque relativement rapprochée du début de la tuberculose, il n'est pas rare de rencontrer au niveau de la muqueuse bronchique de petites ulcérations lenticulaires qui ne donnent lieu à aucune sécrétion. On constate bien alors les signes physiques d'un catarrhe du sommet, mais il est impossible d'en affirmer le caractère tuberculeux.

M. Krönig reconnaît que par l'auscultation on peut souvent déceler de bonne heure l'existence d'un catarrhe du sommet, mais il pense que la percussion seule permet d'en établir l'origine tuberculeuse.

De l'exploration du thorax par la radiographie.

M. Levy-Dorn a constaté, en combinant, au moyen d'une technique spéciale, la dermographie à la radiographie, que le volume du cœur est plus petit que ne l'indiquent les auteurs, et que les déplacements du diaphragme sont, au contraire, plus étendus qu'on ne l'admet généralement.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 2 avril 1900.

Sur un cas d'aphasie complexe.

M. von Leyden. — Je vous présente un ouvrier âgé de quarante-deux ans qui, au mois de juin dernier, eut une attaque d'apoplexie suivie d'hémiplégie droite avec aphasie.

Actuellement, son langage se réduit à quelques mots; il ne peut pas répéter ceux qu'on prononce devant lui et est incapable de lire à haute voix, mais il peut chanter parfaitement, même avec les paroles, plusieurs mélodies qu'il a apprises autrefois.

Pour expliquer la conservation de la mémoire des airs de musique chez les aphasiques, on a émis l'hypothèse que l'expression musicale emprunte des voies autres que celles de l'expression du langage, mais sensiblement parallèles à ces dernières. Les particularités qu'offre le cas présent prouvent, selon moi, qu'il y a des fibres d'association entre le centre auditif, le centre des mots et le centre musical.

Achylie gastrique guérie par l'administration de suc gastrique animal.

M. Paul Mayer. — L'homme que voici est âgé de soixante-dix-sept ans. Il appartient au service de M. von Leyden, qui diagnostiqua chez lui une achylie gastrique, bien qu'on n'observât aucun signe d'une affection stomacale : le malade se plaignait seulement d'une diarrhée rebelle datant de quatre ans et qui l'obligeait à aller à la selle 5 ou 6 fois par jour.

L'examen du liquide stomacal démontra l'absence complète des éléments du suc gastrique. En outre, l'administration d'un repas d'épreuve nous permit de constater que l'assimilation des albuminoïdes était défectueuse, car on retrouvait dans les fèces 17 % de l'azote ingéré. La résorption des graisses était normale.

Après avoir prescrit à ce patient, sans résultat appréciable, de l'acide chlorhydrique et de la pepsine, je lui fis prendre chaque jour 200 grammes de suc gastrique de chien, obtenu par la méthode de Pavlov. Au bout de trois jours, la diarrhée disparut et les autres troubles dyspeptiques s'amendèrent, ainsi qu'en témoigne le fait que sur 17 gr. 60 centigr. d'azote ingéré on n'en retrouva que 1 gr. 40 centigr. dans les fèces.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 7 avril 1900.

Des causes physiologiques de l'accouchement.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. Thenen** a communiqué le résultat de ses recherches sur les causes de l'accouchement. D'après l'orateur, le contact de l'œuf fécondé avec l'organisme maternel provoque une excitation qui se traduit par les phénomènes de la grossesse; celle-ci n'est donc qu'une réaction spécifique de l'organisme, consécutive à l'irritation de l'utérus déterminée par l'œuf. La durée de la grossesse dépend de la persistance de cette irritation, si bien que lorsque celle-ci prend fin, l'utérus a une tendance naturelle à revenir à ses dimensions normales; la conséquence de ce phénomène est l'expulsion du fœtus.

Les symptômes de dégénération que l'on

constate dans le placenta à la fin de la grossesse sont le résultat d'un processus de régression; en effet, vers la trentième semaine de la grossesse le fœtus a atteint un tel développement que le sang provenant de l'organisme fœtal ne contient plus qu'une faible proportion de substances nutritives, d'où accroissement plus lent du placenta. Il en résulte que la nutrition de celui-ci est de plus en plus compromise, si bien que vers la trente-sixième semaine son développement s'arrête tout à fait. Cette absence de nutrition a bientôt pour conséquence un travail de dégénération qui commence par les villosités et aboutit forcément à la séparation du fœtus d'avec la mère. L'irritation exercée par l'œuf diminuant en même temps de plus en plus, on comprend qu'elle ne soit plus suffisante pour que la grossesse continue. L'utérus reprend alors sa fonction normale et l'accouchement a lieu.

Dans la grossesse extra-utérine, les choses se passent à peu près de la même façon; par suite de l'implantation anormale du placenta, il y a quelques différences dans les symptômes de la grossesse, mais l'expulsion de la caduque est également la conséquence de la cessation de l'irritation exercée par l'œuf vivant.

Cette hypothèse a l'avantage d'expliquer par une même cause la raison de l'accouchement, quel que soit le siège de la grossesse.

Anévrysme de l'artère carotide interne.

M. Karplus a présenté des pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'une femme de soixante ans, artérioscléreuse, chez laquelle de vives céphalées, un ptosis gauche, de l'exophtalmie et de la diplopie, ainsi que la présence d'un bourdonnement isochrone au pouls et cessant par la compression de la carotide avaient permis de diagnostiquer un anévrysme de la carotide interne communiquant avec le sinus caverneux; on pratiqua la ligature de la carotide primitive. Quelques jours après cette intervention, la malade fut atteinte d'hémiplégie; elle succomba peu après à une pneumonie lobulaire. L'autopsie confirma le diagnostic porté pendant la vie, en montrant dans le sinus caverneux un anévrysme de la carotide interne qui était le siège d'une petite déchirure.

Traitement du tabes par l'élongation du nerf sciatique.

M. Benedikt a montré un tabétique qui a été très amélioré, particulièrement au point de vue des troubles de la marche et des crises douloureuses et laryngées, par l'élongation sanglante des deux sciatiques. Dans la précédente séance, il avait déjà présenté un malade dont le tabes avait débuté par de l'amblyopie. Contrairement à ce qui se passe d'habitude en pareil cas, la marche de l'affection fut si rapide que le patient ne pouvait se tenir ni debout ni assis sans être soutenu par deux hommes. L'élongation sanglante du nerf sciatique, dans ce cas encore, fit disparaître les douleurs fulgurantes et rendit la marche possible.

Contre les exacerbations aiguës ou subaiguës du tabes, l'orateur recommande l'emploi du seigle ergoté, des applications de glace, des ventouses, etc. Il proscrit les bains chauds et conseille d'avoir recours aux pointes de feu appliquées de chaque côté de la colonne vertébrale contre les douleurs fulgurantes, et au niveau de la région de l'estomac dans le cas de crises gastriques.

Mais le traitement qui donne les meilleurs résultats consiste, pour M. Benedikt, dans l'élongation du nerf sciatique par la méthode sanglante (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 523). Cette opération détermine une hyperémie de la moelle, qui se traduit par une amélioration de la marche et par la disparition des douleurs. Il est bon, toutefois, de savoir que ces heureux effets ne se produisent guère qu'au bout de six mois.

L'orateur, considérant que le tabes n'est pas une affection parasyphilitique, estime qu'il n'y a pas lieu d'avoir recours au traitement spécifique. Les cas de tabes consécutifs à la syphilis sont, du reste, bénins et tendent spontanément vers la guérison. Néanmoins, lorsqu'il soupçonne l'existence de la syphilis chez un tabétique, M. Benedikt commence le traitement par des injections de sublimé; si le résultat est favorable, il prescrit ensuite des frictions mercurielles.

Quant au traitement mécanique du tabes, l'orateur ne lui accorde aucune valeur.

Ostéomalacie juvénile.

M. Latzko a présenté une femme ostéomalacique dont la maladie remonte à l'âge de seize ans. Depuis l'enfance, elle se plaignait de douleurs gastriques accompagnées de nausées et de vomissements. Un traitement par l'huile de foie de morue phosphorée, prolongé pendant cinq ans, fit disparaître tous les accidents et la malade fut considérée comme guérie. Mais étant devenue enceinte, elle vit réapparaître à la fin de sa grossesse ses anciens troubles gastriques, et ceux-ci s'aggravèrent tellement qu'on dut pratiquer l'opération césarienne. Les vomissements cessèrent immédiatement après cette intervention.

D[r] Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Identité probable du réflexe antagoniste de Schäfer et du phénomène de Babinski, par MM. D. De Buck et L. De Moor.

On sait que M. Schäfer a signalé, dans certaines affections graves de l'encéphale, la production d'une forte extension des orteils du côté paralysé, quand on comprime le tendon d'Achille entre le pouce et l'index. D'après l'auteur qui l'a décrit, ce phénomène se distingue des autres réflexes en ce qu'il se produit dans les muscles antagonistes de ceux dont on excite le tendon (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 415).

Cependant, certains faits d'observation récente laissent supposer que le réflexe dit antagoniste n'est autre chose que le phénomène des orteils, ou signe de Babinski, qu'on provoque d'ordinaire par le chatouillement de la plante du pied et qui est considéré comme un symptôme de lésion de la voie pyramidale. M. Babinski lui-même a obtenu, chez plusieurs hémiplégiques présentant le phénomène qui porte son nom, l'extension des orteils à l'aide de la manœuvre indiquée par M. Schäfer, et il a pu, en outre, provoquer, chez les mêmes malades, des mouvements réflexes identiques, en pinçant seulement la peau au voisinage du tendon d'Achille, sans toucher à ce dernier, ou même en excitant la surface cutanée dans d'autres parties du membre.

De leur côté, MM. De Buck et De Moor ont observé une malade qui offrait des phénomènes réflexes analogues, et dont ils rapportent l'histoire dans le présent travail.

Il s'agissait d'une femme, âgée de quarante-huit ans, atteinte d'une parésie des quatre extrémités prédominant dans les muscles de la racine des membres, qui s'était développée par poussées successives au cours d'états fébriles infectieux. Il n'existait ni tremblement, ni contractions fibrillaires, ni troubles de la parole; on ne constatait aucun symptôme bulbaire. La sensibilité de la peau et des muqueuses et les organes des sens ne présentaient rien de particulier. On notait un léger degré d'incontinence des urines et des matières fécales, ainsi que quelques troubles trophiques aux membres inférieurs. Les réflexes rotuliens, exagérés lors des premiers examens, se montrèrent normaux dans la suite.

En somme, on se trouvait en présence d'un processus morbide de nature inconnue, mais qui intéressait exclusivement la moelle, sans qu'il fût possible de déterminer de localisation à un segment du myélaxe ou à un système médullaire.

Or, chez cette malade, le chatouillement de la surface plantaire provoquait très nettement, des deux côtés, le phénomène de Babinski. En outre, on obtenait également la flexion dorsale des orteils, aussi bien après le pincement latéral du tendon d'Achille qu'à la suite de l'irritation d'un point quelconque des téguments de la jambe.

Ces faits permettent de conclure à l'identité du phénomène des orteils et du réflexe antagoniste; ils montrent, en outre, que ce dernier, contrairement à ce que prétend M. Schäfer, ne peut être considéré comme un signe pathognomonique d'une affection cérébrale, la malade de MM. De Buck et De Moor n'ayant présenté aucun symptôme d'une lésion de l'encéphale, et que, pour observer le phénomène des orteils, point n'est besoin d'exciter toujours la plante du pied, car on peut obtenir ce réflexe par une excitation suffisamment intense de n'importe quelle région de la peau innervée par le nerf sciatique (1). (*Journ. de neurol.*, 5 mars 1900.)

Hyperthermie nerveuse chez la femme par irritation du système nerveux utérin, par M. G Leven.

L'existence de la fièvre nerveuse ou hystérique, mise autrefois en doute, est actuellement bien démontrée. Ce syndrome apparaissant en l'absence de toute lésion phlegmasique et de toute infection générale, il y a lieu, comme le fait judicieusement remarquer l'auteur, de lui appliquer le nom d'hyperthermie plutôt que celui de fièvre. L'épithète « hystérique » est également mauvaise, car le trouble dont il s'agit peut se produire chez des femmes ne présentant aucun stigmate d'hystérie. C'est donc à la dénomination d'hyperthermie nerveuse qu'il convient de s'arrêter.

Les manifestations de cette hyperthermie sont des plus variées, puisqu'elle est susceptible de revêtir soit une forme lente, déjà décrite par Briquet, dans laquelle la température peut, pendant des mois, s'élever jusqu'à 41° et au delà, soit une forme courte et aiguë simulant la fièvre typhoïde ou affectant le type pseudoméningitique ou dyspnéique, soit, enfin, une forme intermittente, rappelant parfois la fièvre palustre.

On admet, à l'heure actuelle, que toutes ces modalités cliniques ne sont autre chose qu'un équivalent thermique de l'hystérie; mais leur pathogénie n'en reste pas moins obscure, quoiqu'on ait signalé la coïncidence fréquente de la forme aiguë avec la suppression brusque du flux cataménial.

C'est précisément sur les rapports qui paraissent exister entre l'hyperthermie nerveuse et les troubles de la menstruation que l'attention de M. Leven a été attirée chez 3 malades qu'il a observées dans le service de M. le professeur Bouchard. Il s'agissait de jeunes femmes dont la menstruation était irrégulière et douloureuse; l'une des malades n'avait plus eu ses règles depuis trois mois; une autre se trouvait à la veille de la période menstruelle. Chez les trois patientes, on notait, en plus de l'hyperthermie, des symptômes manifestes de péritonisme : en effet, il existait des douleurs très vives, prédominant de la façon la plus nette dans la région sous-ombilicale, malgré l'intégrité de l'utérus et de ses annexes, douleurs dont la disparition brusque coïncida avec un abaissement non moins subit de la température.

Ces faits, et la lecture d'observations analogues recueillies dans la littérature médicale, ont amené l'auteur à conclure que l'hyperthermie nerveuse pourrait bien être, en général, un phénomène réflexe, provoqué par un état d'irritation du système nerveux utérin.

Une constatation qui plaide en faveur de cette opinion, c'est que — en dépit de la grande fréquence de l'hystérie mâle dans les classes inférieures de la société — la fièvre dite hystérique a été observée presque exclusivement chez des femmes en pleine activité sexuelle.

Quoi qu'il en soit, l'hypothèse émise par M. Leven mérite d'être prise en considération au point de vue thérapeutique. On sait, en effet, que l'hyperthermie nerveuse résiste d'habitude aux antithermiques, ainsi qu'aux antispasmodiques généraux. La théorie de l'auteur explique pourquoi ces médicaments restent sans effets; elle indique que c'est, au contraire, aux médications destinées à provoquer ou à régulariser le flux cataménial et à calmer l'irritation utérine qu'on doit avoir recours en pareil cas. (*Rev. de méd.*, mars 1900.)

(1) A l'appui de cette hypothèse, M. van Gehuchten (*Journ. de neurol.*, 5 mars 1900) a relaté récemment un cas de syringomyélie avec dissociation de la sensibilité suivant le type radiculaire, dans lequel on provoquait le phénomène des orteils chaque fois qu'on piquait les téguments dans la région innervée par les branches du nerf sciatique, c'est-à-dire sur la face postérieure du membre inférieur depuis le pli fessier jusqu'au talon, et sur toute l'étendue des régions antéro-externe de la jambe et dorsale du pied. — V. de H.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

La stéatorrhée des diabétiques et son traitement par les préparations de pancréas, par MM. Masuyama et Schild.

Si les cas de stéatorrhée passagère sont assez fréquents au cours du diabète, par contre ceux de stéatorrhée persistante sont rares. On se rendra aisément compte de la gravité de cette complication, si l'on envisage que le traitement tout entier du diabète repose sur une alimentation rationnelle, et qu'un trouble de la résorption intestinale des substances grasses compromet gravement la nutrition du malade.

La stéatorrhée chronique, caractérisée par la présence d'une quantité exagérée de graisses neutres dans les fèces, est un signe de grave insuffisance pancréatique, du moins quand elle n'est pas accompagnée d'ictère; c'est ainsi qu'on la rencontre dans l'atrophie et le cancer du pancréas, la lithiase du canal de Wirsung, etc. Par contre, l'absence de ce symptôme n'autorise pas à conclure à une sécrétion pancréatique normale.

Une preuve de haute valeur de l'origine pancréatique de la stéatorrhée est fournie par les résultats de l'ingestion de pancréas : contrairement à ce qui se passe pour la stéatorrhée hépatique, la graisse disparaît presque complètement des selles quand sa présence est due à une insuffisance pancréatique.

Cette donnée expérimentale n'avait trouvé jusqu'à présent que peu d'applications pratiques. Or, MM. Masuyama et Schild ont observé dans le service de M. von Noorden, à Francfort, un cas de stéatorrhée diabétique, dans lequel ils ont employé avec succès la médication pancréatique. Le malade, un homme de cinquante-deux ans, ne savait que depuis quelques mois qu'il était diabétique. Une cure à Carlsbad ne lui avait pas donné de résultats appréciables. A son entrée dans le service, il émettait quotidiennement 1,830 c.c. d'urine contenant de 3.4 à 4.9 % de sucre; il ne présentait pas d'ictère. Trois ou quatre fois par jour, il avait des selles copieuses, argileuses, d'une odeur extrêmement fétide, mais il ne présentait aucun autre signe qui permît de préciser la nature de l'affection pancréatique. Grâce à un régime sévère, le taux du sucre dans l'urine diminua, sans cependant tomber à zéro. Avec une alimentation contenant 192 gr. 7 de matières grasses, les selles renfermaient 121 grammes de substances solubles dans l'éther; l'intestin n'avait donc absorbé que 71 grammes de graisse, soit 36.9 % de la quantité ingérée. L'addition de 100 grammes de pancréas de porc finement haché à la même nourriture eut pour effet de ramener le taux de la graisse des selles à 70 grammes. L'absorption intestinale représentait ainsi 63 % de la graisse alimentaire, proportion presque double de celle que l'on obtenait avant l'administration de pancréas. La médication pancréatique fut continuée dans les mêmes conditions, et, en dix jours, le malade augmenta de 1 kilogramme et demi.

La cessation du traitement pendant un certain temps fit redescendre l'absorption des substances grasses au taux primitif de 37.25 % de la quantité totale. Le malade manifestant de la répugnance pour le pancréas cru, MM. Masuyama et Schild lui firent alors prendre, en plusieurs fois après les repas, de 100 à 125 grammes de suc obtenu par expression de la glande; sous l'influence de cette médication, la proportion de graisse absorbée ne remonta qu'à 45.3 %. Le suc pancréatique s'est donc montré sensiblement moins actif que la glande entière; les autres préparations analogues (tablettes de pancréas desséché, pancréatine, émulsions de pancréas) ne présentèrent pas non plus l'efficacité de la glande fraîche. (*Zeitsch. f. diätet. u. physikal. Therapie*, III, 6.) — A. J.

Pourquoi, dans les annexites, faut-il de préférence faire une opération radicale par la voie vaginale? par M. F. Schauta.

Les chirurgiens de langue allemande ont longtemps hésité à adopter la voie vaginale; ils y viennent peu à peu. A ce point de vue, l'évolution de M. Schauta est intéressante. Il a d'abord été partisan de la laparotomie; mais sa pratique lui a démontré que, à la suite des opérations bilatérales, le nombre des guérisons définitives est beaucoup plus considérable qu'à la suite des opérations unilatérales, car l'ablation des annexes d'un seul côté est fréquemment suivie d'altérations de celles de l'autre côté. En outre, il a constaté que, même après les opérations bilatérales, la guérison est souvent incomplète; il subsiste des troubles divers : hémorrhagies, pertes blanches, déplacements de l'utérus, exsudats, etc., et tous ces troubles ont une cause unique : la présence de l'utérus et de sa muqueuse, déjà malades l'un et l'autre au moment de l'opération; si bien que M. Schauta est arrivé à cette conclusion, que, dans les opérations annexielles, il faut enlever non seulement les annexes des deux côtés, mais aussi l'utérus. A l'appui de cette manière de voir, il publie les résultats de 38 hystérectomies totales par la voie abdominale.

Ayant ainsi reconnu la nécessité d'une opération radicale, M. Schauta n'a pas tardé à remarquer les avantages que présente la voie vaginale. Son travail est constitué en grande partie par un tableau comprenant le résumé succinct des 220 premières opérations radicales (ablation de l'utérus et des annexes des deux côtés) qu'il a pratiquées par le vagin pour annexites. De ces 220 malades, 6 seulement ont succombé, ce qui prouve le peu de gravité de l'opération. Mais, comme le fait observer M. Schauta, la guérison, à la suite d'une intervention pour une maladie non mortelle, ne suffit pas; les souffrances qui ont nécessité l'opération doivent naturellement être supprimées. Envisagées à ce point de vue, les opérées de M. Schauta ont donné 86.8 % de guérison complète. L'opération par la voie abdominale lui avait fourni une proportion de succès à peu près semblable; mais, par contre, la mortalité avait été plus forte.

Ce qui a bien démontré au professeur de Vienne les avantages de l'hystérectomie, c'est le résultat des opérations unilatérales qu'il a faites par le vagin; les malades chez lesquelles il a laissé l'utérus ont présenté une mortalité de plus de 14 %, alors que toutes celles auxquelles il l'a enlevé ont guéri.

M. Schauta passe ensuite en revue les divers accidents qui peuvent survenir au cours d'une opération pour annexite : rupture du sac, lésion de l'intestin, hémorrhagie, etc., et il démontre, par les résultats de son expérience, que ces accidents ont des conséquences moins graves dans les opérations par la voie vaginale, que si l'on fait la laparotomie. Sa conclusion définitive est que, pour l'efficacité, aussi bien que pour la durée des résultats, l'opération radicale par le vagin mérite la préférence. Il ne lui reconnaît qu'une seule contre-indication : c'est la présence de cicatrices épaisses et résistantes sur les parois du bassin, sans qu'on puisse constater clairement des tumeurs annexielles ou des poches purulentes.

Fait à noter, M. Schauta emploie constamment les ligatures et ne fait pas usage de pinces à demeure.

Signalons en terminant les indications que pose l'auteur, relativement à une intervention chirurgicale pour annexite. Il faut opérer, dit-il, quand il existe à la fois des symptômes graves et certaines modifications anatomiques avec lesquelles un retour durable à l'état normal n'est pas probable, ainsi que dans tous les cas où il y a une collection purulente, même si cette dernière ne produit pas de symptômes graves. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 1.) — E. C.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La ponction lombaire dans les formes graves de chorée de Sydenham.

Dans trois cas de chorée de Sydenham ayant résisté au traitement médicamenteux, M. le docteur C. Bozzolo, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Turin, a vu les symptômes morbides s'amender sous l'influence de la ponction lombaire.

Chez un garçon, âgé de quatorze ans, les mouvements choréiques se calmèrent aussitôt après l'opération, à tel point que le malade put parler, manger et dormir, ce qu'il était incapable de faire depuis un certain temps. Au bout d'une semaine, les phénomènes morbides se reproduisirent avec la même intensité qu'auparavant, mais la guérison définitive ne tarda pas à survenir.

Dans une deuxième observation, concernant une jeune fille de treize ans, la ponction lombaire amena une période d'accalmie de courte durée, suivie d'une nouvelle phase d'agitation, après laquelle on obtint, comme dans le fait précédent, la guérison complète.

Enfin, dans un troisième cas de chorée extrêmement grave chez une fillette âgée de dix ans, une ponction lombaire simplement exploratrice fut suivie d'une amélioration notable qui persista six jours. La chorée s'étant ensuite brusquement aggravée, M. Bozzolo procéda à une nouvelle ponction par laquelle il évacua 30 grammes de liquide céphalo-rachidien, ce qui produisit un calme absolu. Peu après, la petite malade succomba à un phlegmon du plancher de la bouche consécutif à des morsures, sans qu'on eût observé le moindre mouvement choréique depuis la seconde intervention jusqu'au moment de la mort.

La ponction lombaire paraît donc susceptible de rendre des services dans les cas graves de chorée de Sydenham, alors que la thérapeutique usuelle de cette affection se montre impuissante à procurer le sommeil et à modérer l'agitation motrice.

Eruption érythémateuse due au cacodylate de soude.

Chez un tuberculeux auquel il faisait prendre chaque jour 0 gr. 025 milligr. de cacodylate de soude par la voie hypodermique et 1 gramme d'antipyrine, M. le docteur Malbec (de Paris) a vu se produire, après la quatrième injection, des turgescences au niveau de cicatrices du cou provenant d'anciens abcès ganglionnaires. Bien qu'à partir de ce moment les injections cacodyliques n'eussent été pratiquées que tous les deux jours, de petits placards érythémateux, légèrement surélevés, se montrèrent bientôt au front. Toute médication fut alors suspendue, et l'éruption ne tarda pas à s'effacer; mais elle apparut de nouveau au front, aux pommettes et sur les cicatrices cervicales, dès qu'on recommença l'usage des injections de cacodylate de soude. Comme, dans cette dernière période, ce médicament avait été administré sans antipyrine, ce n'est qu'à lui seul que M. Malbec put attribuer l'éruption cutanée. Notre confrère essaya alors de donner le cacodylate en suppositoires, à la dose quotidienne de 0 gr. 05 centigrammes; mais l'éruption se montra encore dès le troisième jour. Le traitement ayant été continué quand même, les éléments éruptifs prirent une coloration violacée et leur nombre augmenta à la face; les autres parties du corps en restèrent indemnes et on n'observa, à aucun moment, de troubles gastriques ni intestinaux.

En somme, les accidents cutanés provoqués par le cacodylate de soude, bien qu'indéniables dans ce cas, ont été cependant assez bénins pour permettre la continuation du traitement

L'apomorphine employée comme médicament hypnotique.

On ne se sert généralement de l'apomorphine qu'à titre de vomitif ou d'expectorant. Cependant, ce produit a été aussi employé, en injections hypodermiques, contre les attaques d'hystérie et d'épilepsie, ainsi que dans la chorée et le hoquet incoercible, et il a parfois donné des résultats favorables. Or, d'après l'expérience d'un confrère américain, M. le docteur C. J. Douglas, ce médicament serait aussi un excellent hypnotique, à condition de ne l'employer qu'à dose assez faible pour éviter la nausée : cette dose, variable suivant les cas, serait de 0 gr. 002 milligr. en moyenne. On l'administre par la voie hypodermique, le patient étant au lit et prêt à dormir. Le sommeil surviendrait d'habitude cinq à quinze minutes après l'injection. Lorsque l'insomnie est accompagnée de délire, on peut aller jusqu'à production d'un léger état nauséeux.

L'apomorphine présenterait sur les autres hypnotiques, notamment sur la morphine, l'avantage de rendre impossibles l'accoutumance et les inconvénients qui en dérivent, car la moindre augmentation de la dose injectée provoque aussitôt des nausées et des vomissements.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le syndrome de Benedikt.

L'affection ou mieux le syndrome à la fois anatomique et clinique que nous allons analyser semble n'avoir pas encore acquis la place qu'il mérite d'occuper dans la science. Les observations en sont rares, limitées à celles de l'auteur qui, le premier, l'a distingué des autres formes de la nosologie nerveuse. Et pourtant sa figuration clinique est exceptionnellement tranchée, l'analyse anatomique à laquelle elle conduit est des plus instructives au regard des localisations de la base encéphalique. Nous en rapportons trois cas inédits. Leur interprétation nous permettra de tracer du « syndrome de Benedikt » une description qui manque encore dans les ouvrages consacrés aux maladies du système nerveux.

I

Le 1er mai 1889, le *Bulletin médical* publiait le résumé d'une leçon du professeur Moritz Benedikt (de Vienne) (1), dans laquelle celui-ci, étudiant la pathogénie et le mécanisme du tremblement en général, rapportait trois faits d'un syndrome qu'il proposait d'appeler *une hémiparésie avec paralysie croisée du moteur oculaire commun avec un tremblement des parties paralysées*.

Interprétant ce syndrome, Benedikt ajoute : « Dans ces cas, la lésion me paraît siéger bien évidemment dans le pédoncule cérébral au niveau du noyau de l'oculo-moteur, au point d'émergence de ce nerf. »

Le premier fait qu'il rapporte avait été déjà relaté dans un de ses ouvrages (2); depuis il avait pu en recueillir deux nouveaux cas.

L'importance de ces observations fondamentales est assez considérable pour que nous les relations ici, afin de les faire figurer dans notre interprétation générale.

La première (obs. I) a trait à un garçon de quatre ans, entré le 29 mai 1872 dans le service de Benedikt. Six mois auparavant, il commença à souffrir de céphalalgies violentes qui durèrent quatre semaines. « Vers cette époque se montra un ptosis du côté *droit*. Au moment de l'entrée, on constata en outre du même côté une paralysie du moteur oculaire commun, et, du côté gauche, une paralysie du droit externe. La tête est inclinée vers l'épaule gauche, mais l'enfant peut la ramener assez facilement dans l'attitude correcte; le menton est tourné vers la droite. La main gauche présente des secousses ressemblant à un tremblement; l'enfant marche, mais ne peut aller loin. La jambe étendue sur la cuisse est presque continuellement en mouvement. En lui imprimant certains mouvements, on provoque un tremblement saccadé; il n'y a pas d'atrophie. A la face, les muscles de la lèvre inférieure sont nettement paralysés à gauche. Au pied, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, on note un kyste dans la gaine du long extenseur des orteils. L'enfant n'a jamais eu ni convulsions ni perte de connaissance. En examinant le fond de l'œil, on trouve à droite et à gauche de la neuro-rétinite. On prescrit de l'iodure de potassium.

» Le 2 juin, l'enfant a une première attaque de contractures avec dyspnée et pâleur de la face. Pendant les deux journées suivantes, ces attaques se renouvellent, durent une demi-heure. On examine comparativement la contractilité électrique des extenseurs des doigts des deux côtés : à droite elle est affaiblie, à gauche elle est supprimée. Quand l'enfant marche, il titube comme un homme ivre; la peau, au niveau du kyste du cou-de-pied, est violette, cyanosée; les muscles du mollet sont paralysés à gauche.

» Le 13 juin, l'enfant a perdu connaissance pendant la moitié de la journée. » Benedikt conseille le lendemain de le faire admettre à la clinique du professeur Meynert; il y meurt le 12 juillet.

« A l'autopsie, on trouve à gauche toute une série de tubercules dans le lobe frontal, dans la circonvolution marginale et dans le cunéus; à droite, on en rencontre deux dans la pariétale ascendante et un dans la circonvolution du gyrus cinguli. De plus, on rencontre un tubercule encore plus gros, ayant le volume d'un œuf de pigeon, qui occupe la face inférieure du pédoncule cérébral droit. Il s'étend jusqu'à la lame perforée postérieure, chevauche sur la bandelette optique que la pression a distendue, et détruit le nerf moteur oculaire commun du côté droit. Le pédoncule cérébral gauche est refoulé en dehors. Le tubercule remonte dans l'épaisseur des tubercules quadrijumeaux droits très distendus, dont une mince lamelle le sépare de la cavité du ventricule moyen, puis il pénètre dans le ventricule latéral au niveau de la couche optique, dont les deux tiers postérieurs sont refoulés en dehors. Les ventricules dilatés contiennent environ 30 grammes d'un liquide sanguinolent. »

« Les accès épileptiques, ajoute Benedikt, s'expliquaient par les tubercules de l'écorce cérébrale. La neuro-rétinite peut être attribuée, soit à ceux du cervelet, soit à diverses autres lésions; la marche titubante appartient bien vraisemblablement aux altérations cérébelleuses. Reste notre syndrome *tremblement avec paralysie croisée de la troisième paire;* il est dû, d après moi, à la tumeur qui occupe le pédoncule cérébral droit. »

« Depuis, dit-il, que j'ai publié cette observation il y a quatorze ans, je n'ai pu en recueillir que 2 autres.

» Dans l'une (obs. II) toute récente, il s'agit d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire et présentant une paralysie croisée de l'oculomoteur commun et une hémiparésie avec tremblement dans les parties paralysées.

» Dans l'autre (obs. III), qui est un peu plus ancienne, il s'agissait d'une femme qui avait de la paralysie de la troisième paire du côté droit avec violentes céphalalgies qui se renouvelaient fréquemment (1). La malade n'avait jusqu'à ce moment que la moitié du syndrome. Mais peu à peu se montra la paralysie du côté gauche avec un tremblement qui était violent dans le bras et plus faible dans la jambe de ce côté. De plus, toutes les branches du facial à gauche se parésièrent. Le syndrome était complété. Mais, chose curieuse, cette malade, dont l'observation pourrait compter pour deux, refit une seconde fois ce même syndrome. Dans ces derniers temps, son autre moteur oculaire, le gauche cette fois, se paralysa à son tour et concurremment l'hémiparésie croisée se développa. La langue était déviée légèrement vers la droite.

» Le tremblement chez cette malade est, comme dans la sclérose en plaques, considérablement augmenté par les mouvements volontaires. Si l'on compare l'état fonctionnel des deux moteurs oculaires paralysés, on constate des différences : des deux côtés, le ptosis est égal et cache à peu près la moitié du globe oculaire, mais, en relevant les paupières, on note à droite une mydriase très accentuée avec réaction à peine marquée de la pupille sous l'influence de la lumière, tandis qu'à gauche la pupille est rétrécie et absolument immobile. A droite, les mouvements de l'œil en bas et en dedans sont possibles mais très faibles, tandis qu'à gauche tous les muscles ont perdu une partie de leur mobilité.

» La contractilité électrique des extenseurs et des interosseux est conservée, mais s'exagère avec des courants croissants. Les muscles péroniers du côté gauche réagissent d'une façon exagérée aux courants galvaniques neuromusculaires. De même, si l'on place le pôle positif sur la moelle et le négatif sur le radial à gauche, on a une réaction énergique, tandis qu'à droite la même excitation portant sur le médian et sur le cubital est presque sans effet. La malade tousse et présente au sommet droit des signes de catarrhe.

» Y a-t-il dans ce cas des noyaux tuberculeux ou de la sclérose, et, s'il y a de la sclérose, est-elle consécutive à des tubercules? Il est bien difficile de le dire et ce n'est pas, d'ailleurs, le point le plus intéressant.

» Le syndrome que je viens d'étudier, dit en terminant Benedikt, a une grande importance, parce qu'il permet une localisation assez précise du tremblement. Ce trouble moteur est produit dans notre syndrome par une lésion siégeant dans le pédoncule à la hauteur des noyaux du moteur oculaire commun. Dans la sclérose en plaques, dont le tremblement ressemble assez à celui du syndrome en question, la lésion qui le cause doit siéger au même endroit. C'est la localisation du tremblement. Mais les tremblements ont des caractéristiques particulières qui permettent un diagnostic différentiel : ils ne sont pas absolument identiques. Faut-il chercher des localisations différentes pour chacun? Je ne le crois pas; je pense qu'on en peut admettre une seule, et, suivant que la lésion serait plus ou moins étendue ou s'avancerait dans un sens plutôt que dans un autre, on pourrait observer soit le tremblement type de la maladie de Parkinson, soit celui de la sclérose en plaques, soit enfin celui du syndrome que je viens d'étudier. »

En résumé, comme on le voit, Benedikt établit sur trois observations, dont une suivie d'autopsie, que le syndrome qu'il décrit sous le nom « d'hémiparésie avec paralysie croisée du moteur oculaire commun et avec un tremblement des extrémités paralysées » est caractérisé *post mortem* par une lésion localisée du pédoncule cérébral au niveau de l'émergence du moteur oculaire commun. Il interprète, en particulier, le tremblement par la lésion du pédoncule cérébral en ce lieu, affectant en même temps l'émergence de la troisième paire qui est paralysée. Rapprochant ce tremblement de celui de la sclérose en plaques, il émet l'hypothèse que dans cette maladie le tremblement, qui affecte à peu près la même forme, pourrait bien être dû à une même localisation. Peut-être en serait-il ainsi pour la maladie de Parkinson, avec laquelle le tremblement du syndrome offre quelques analogies; il est certain néanmoins que ces trois tremblements offrent des caractères particuliers et différentiels. Ils ont une même localisation, qui varie un peu toutefois, concurremment avec l'expression clinique, suivant que la lésion est plus ou moins étendue ou s'avance dans un sens plutôt que dans un autre.

L'exposé du syndrome décrit pour la première fois par Benedikt, les conclusions qu'il en tire en se basant sur une localisation anatomique bien délimitée sont intéressants au premier chef, on le voit, tant au point de vue clinique qu'en ce qui regarde la localisation anatomique de cette manifestation. Au principal, ils ne le sont pas moins pour ce qui est de l'interprétation du tremblement présenté par ses malades, et secondairement pour celle du tremblement de la sclérose en plaques et de la paralysie agitante, dont l'agitation musculaire offre avec celui-ci de nombreuses analogies.

Les faits énoncés par Benedikt et la leçon dans laquelle il les présentait en résumé au public restèrent à peu près ignorés jusqu'en 1893 (24 février), époque où le professeur Charcot fit à la Salpêtrière une leçon dans laquelle, rappelant les observations du médecin viennois, il décrivait sous le nom de « syndrome de Benedikt » la paralysie de la troisième paire accompagnée d'hémiplégie croisée avec tremble-

(1) M. Benedikt. Tremblement avec paralysie croisée du moteur oculaire commun. (*Bulletin méd.*, 1er mai 1889, p. 547.)

(2) M. Benedikt. Nervenpathologie und Elektrotherapie. Leipzig, 1874. T. I, p. 311.

(1) La malade qui fait l'objet de cette observation avait été déjà présentée au Collège médical de Vienne (*Mittheilungen des Wiener medizinischen Doktoren-Collegiums*, séance du 19 novembre 1888, et *Semaine Médicale*, 1888, p. 455), et à cette occasion, M. Benedikt avait communiqué le cas qui précède (obs. II).

ment. Il présentait à ses élèves un homme atteint de ce syndrome. Ce cas, le quatrième en date à notre connaissance, est resté presque complètement inédit, car il ne parut de la leçon de notre maître qu'un court résumé dans la *Médecine moderne* (1). Rapprochant cette manifestation du *syndrome de Weber* qu'il avait déjà contribué à fonder (2), il montrait la place qu'elle devait occuper parmi les *paralysies alternes*. Après avoir étudié la localisation anatomique et envisagé l'évolution clinique du syndrome, il cherchait à interpréter le tremblement, au moins en ce qui regardait le cas clinique qu'il rapportait.

Les nombreux documents réunis par le professeur Charcot pour cette leçon sont en notre possession; nous les avons mis largement à contribution pour la rédaction du présent travail.

De plus, le 19 mars 1897, l'un de nous, chef de clinique du professeur Raymond, était autorisé par son maître à reprendre à nouveau cette question en présentant aux élèves un cinquième cas (obs. V), relatif à une femme actuellement encore dans le service de la Clinique des maladies du système nerveux, à la Salpêtrière.

Nous rapportons aujourd'hui cette observation à laquelle nous joindrons celle d'un homme également présent dans le service et que l'un de nous a pu étudier dans une leçon faite au mois de janvier 1900, pendant un remplacement de M. le professeur Raymond.

Ces six cas, qui vont nous aider à tracer l'histoire clinique et anatomique du syndrome de Benedikt avec les considérations physiologiques qu'elle comporte, nous paraissent, après recherches, les seuls actuellement connus dans la science.

II

Pour ce faire, après avoir déjà rapporté les faits publiés par Benedikt, nous croyons utile d'exposer d'abord l'histoire des deux malades que nous observons actuellement et l'observation presque complètement inédite du sujet qui servit de thème à la leçon du professeur Charcot.

La première observation (obs. IV) a trait à un homme de trente-neuf ans, de race nègre, originaire de la Martinique, entré à la Salpêtrière, dans le service de la Clinique des maladies du système nerveux, salle Pruss, le 9 décembre 1899. Cet homme est bien connu dans les divers services de neuropathologie de Paris; nous ne croyons pas toutefois que son observation ait été publiée.

Rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires : son père, âgé de plus de soixante ans, serait bien portant; sa mère serait morte encore jeune d'une affection indéterminée; il a des frères et des sœurs bien portants.

Lui-même est marié; il a deux enfants de dix et treize ans en bonne santé; sa femme n'a jamais fait de fausse couche. Il a eu à quinze ans une variole dont il porte encore les traces: aucune autre maladie infectieuse; pas de syphilis acquise ou héréditaire, du moins autant qu'il est possible d'en juger.

L'affection actuelle a débuté il y a seize ans sans prodromes, par un ictus subit apoplectiforme. Au bout de trois jours seulement, le malade reprit connaissance. Il présentait alors une hémiplégie droite complète, du strabisme externe de l'œil gauche avec ptosis de la paupière supérieure. On notait une dysarthrie très accusée qui rendait la parole presque incompréhensible; il existait, en outre, un affaiblissement très marqué de la vue des deux côtés. La dysarthrie s'atténua rapidement sans disparaître toutefois en entier, les autres troubles persistèrent. L'hémiplégie, sans caractère spécial au début, se compliqua au bout d'un an ou d'un an et demi du tremblement particulier qu'on observe aujourd'hui; ces mouvements involontaires apparurent d'une façon progressive, s'exagérant peu à peu. Depuis plusieurs années, l'état général et local est resté stationnaire.

Le malade a été soigné dans les hôpitaux de Marseille et de Bordeaux. Il y a six ans, il séjourna dans le service de M. le professeur Brissaud, à l'hôpital Saint-Antoine; plus tard, il entra à l'Hôtel-Dieu, récemment il passa encore huit jours dans le même hôpital.



Voyons maintenant quel est son *état actuel*. En ce qui regarde l'hémiplégie *droite*, la force musculaire est relativement conservée aux membres supérieur et inférieur où il n'existe pas d'atrophie musculaire; le dynamomètre donne 15 à droite et 45 à gauche. On constate, à droite, une paralysie faciale inférieure : les traits, la bouche sont déviés à gauche; cette déviation s'accentue par le rire et pendant que le malade parle; il peut siffler. Le facial supérieur est intact (frontal, orbiculaire des paupières) et paraît n'avoir jamais été touché.

Du côté de l'hémiplégie, on note des mouvements involontaires qui occupent les divers segments du membre supérieur (où ils sont le plus marqués) et du membre inférieur. Ils n'existent pas à la face. Au repos, ils ont le caractère de mouvements athétosiques, quoique plus rapides et moins onduleux. On les observe à la main et aux doigts, mais pas au niveau des orteils. Ils cessent pendant le sommeil.

Quand le malade veut exécuter un mouvement, le membre dans son ensemble et ses divers segments est agité de secousses violentes, amples et désordonnées que la volonté est incapable de modérer et de diriger. Le malade peut marcher, mais difficilement et appuyé sur une canne. Au repos assis, debout, couché, il existe des mouvements rythmiques lents du tronc et du cou, une sorte de balancement du corps dans le sens latéral.

La *sensibilité générale* est intacte à gauche. A droite, côté de l'hémiplégie, on constate au niveau des membres et du tronc la perte de la sensibilité tactile et thermique, l'absence du sens stéréognostique. La sensibilité à la douleur est conservée, mais nettement diminuée. A la face, on note les mêmes troubles de sensibilité, mais ils existent seulement au niveau de la joue et du nez; la sensibilité est normale autour de l'orbite, à la région temporale et au front.

En ce qui regarde les *réflexes tendineux*, ceux-ci sont absents au niveau des tendons rotuliens et du tendon d'Achille des deux côtés; les réflexes du poignet et du coude sont à peine appréciables. Le réflexe plantaire donne lieu à un mouvement d'ensemble du pied difficile à caractériser; il paraît se faire en flexion à gauche et en extension à droite, côté paralysé; réflexe crémastérien normal à gauche, aboli à droite; pas de trépidation spinale.

L'examen des yeux, pratiqué par M. Dupuy-Dutemps, interne du service, révèle ce qui suit. *Œil gauche* (côté opposé à l'hémiplégie) : ptosis paralytique complet; strabisme externe très accusé, paralysie complète des droits interne, supérieur et inférieur, probablement aussi du petit oblique. Pupille moyennement dilatée, plus large que celle de l'œil droit, immobile à la lumière et à l'accommodation. Acuité visuelle diminuée $V = 1/7$.

Le champ visuel gauche, en raison des mouvements incessants du malade, ne peut être que grossièrement exploré; il ne présente pas de grosses lacunes, il n'y a pas d'hémiopie. L'ophtalmoscope montre une décoloration atrophique de la papille; les couleurs sont bien vues. Cet état paraît être stationnaire.

Du côté de l'*œil droit* (côté hémiplégique)

(1) J.-M. Charcot. Le syndrome de Benedikt. (*Médecine moderne*, 1er mars 1893, p. 194.)

(2) J.-M. Charcot. Sur un cas d'hystérie simulatrice du syndrome de Weber, *in* Clinique des maladies du système nerveux. Paris, 1892. T. I, p. 308.

léger ptosis : le malade doit faire effort pour relever la paupière ; il plisse le front, élève fortement le sourcil ; il se sert du frontal pour suppléer à l'insuffisance du releveur de la paupière. Les mouvements en dedans sont limités et accompagnés de secousses nystagmiformes ; les mouvements d'élévation sont impossibles, la pupille ne dépasse pas le niveau de l'élévation moyenne ; les mouvements d'abaissement sont très limités et accompagnés de secousses ; l'ascension en dehors est normale. Donc, il existe une paralysie complète pour le droit supérieur, incomplète pour les droits interne et inférieur.

La pupille droite est étroite, immobile à la lumière et à l'accommodation ; elle se dilate bien par l'atropine. L'acuité visuelle est légèrement diminuée V = 1/2. L'ophtalmoscope révèle une atrophie de la papille, mais moins accusée qu'à gauche. Le champ visuel ne présente pas de grosses lacunes ; il n'y a pas de troubles de la perception des couleurs.

Des deux côtés existe une paralysie de *l'accommodation* qui doit dater du début de la maladie, car depuis son ictus le malade a dû porter des verres convexes forts pour la vision de près. Il n'a jamais accusé de *diplopie*, à cause de l'occlusion permanente des paupières de l'œil gauche (ptosis paralytique).

La langue n'est pas déviée ; le muscle lingual n'est pas atrophié ; il existe une dysarthrie très marquée, sorte de scansion de la parole difficile à préciser. La sensibilité tactile est abolie dans la moitié droite avec conservation de la sensibilité à la douleur. La sensibilité gustative est complètement abolie à droite, affaiblie à gauche. L'odorat et l'ouïe sont conservés des deux côtés.

On note sur les jambes, surtout à droite, de nombreuses cicatrices consécutives à de fréquents traumatismes dus à des chutes, aux mouvements désordonnés du membre inférieur. A la main droite, sur la face dorsale des doigts, au niveau des bourrelets articulaires, callosités provoquées par le frottement continuel de ces parties contre les surfaces environnantes. Les organes thoraciques et abdominaux paraissent sains, l'état général est assez satisfaisant.

Le second sujet (obs. V) est une jeune fille de vingt ans, née le 28 décembre 1879. Elle vint à terme et l'accouchement fut très facile. La mère avait déjà mis au monde sept enfants, tous nés sans le moindre accident. Cinq sont encore vivants et bien portants ; des deux autres, le premier est mort en bas âge, le second a succombé aux suites de la rougeole. Comme les autres enfants, la malade a été nourrie au sein par sa mère.

A l'âge de quatre mois, cette jeune fille fut prise dans un accident de chemin de fer, un déraillement qui fit de nombreuses victimes ; mais elle ne reçut aucune blessure.

Jusqu'à l'âge de neuf mois, elle se porta très bien, commençant à marcher, marchant même et parlant comme un enfant de son âge. Il n'existait pas de trace de strabisme, la mère est très affirmative à ce sujet.

Vers le même âge de neuf mois, la fillette fut couchée un jour à midi, comme à son habitude ; elle avait joué toute la matinée. Vers trois heures, étant dans la chambre voisine, la mère l'entendit pleurer, la releva et lui trouva les membres supérieur et inférieur gauches contracturés, le bras et la main en flexion, le pied en adduction, les traits tirés également vers la gauche. La mère ne se souvient pas si l'œil droit était dévié en dehors ou en dedans, si l'enfant pouvait le fermer et l'ouvrir.

Le jour même, la fillette put marcher, mais elle le faisait en boitant, le corps reposant sur le bord externe du pied gauche. Elle parlait comme d'ordinaire, mais portait la main à sa tête, indiquant de cette façon, et aussi en criant, qu'elle en souffrait ; elle se plaignit ainsi pendant deux à trois semaines. Très souvent l'œil droit présentait une sécrétion muco-purulente ; il fallut le laver assez longtemps avec une solution boriquée et de l'eau de Raspail.

La malade resta dans cet état jusqu'à l'âge de deux ans avec une santé générale satisfaisante. A cette époque, elle fut électrisée par un médecin, et, au bout d'une cinquantaine de séances, la main gauche put s'ouvrir et l'enfant marcha sur la plante au lieu de s'appuyer sur le bord externe du pied gauche. La déviation de la face diminua peu à peu ; il en restait cependant des traces à l'âge de huit ans, la commissure labiale était à cette époque tirée en bas et à droite. C'est alors qu'elle entra à la Salpêtrière dans le service de M. J. Voisin. Vers la même époque apparut dans le côté gauche un tremblement d'abord peu accentué, mais qui ne tarda pas à s'exagérer pour devenir permanent et stationnaire.



Actuellement, on constate une *hémiplégie gauche* respectant la face, avec contracture en flexion du membre supérieur accompagnée de tremblement. Le membre inférieur est un peu moins contracturé, le pied est en léger varus équin, le tremblement y est moins marqué qu'au membre supérieur. *L'œil droit* est en strabisme externe.

Il existe un certain degré d'arrêt de développement des membres supérieur et inférieur du côté gauche, qui sont moins gros et moins longs que ceux du côté droit.

A gauche, le muscle frontal fonctionne normalement ; cependant le sourcil est légèrement tiré en haut. Au repos il n'y a pas de déviation appréciable de la face. Pendant le rire, ascension plus grande de la commissure labiale gauche, qui est difficilement portée en dehors. Tous les mouvements de la langue sont conservés.

Au repos, l'avant-bras gauche est presque fléchi à angle droit sur le bras, la main étant d'ordinaire placée en pronation et à demi fléchie sur le poignet, les doigts pliés dans la main ; le pouce est fléchi en adduction. Pendant la veille, le bras gauche est agité d'un tremblement continu qui semble partir de l'épaule et envahit le bras, puis l'avant-bras où il atteint son maximum. Ce n'est pas un véritable tremblement, mais plutôt une série d'oscillations arythmiques qui écartent et rapprochent alternativement le bras du tronc. Le tremblement semble diminuer lorsque la malade place son bras gauche derrière son dos ; il cesse dans le sommeil. Les mouvements de flexion provoqués de l'avant-bras sont possibles, l'extension est impossible ; il existe cependant quelques mouvements volontaires : la jeune fille peut porter sa main sur sa tête et marche assez facilement.

Par instants on note quelques secousses spontanées, légères, dans la main et l'avant-bras *droits*. Le membre inférieur *gauche* participe également au tremblement ; la malade lève difficilement le pied à la hauteur du genou, la jambe est légèrement fléchie sur la cuisse. Les mouvements de flexion et d'extension du pied sont normaux. Au repos le pied est en adduction. Pendant la marche, il est dévié en dedans et en haut. La marche se fait sur le bord externe du pied.

Le réflexe rotulien gauche est très fort, le droit normal ; pas de trépidation spinale à droite ; à gauche, ce phénomène est impossible à constater, vu l'état spasmodique. Le réflexe plantaire est normal à droite, en flexion ; à gauche, l'extension est très nette ; d'ailleurs, le gros orteil est naturellement en extension légère.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité générale ni sensorielle.

L'examen des yeux a été pratiqué par M. Dupuy-Dutemps : *Œil gauche* normal. Pas de paralysies extrinsèques ni intrinsèques. La pupille réagit bien à la lumière et à l'accommodation ; acuité visuelle normale, pas de lésions du fond de l'œil.

Œil droit : strabisme externe très accusé (40°). La déviation secondaire est plus forte. L'excursion de l'œil est limitée en bas, en haut et surtout en dedans. L'arc décrit par l'excursion totale de l'œil dans tous les sens est notablement plus petit que normalement, surtout dans le sens horizontal.

Il y a donc *paralysie* incomplète des droits interne (le plus atteint), supérieur et inférieur. On ne peut pas apprécier s'il existe une paralysie du petit oblique. Pas de *ptosis*.

La *pupille*, de dimension moyenne, ne réagit ni à l'accommodation ni à la lumière, qu'on l'éclaire directement ou qu'on fasse tomber la lumière sur l'autre œil (suppression du réflexe consensuel).

L'état de l'accommodation est très difficile à apprécier, car l'amblyopie très accusée de cet œil empêche un examen subjectif et les mouvements incessants de la malade gênent beaucoup l'examen objectif pour la pupilloscopie.

L'accomodation est certainement conservée en partie, mais on ne peut affirmer qu'elle le soit intégralement.

Acuité visuelle très affaiblie V = 1/50.

Pas de lésions du fond de l'œil. Papille normale. On observe seulement à un degré plus accusé sur cet œil que sur l'œil droit un aspect blanchâtre moiré d'une partie de la rétine. C'est une disposition physiologique fréquente chez les personnes brunes.

On ne peut pas donner un tracé précis *du champ visuel*, mais on peut affirmer qu'il n'est pas notablement rétréci et qu'il n'existe pas d'hémiopie.

Pas de dyschromatopsie.

L'amblyopie paraît donc absolument indépendante d'une lésion de la rétine ou du tractus optique : elle doit être attribuée au défaut d'usage de cet œil remontant à l'enfance. L'absence de diplopie s'explique aussi par l'ancienneté de la lésion et son apparition dans le jeune âge.

Le troisième cas (obs. VI), présenté par le professeur Charcot à sa leçon du 24 février 1893, a trait à un homme de trente-sept ans, entré à la Salpêtrière depuis un mois.

Le père du malade était nerveux ; il mourut probablement d'un néoplasme œsophagien ; un frère est mort peut-être tuberculeux ; un autre était nerveux et buveur.

Originaire de Saint-Brieuc, le patient exerce la profession de vannier. Il fut élevé au sein. Pas d'engorgements ganglionnaires ni de gourmes pendant l'enfance ; toutefois il eut « mal

aux yeux » une première fois à l'âge de douze ans pendant huit jours; il y eut deux ou trois récidives dans la suite.

A seize ans, survint une fièvre typhoïde grave qui dura sept mois et fut suivie d'une convalescence d'un an. Il y aurait eu du délire pendant trois mois; au cours de la convalescence, on nota des furoncles qui durèrent quinze mois. Hémorrhoïdes à vingt-quatre ans; trois fois la blennorrhagie; pas de syphilis.

Marié à vingt-trois ans et demi, le malade eut deux enfants, morts l'un à deux mois, l'autre à six semaines. Le premier avait présenté de la diarrhée et des vomissements, le second était « faible de constitution ». Or, la mère, dit-il, était tout à fait robuste; elle mourut en couches alors qu'il était séparé d'elle depuis cinq ans.

Fin novembre 1892, le sujet fit une chute sur l'occiput. Il ne perdit pas connaissance, mais il s'écoula beaucoup de sang de la plaie, qui dura quatre ou cinq jours. Il n'a jamais craché de sang, ne tousse pas, mange et digère bien et possède une assez bonne santé habituelle.

C'est le 22 décembre 1892, c'est-à-dire environ un mois après la chute sur l'occiput, qu'ont commencé les accidents actuels. Le début a été brusque, sans céphalée prémonitoire, sans aucune modification appréciable de l'état général.

Le matin, peu de temps après le lever, en descendant l'escalier de sa maison pour aller à son travail, il s'aperçut tout à coup, arrivé sur le palier du deuxième étage (il habite le troisième), que sa vue se troublait. Il trébucha contre un panier. Il se rendit alors compte qu'il *voyait double*, mais pensa qu'il « avait quelque chose dans l'œil gauche ». Il alla jusqu'à l'atelier en chancelant; il faisait à peine jour et ce n'est qu'une fois arrivé qu'il constata, en se regardant dans une glace, que sa *paupière gauche était abaissée*, pas complètement pourtant. Il remarqua aussi qu'en fermant tout à fait l'œil gauche il ne voyait plus double. Aucune sensation de vertige à ce moment.

Malgré les conseils de ses camarades, il voulut se mettre au travail en plaçant un mouchoir sur son œil gauche, mais, vers onze heures, il dut cesser. Sa main droite s'écartait spontanément de l'ouvrage comme si elle eût été entraînée dans un mouvement d'abduction. La main toutefois ne tremblait pas positivement. Il rentra chez lui en mettant sa main dans son gilet, parce qu'elle avait une tendance à s'écarter du corps. Il dormit bien la nuit suivante. Le lendemain, sa main droite présentait cette fois un réel tremblement qui augmenta jusqu'au commencement de janvier 1893. Les jours suivants, il s'aperçut que sa jambe droite se fatiguait plus vite que la gauche; cela dura environ quinze jours. Jamais il n'a eu de faiblesse dans le membre inférieur droit et jamais sa jambe droite n'a tremblé.

Le 2 janvier 1893, il entra à l'hôpital Broussais dans le service de M. Barth où il resta jusqu'au 20. On lui fit de l'électricité qui, dit-il, l'améliora. Le 27 janvier, il venait à la Salpêtrière.

A l'entrée, le tremblement que présente le sujet ressemble à celui de la paralysie agitante, en ce qui regarde l'attitude de la main en flexion, les oscillations du pouce (flexion et extension), les mouvements de pronation et de supination du poignet.

L'examen de *l'œil gauche*, pratiqué le 25 janvier, donne les résultats suivants : au repos la paupière est abaissée; le mouvement d'élévation est très limité. Quand on sollicite les mouvements de latéralité, on constate que l'œil n'atteint pas l'angle interne et qu'il se produit du nystagmus. *Diplopie croisée* dans le champ du regard, homonyme en haut et en bas. Le sourcil *gauche* est plus relevé que le droit. La pupille gauche est plus dilatée que la droite et réagit normalement à la lumière. Paralysie complète de l'accommodation à *gauche*. Donc, paralysie du moteur oculaire commun du côté gauche intéressant le releveur de la paupière, le droit interne et le sphincter irien. Acuité visuelle V = $^2/_3$. Le fond de l'œil est congestionné.

Examiné de nouveau le 8 février, le malade est en voie de sensible amélioration. Le tremblement s'est déjà atténué; il y a de petits temps d'arrêt, mais très courts, par instants. Les mouvements intentionnels, cependant, augmentent notablement le tremblement. Le patient ne peut porter un verre plein d'eau à sa bouche sans en répandre en partie le contenu. Le tremblement est variable aussi en ce sens que c'est tantôt le pouce seul, tantôt la main et l'avant-bras qui s'agitent.

L'*écriture* ressemble à celle qu'on observe au cours de la paralysie agitante; elle est tremblée et brisée.

Le tremblement mesure 4 oscillations par seconde, quelquefois 4 $^1/_2$, quel que soit d'ailleurs le moment où l'on observe le malade, pendant le repos, l'écriture ou les mouvements comme l'acte de porter la main à la bouche. Le rythme n'est donc variable qu'en apparence.

Au repos, on a, suivant la position de la main, tantôt un tremblement continu, tantôt un tremblement intermittent. Dans le premier mode, les oscillations sont à peu près égales entre elles, dans le second elles sont plus fortes au milieu de la période de tremblement. D'ailleurs, les plus grandes oscillations ont été obtenues pendant l'acte d'écrire.

La *force* déployée par les deux mains est à peu près la même, un peu plus grande toutefois à droite, où elle atteint 35 kilos. La résistance aux mouvements provoqués est sensiblement égale à droite et à gauche.

A la même date (8 février), la paralysie du moteur oculaire gauche est beaucoup moins marquée qu'à l'entrée; ce qui reste le plus apparent, c'est l'ouverture moindre de la fente palpébrale gauche, avec élévation du sourcil plus marquée qu'à droite.

Réflexes tendineux (rotulien, du coude, du poignet) égaux et normaux des deux côtés.

Aucun trouble de la sensibilité générale ou spéciale. Pas de rétrécissement du champ visuel, ni d'anesthésie pharyngée; tendance à confondre le bleu et le violet.

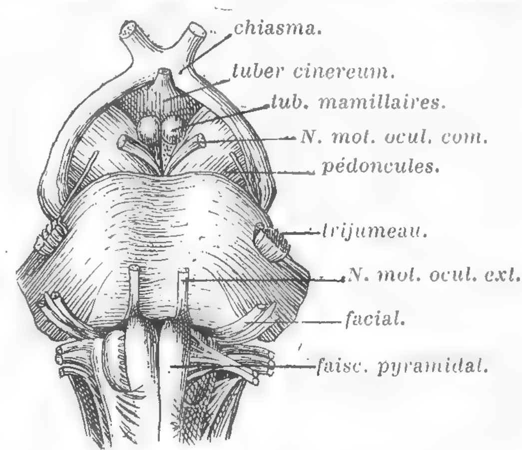
Pas d'atrophie musculaire ni au bras ni à la jambe droite. Sur la peau, le sujet présente plusieurs cicatrices, en particulier au niveau de la région sacrée (probablement eschare datant de la fièvre typhoïde), de la région trochantérienne gauche où l'on trouve une cicatrice déprimée et un peu adhérente, trace d'une complication de la même affection ayant probablement intéressé le périoste.

Tels sont nos trois nouveaux cas, dont deux inédits du service de la Clinique, et un qui appartient au professeur Charcot. Ajoutés à ceux de Benedikt, ils constituent les seuls qui soient venus à notre connaissance et que nous puissions, partant, interpréter pour la description nosographique du syndrome qui mérite de porter le nom de l'auteur viennois qui le décrivit pour la première fois en 1888.

III

Pour la juste compréhension de ce qui va suivre, il nous paraît indispensable d'entrer dans quelques considérations sur la topographie de la face inférieure du cerveau dans sa région pédonculo-protubérantielle et d'envisager une coupe horizontale du pédoncule cérébral au moment où il sort de la protubérance.

Lorsque les pédoncules cérébraux émergent de la protubérance, ils divergent aussitôt pour aller se jeter dans les hémisphères. De leur écartement à angle aigu résulte un triangle dont la base est formée par le chiasma des nerfs optiques et où l'on trouve, en allant d'avant en arrière, le *tuber cinereum*, les tubercules mamillaires, l'espace perforé, et, tout à fait au sommet, les deux nerfs de la troisième paire intimement accolés à la face interne du pédoncule correspondant. On comprend que, dans ces conditions, une même lésion puisse intéresser concurremment le pédoncule cérébral et le moteur oculaire commun du même côté. Il se produit ainsi une paralysie alterne constituée par une hémiplégie *droite*, par exemple, si la lésion siège à gauche, étant donné l'entre-croisement ultérieur du pédoncule, et une paralysie gauche du moteur oculaire externe, paralysie directe.



C'est ainsi que se trouve constituée la *paralysie alterne supérieure* décrite en 1863 par Weber (1), médecin allemand résidant en Angleterre, et à laquelle, avons-nous dit, dans une leçon parue en 1891 (2), M. Charcot a proposé d'attribuer la qualification de *syndrome de Weber*, du nom de cet auteur. Dans le cas rapporté par Weber, le syndrome avait été produit par une hémorrhagie siégeant dans le pédoncule et intéressant en même temps les filets de la troisième paire. Quatorze ans plus tard, Mayor (3) publiait une observation de même ordre.

Ce n'est pas d'ailleurs Weber qui décrivit le premier les *paralysies alternes :* leur notion fut introduite dans la science par Millard et par Gubler. Le travail de Millard (4) est antérieur de quelques mois à celui de Gubler (5), qui trouva le nom de *paralysie alterne*, d'où l'appellation de syndrome de Millard-Gubler qu'il convient d'attribuer à cette manifestation, qui est, comme localisation, inférieure par rapport au syndrome de Weber. La lésion siège en effet à la partie inférieure de la protubérance, et le syndrome se juge par une paralysie faciale avec hémiplégie du côté opposé du corps. Quelquefois à l'hémiplégie faciale se joint une paralysie du moteur oculaire externe.

« L'anatomie, dit Charcot, nous donnera encore ici la clef de ce syndrome et de ses complications. L'abducens et le facial prennent leur origine réelle dans deux noyaux confondus et situés sous le plancher du quatrième ventricule. Parties de ce point, leurs fibres s'agrègent aussitôt en deux nerfs distincts qui traversent la protubérance dans toute sa largeur en s'écartant l'un de l'autre, mais constitués déjà dans tout ce trajet à l'état de nerfs périphériques. Or, dans ce trajet intraprotubérantiel, ces deux nerfs affectent avec le faisceau pyramidal d'étroits rapports de voisinage qui expliquent la solidarité pathologique de ces divers organes dans les lésions intraprotubérantielles de quelque étendue. Supposez, en effet, une tumeur, un tubercule placés dans cette région de la protubérance, vous comprendrez aisément comment la lésion peut atteindre simultanément le nerf de la septième paire et le faisceau pyramidal, et vous aurez ainsi imaginé la paralysie alterne

(1) H. WEBER. A contribution to the pathology of crura cerebri. (*Medico-chir. Transactions.* Londres, 1863, p. 121.)

(2) J.-M. CHARCOT. (*Loc. cit.*)

(3) MAYOR. Paralysie alterne portant sur le moteur oculaire commun. (*Bull. de la Soc. anat.*, mars 1877, p. 239.)

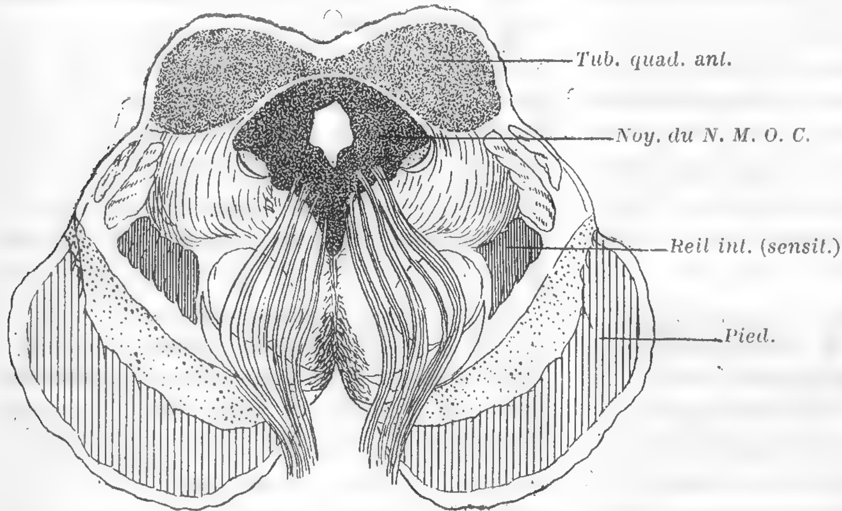
(4) MILLARD. A propos des foyers apoplectiques de l'encéphale. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1855, p. 206.) — A propos d'un cas [relaté par Sénac] de tumeur fibroplastique de la base du crâne. (*Bull. de la Soc. anat.*, 1856, p. 217.)

(5) GUBLER. De l'hémiplégie alterne envisagée comme signe de lésion de la protubérance annulaire. (*Gazette hebdom. de méd. et de chir.*, 24 oct., 7 et 14 novembre 1856.)

vulgaire, autrement dit le syndrome Millard-Gubler. Il est aussi aisé de concevoir en même temps une lésion de l'abducens et par suite une paralysie de la sixième paire, du même côté que la paralysie faciale, venant compliquer le tableau classique... En réalité, qu'il s'agisse de paralysie pédonculo-protubérantielle ou de paralysie bulbo-protubérantielle, c'est toujours le siège et l'étendue de la lésion qui déterminent la nature et le nombre des manifestations cliniques. »

Ces considérations s'appliquent complètement au syndrome de Benedikt, sur lequel nous allons revenir maintenant. En somme, cette dernière manifestation n'est autre que le syndrome de Weber, à savoir une paralysie du moteur oculaire commun avec hémiplégie croisée, auquel s'ajoute du *tremblement*. Dans quels cas se montre celui-ci, ou mieux comment le syndrome est-il constitué dans son ensemble? Nous allons essayer de l'établir, et, pour ce faire, il n'est d'autre moyen que d'analyser les cas publiés par Benedikt et les trois observations inédites que nous avons rapportées. Toutefois, pour leur exacte interprétation, il nous paraît nécessaire, comme nous l'avons dit, d'examiner une coupe horizontale du pédoncule cérébral à sa sortie de la protubérance, passant au niveau de l'émergence du moteur oculaire commun.

Sur cette coupe, on rencontre essentiellement en allant de dehors en dedans : le pied du pédoncule cérébral constitué par le faisceau pyramidal, le ruban de Reil supérieur ou faisceau sensitif, et, bordant la calotte du pédoncule, sous le plancher du quatrième ventricule, les tubercules quadrijumeaux antérieurs. On sait que Flourens et Renzi ont affirmé que les animaux dont on enlève les tubercules quadrijumeaux perdent la vue : la lésion d'un seul côté produirait la cécité de l'œil opposé chez les mammifères et les oiseaux. De même, Bechterew a démontré que la destruction des tubercules d'un côté donne des troubles visuels de la partie correspondante des deux rétines, troubles analogues à ceux que produit la section d'une bandelette optique. Tout récemment, Bach (1), analysant 60 cas, recueillis dans la littérature, de lésions de ces organes, a montré que presque toujours une papille de stase accompagne les troubles de la vision qu'on observe alors. Très fréquemment, ces troubles sont associés à des paralysies de la troisième paire.



Sur la partie médiane de la coupe, autour de l'aqueduc de Sylvius, se voient les noyaux d'origine du moteur oculaire commun droit et gauche, très rapprochés l'un de l'autre; les fibres qui en naissent s'écartent un peu, puis se rassemblent dans la partie externe du pied du pédoncule et viennent émerger de chaque côté du sommet du triangle formé par les deux pédoncules cérébraux émergeant à angle aigu de la protubérance. Chemin faisant, certaines de ces fibres se sont entre-croisées pour assurer la synergie bilatérale des muscles de l'œil.

Retenons ce groupement, sur une coupe des pédoncules, et la disposition du triangle qui, sur la base du cerveau, est représenté par l'écartement de ces mêmes organes; nous aurons ainsi de nombreux éléments d'exacte appréciation pour l'interprétation anatomique des cas connus ou inédits que nous avons rapportés du syndrome de Benedikt.

IV

Nous avons dit que dans la leçon publiée en mai 1889, Benedikt relatait 3 cas de paralysie du moteur oculaire commun avec hémiparésie croisée et tremblement des parties paralysées. Il affirmait que le siège de cette affection était dans le pédoncule cérébral, au niveau de l'émergence du moteur oculaire commun. Analysons ses trois observations.

La première (obs. I) est complexe : elle a trait à un garçon de quatre ans qui depuis six mois souffrait de maux de tête, lorsque survint du ptosis *droit* et bientôt après une paralysie du moteur oculaire commun *gauche*. En même temps, hémiparésie gauche avec tremblement des membres supérieur et inférieur. Double neuro-rétinite; titubation cérébelleuse; accès épileptiques; mort. L'autopsie révèle l'existence de nombreux tubercules cérébraux; de plus, il existe un tubercule ayant le volume d'un œuf de pigeon, occupant la face inférieure du pédoncule cérébral droit. Il s'étend jusqu'à la lame perforée postérieure, chevauche sur la bandelette optique et détruit le nerf moteur oculaire commun, remontant dans l'épaisseur des tubercules quadrijumeaux pour pénétrer dans le ventricule latéral au niveau de la couche optique, dont les deux tiers postérieurs sont refoulés au dehors.

On le voit, les lésions sont multiples et ne permettent pas une interprétation très précise des phénomènes observés : toutefois, ceux qui constituent le syndrome que nous décrivons sont nettement attribuables au gros tubercule qui perfore le pédoncule cérébral droit et coupe les fibres du moteur oculaire commun, en intéressant à la fois les bandelettes optiques et les tubercules quadrijumeaux, ce qui explique l'hémiparésie gauche avec tremblement, le ptosis droit et la neuro-rétinite.

Dans la deuxième observation (obs. II), très écourtée, il s'agit d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire, qui présentait une paralysie croisée de l'oculo-moteur commun et une hémiparésie avec tremblement des parties paralysées. En l'absence d'autopsie, on peut très légitimement penser qu'il existait chez lui un tubercule du pédoncule cérébral coupant les fibres du moteur oculaire commun. Le côté du ptosis et celui de la paralysie ne sont pas indiqués.

Dans le troisième fait (obs. III), il s'agit d'une femme présentant depuis trois ans une paralysie du moteur oculaire commun droit, accompagnée de fréquentes céphalalgies. Survint peu à peu chez elle une hémiparésie gauche avec tremblement plus fort dans le bras que dans la jambe. Puis se montra un ptosis gauche avec une hémiplégie droite accompagnée de tremblement. Ce cas comptait double, dit Benedikt. La malade présentant du catarrhe des sommets, il est probable qu'elle portait un gros tubercule ou une plaque de méningite tuberculeuse, à évolution chronique, qui siégeant d'abord dans le pédoncule droit, avait envahi ensuite la région pédonculaire gauche, et intéressé en même temps soit les origines, soit les émergences des deux moteurs oculaires communs.

Nous en arrivons maintenant au cas inédit qui a servi de base à la leçon du professeur Charcot (obs. VI). Il s'agit d'un homme de trente-sept ans qui fait une chute sur la nuque sans perte de connaissance; un mois après, diplopie, ptosis *droit* avec mydriase, puis hémiparésie *gauche* avec *tremblement* ressemblant fort à celui de la paralysie agitante. La force musculaire est intacte, le réflexe rotulien gauche normal; il n'y a pas de troubles de sensibilité. M. Charcot pense à une lésion de contiguïté du pédoncule cérébral droit au niveau de l'émergence de la troisième paire, de nature indéterminée, peut-être un petit foyer de ramollissement ou d'hémorrhagie. Etant donnée l'existence, à la vérité de date antérieure, d'une chute sur l'occiput, et le fait que le pédoncule ne pouvait pas avoir été détruit, ce que démontrait l'absence de sclérose descendante et d'exagération du réflexe rotulien — nous pouvons ajouter de troubles sensitifs —, on est autorisé à supposer une hémorrhagie méningée, ou mieux une hémorrhagie s'étant effectuée dans une pachyméningite consécutive à la chute.

Restent nos deux cas personnels et inédits, non suivis d'investigation anatomique (obs. IV et V).

Le premier (obs. IV) a trait à un nègre de trente-neuf ans, sans antécédents personnels ou héréditaires méritant d'être notés. A l'âge de vingt-trois ans, ictus subit avec perte de connaissance pendant trois jours; il en sort avec une hémiplégie *droite* complète et un ptosis *gauche*. Un an et demi après, tremblement des membres du côté droit, puis hémianesthésie droite; les réflexes rotuliens sont abolis; pas de troubles des sphincters. Affaiblissement de la vue, neuro-rétinite double; absence de réaction lumineuse ou accommodative des deux pupilles, qui sont en myosis; paralysie complète de la troisième paire gauche avec ptosis; léger ptosis de l'œil droit avec paralysie complète du droit supérieur et incomplète des droits interne et inférieur.

Comment interpréter ce cas, plus complexe en apparence qu'en réalité? Le début subit, sans prodromes, par ictus, avec trois jours de perte de connaissance, fait penser à un foyer hémorrhagique intrapédonculaire bien plus qu'à une hémorrhagie en nappe extrapédonculaire. Ce foyer, dans la première hypothèse — celle que nous adoptons —, coupe le pied du pédoncule cérébral gauche et produit l'hémiplégie droite avec tremblement; fusant vers le quatrième ventricule, il dissocie le ruban de Reil supérieur ou faisceau sensitif, d'où hémianesthésie droite; de là il intéresse les noyaux des deux oculomoteurs communs, surtout le gauche, produisant ainsi la paralysie complète de la troisième paire gauche et incomplète de la troisième paire droite; enfin, il atteint les tubercules quadrijumeaux, et donne lieu à la neuro-rétinite double qui est notée dans l'observation.

En ce qui regarde l'hémianesthésie, rien n'autorise à la rapporter à l'hystérie, par exemple : il n'existe pas de troubles sensoriels appréciables, si ce n'est quelques altérations de la sensibilité gustative, et l'état général n'est pas celui d'un hystérique.

Notre second cas (obs. V) concerne une jeune fille de vingt ans sans antécédents héréditaires; à l'âge de neuf mois, elle eut une période d'agitation avec cris qui aboutit à une hémiplégie *gauche* avec contracture, accompagnée de tremblement à dater de l'âge de huit ans. A cet âge — phénomènes qui s'étaient peut-être déjà développés antérieurement — on nota une paralysie incomplète de la troisième paire *droite* intéressant principalement les droits interne, supérieur et inférieur, avec une pupille de dimension moyenne, sans réaction lumineuse ni accommodative. Pas de troubles de la sensibilité; réflexe rotulien gauche très fort.

(1) Voir à ce sujet une revue critique de Bach sur les symptômes oculaires dans les affections des tubercules quadrijumeaux, *in Zeitsch. f. Augenheilk.*, avril et mai 1899.

L'ensemble clinique que nous venons d'indiquer nous paraît, dans la circonstance, relever d'un foyer de méningo-encéphalite avec crises convulsives (probablement d'origine infectieuse, comme il arrive souvent chez les enfants en bas âge) limité au pédoncule cérébral droit, au niveau de l'émergence du moteur oculaire commun. Ce foyer, qui s'est éteint et est resté stationnaire, a produit une hémiplégie *gauche* avec contracture et tremblement, et une paralysie incomplète de la troisième paire *droite*.

V

L'exposé et l'analyse des six faits que nous connaissons du syndrome de Benedikt vont nous permettre d'essayer de tracer l'histoire clinique et de donner l'interprétation anatomique de cette singulière manifestation.

Toutefois, avant d'aller plus loin, il est nécessaire de dire que les *conditions étiologiques* qui dominent l'évolution du syndrome sont essentiellement variables et variées. Le syndrome de Benedikt n'est pas, en effet, nous le savons déjà, une maladie vraie, c'est essentiellement une localisation anatomique née sous l'influence de diverses causes : tuberculose, foyers de ramollissement, hémorrhagies intra ou extrapédonculaires, qui, par leur siège exactement limité à la région du pédoncule cérébral, au niveau de l'émergence ou des origines du moteur oculaire commun, produisent une *paralysie de la troisième paire avec une hémiplégie croisée accompagnée de tremblement.*

L'âge, le sexe du sujet, la nature de la lésion elle-même sont, en réalité, indifférents; il suffit qu'une lésion quelconque soit assez exactement localisée au même endroit pour reproduire le même syndrome clinique.

De ce fait, les 6 observations que nous possédons comprennent 3 hommes, 2 femmes et 1 sujet dont le sexe n'est pas noté (obs. II). L'affection a débuté à neuf mois, quatre ans, seize ans et trente-six ans; nul doute qu'elle ne puisse se développer beaucoup plus tard.

Ce début peut avoir lieu d'une façon lente, par une céphalalgie prémonitoire qui dure quelques mois (obs. I); d'autres fois, il est subit, immédiat et se juge par un ictus susceptible de plonger le sujet dans le coma pendant trois jours (obs. IV).

Presque toujours apparaît dès l'origine une *hémiplégie*, droite ou gauche, qui, peu de temps après, s'accompagne généralement de phénomènes de contracture; c'est une hémiplégie spasmodique vulgaire; elle s'associe parfois à une hémianesthésie (obs. IV). Cependant, la contracture peut manquer, les phénomènes paralytiques étant peu accentués (obs. VI).

En même temps, on voit survenir des phénomènes de *paralysie de la troisième paire du côté opposé à l'hémiplégie*, qui, à l'instar de celle-ci, resteront permanents, bien qu'un certain degré d'amélioration puisse parfois survenir (obs. VI).

Cette paralysie de la troisième paire est complète (obs. IV) ou incomplète, cantonnée seulement à quelques muscles et sans ptosis (obs. V); elle peut s'accompagner d'une paralysie complète ou incomplète du moteur oculaire commun du côté opposé (obs. III, IV). Il peut exister du nystagmus paralytique (obs. VI). Dans deux cas de Benedikt, comme chez un de nos malades (obs. IV), il existait de la *neuro-rétinite* qui peut être double (obs. IV). L'état des pupilles est variable, en mydriase ou en myosis; le plus souvent, les réactions lumineuse et accommodative sont abolies.

Le *tremblement* qui coexiste avec l'hémiplégie et caractérise le syndrome n'est pas toujours son contemporain immédiat. Il apparaît le plus souvent avec elle (obs. IV, VI), mais parfois ne se montre qu'un an et demi après, peut-être même plus tard encore (obs. V).

Ce tremblement est assez spécial par lui-même; il semble dans la majorité des cas être intermédiaire entre celui de l'hémichorée et de l'hémiathétose. Il peut, toutefois, ressembler dans une certaine mesure au tremblement de la paralysie agitante ou de la sclérose en plaques; il paraît toujours s'exagérer dans les mouvements intentionnels. Il existe dans les membres supérieur et inférieur, parfois aussi dans le cou et le tronc, produisant une sorte de balancement du corps dans le sens latéral. Il est dans certains faits assez actif et suffisamment fort pour déterminer des excoriations bientôt converties en cicatrices sur les membres atteints, les mains en particulier, par suite du frottement de ces parties contre les surfaces environnantes (obs. IV).

Il est des cas où la manifestation se double pour ainsi dire, forme un double syndrome (obs. III), ce qu'il faut attribuer à l'extension progressive de la lésion causale.

Cette extension de la lésion, ou la multiplicité des lésions elles-mêmes, donnent alors lieu à des symptômes surajoutés : titubation, accès d'épilepsie (obs. I), au-dessus desquels surnage, vu son originalité, l'ensemble constitutif du syndrome.

La nature de la lésion régit l'*évolution* et partant le *pronostic* du syndrome de Benedikt. Dans la première observation de cet auteur, la mort semble être survenue en quatre mois chez un enfant de quatre ans. A ce cas à marche rapide nous opposerons l'observation V qui a trait à une femme de vingt ans, chez laquelle l'affection débuta à l'âge de neuf mois. Etant donné que l'état général est, à l'heure actuelle, très satisfaisant, il est impossible de dire ce que sera l'évolution ultérieure *quoad vitam*, la lésion paraissant être restée stationnaire depuis les premiers mois. Chez le nègre de l'observation IV, bien que l'état général soit moins bon et les manifestations beaucoup plus marquées et plus nombreuses, le début de l'affection remonte à seize ans. Dans le cas du professeur Charcot (obs. VI), il est dit nettement que le tremblement et le ptosis s'améliorèrent; l'hémiplégie était du reste très légère.

Si le syndrome est parfois atténué, si la survie peut être longue, il ne reste pas moins que les manifestations cliniques qui constituent le syndrome de Benedikt, paralysie de la troisième paire avec hémiplégie croisée et tremblement, mettent singulièrement obstacle aux nécessités de la vie journalière. De ce fait, le syndrome de Benedikt constitue une affection toujours grave.

Son *diagnostic* mérite de nous arrêter un instant. Il est en général facile, le syndrome étant en somme très caractéristique par lui-même. Le fait d'une paralysie du moteur oculaire commun avec hémiplégie croisée accompagnée de tremblement est, en outre, d'une facile constatation. Cette manifestation est d'ailleurs rare, puisque nous n'en connaissons que six observations.

Le syndrome de Weber ressemble beaucoup au syndrome de Benedikt; la figuration clinique est la même dans les deux cas, mais le tremblement fait défaut dans le premier.

C'est donc surtout avec les *hémiplégies accompagnées de tremblement* que la confusion pourrait avoir lieu : mais, dans celles-ci, la paralysie du moteur oculaire commun est absente. On voit que le champ du diagnostic est très limité. De ce fait, nous éliminons l'hémichorée et l'hémiathétose post-hémiplégiques avec lesquelles le tremblement du syndrome de Benedikt offre de nombreuses analogies, et pour cause, comme nous le verrons. De même en ce qui regarde la sclérose en plaques, dans le cas particulier où les manifestations auraient pris surtout une forme hémiplégique, ce qui n'est pas fréquent. Rappelons à ce sujet qu'un de nos malades (obs. IV) présentait une dysarthrie assez marquée, d'une interprétation difficile.

Benedikt, le premier, a rapproché le tremblement qu'il observait chez ses malades de celui de la sclérose en plaques dont nous venons de parler; il a également noté sa ressemblance avec le tremblement de la maladie de Parkinson. En ce qui regarde particulièrement la paralysie agitante, il a vu très juste, et nous en trouvons la preuve dans le fait suivant que l'un de nous (J.-B. Charcot) a communiqué à M. Béchet (1) qui le rapporta dans sa thèse inaugurale.

Il s'agissait d'un homme de trente-neuf ans, entré en 1891 à la Salpêtrière, dans le service du professeur Charcot; depuis deux ans, il ressentait de la raideur dans les membres et des douleurs sourdes généralisées. Un an plus tard, il éprouva un engourdissement dans le côté gauche de la face, autour de l'œil, engourdissement qui irradia bientôt jusqu'au bout des doigts de la main gauche. La raideur s'accentua et petit à petit le malade commença à trembler. L'aspect clinique était celui d'un parkinsonien. Ce tremblement, qui s'étendit bientôt à tout le côté gauche, tout en restant plus marqué cependant au membre supérieur, fit porter le diagnostic de paralysie agitante à forme hémiplégique. Le réflexe rotulien gauche était exagéré. Cette dernière particularité eût dû mettre sur la voie du véritable diagnostic. La paralysie agitante n'était, en effet, pas en cause, car, à l'autopsie, on constata « dans l'épaisseur du pédoncule droit un tubercule de la grosseur d'une noisette tendant à s'énucléer, entièrement compris dans le pédoncule, s'étendant vers la partie externe et postérieure mais n'arrivant pas jusqu'au faisceau pyramidal et invisible à la surface ».

En somme, on s'était trouvé en présence d'un syndrome clinique d'un troisième ordre, pour ainsi dire, intermédiaire entre le syndrome de Weber et celui de Benedikt, puisqu'il existait de l'hémiplégie et du tremblement, mais sans participation de la troisième paire. La localisation anatomique était à peu de chose près la même que pour les deux autres, car le tubercule se trouvait situé en plein pédoncule cérébral. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce fait à propos de l'interprétation du tremblement.

Une dernière affection pourrait encore, à notre avis, simuler en son entier le syndrome de Benedikt. Dans sa leçon déjà citée, à une époque où l'on ne connaissait pas en France le syndrome de Benedikt, dont il aurait certainement parlé à cette occasion, M. Charcot (2) présentait une jeune fille de dix-huit ans qui se plaignait d'avoir depuis plusieurs années la paupière *gauche* tombante avec une paralysie complète des membres du côté *droit*. Il put démontrer qu'il s'agissait là, non d'une paralysie organique, qui, le tremblement en plus — et celui-ci n'est pas rare dans l'hystérie —, eût simulé complètement le syndrome de Benedikt, mais bien d'une paralysie hystérique. L'hémiplégie s'accompagnait d'hémianesthésie, ce que l'on note aussi dans notre quatrième observation, mais la paralysie de la troisième paire avait des caractères tout particuliers. D'abord, seul l'orbiculaire était pris, les muscles droit interne, supérieur et inférieur et petit oblique fonctionnant régulièrement. Puis il y avait abaissement et non élévation du sourcil, comme dans le ptosis paralytique. Ensuite, il existait de l'anesthésie de la cornée, trouble de sensibilité superposé qui, dans la circonstance, ainsi que l'un de nous l'a établi (3) et comme M. Charcot le rappelait, faisait, avec l'élévation du sourcil, de ce faux ptosis un véritable blépharospasme hystérique.

En terminant, nous devons dire quelques mots du *tremblement* qui, dans le syndrome de Benedikt, accompagne l'hémiplégie et différencie celui-ci du syndrome de Weber.

Nous n'insisterons pas sur sa forme clinique;

(1) Béchet. Contribution à l'étude clinique des formes de la maladie de Parkinson. (*Thèse de Paris*, 1892, p. 132.)

(2) J.-M. Charcot. (*Loc. cit.*)

(3) Gilles de la Tourette. De la superposition des troubles de la sensibilité et des spasmes de la face et du cou chez les hystériques. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1889, p. 107 et 170.)

d'après les observations que nous avons rapportées, il semble surtout se rapprocher de l'agitation musculaire qu'on observe dans l'hémichorée, l'hémiathétose, la sclérose en plaques ou la paralysie agitante. Le plus souvent, il paraît s'exagérer dans les mouvements intentionnels, même lorsqu'il prend les caractères de la paralysie agitante (obs. VI), ce qui revient à dire qu'il ne revêt pas toujours exactement la même forme clinique chez tous les malades.

Ce tremblement est incontestablement sous la dépendance d'une lésion organique, et celle-ci, nous le savons, dans le syndrome de Benedikt siège toujours dans le pédoncule cérébral aux environs de l'émergence ou des noyaux du moteur oculaire commun. De toute façon, il est dû à la mise en action du faisceau moteur ou faisceau pyramidal, seul capable de le produire, et qui passe dans le pied du pédoncule où se localise la lésion anatomique.

Comme le tremblement peut revêtir diverses formes, à la vérité assez rapprochées les unes des autres, il est permis de supposer que la lésion productrice du syndrome agit de façons différentes sur le pédoncule.

Benedikt, cherchant à préciser la figuration clinique du tremblement qu'il a observé, dit qu'il ressemble tantôt à celui de la sclérose en plaques, tantôt à celui de la paralysie agitante. « Or, ajoute-t-il, dans la maladie de Parkinson les mouvements volontaires interrompent, au moins au début, ou modèrent le tremblement, tandis que dans la sclérose en plaques les mouvements voulus provoquent ou exagèrent le tremblement. Ces différences symptomatologiques, conclut-il, indiquent évidemment un mécanisme différent. Dans un cas, l'influx nerveux volontaire excite un appareil modérateur du tremblement; dans l'autre, ou bien cet état nerveux paralyse cet appareil modérateur, ou bien il existe un autre appareil, provocateur du tremblement. »

La question, on le voit, est nettement posée, mais il n'est pas en notre pouvoir de la résoudre, vu le petit nombre des documents anatomiques que nous possédons, au moins en ce qui regarde le syndrome de Benedikt.

Il n'est pas douteux, avons-nous dit, que le tremblement ne soit sous l'influence directe de la mise en action du faisceau pyramidal. Mais, bien que dans les 6 cas que nous avons rapportés cette localisation pédonculaire soit indéniable, nous savons aussi qu'il n'est pas forcément besoin, pour le produire, d'une localisation sur le faisceau pyramidal dans son trajet à travers le pédoncule cérébral.

Dans une intéressante étude sur l'*hémichorée symptomatique des maladies de l'encéphale*, dont la forme clinique se rapproche singulièrement du tremblement qu'on observe souvent dans le syndrome de Benedikt, Bidon (1) a relevé 78 cas de cette manifestation. Dans 50 faits où elle se localisait à l'appareil opto-strié, 29 fois la lésion productrice du tremblement siégeait dans la capsule interne, localisation de beaucoup la plus fréquente, ainsi que l'avaient indiqué Charcot et Raymond; 18 fois dans les noyaux gris centraux; 3 fois dans les noyaux gris avec participation des circonvolutions dans un fait, et du pédoncule cérébral dans deux; 28 fois en dehors de l'appareil opto-strié, dont 18 dans les circonvolutions et la couronne rayonnante, 4 dans le pédoncule cérébral, 3 dans la protubérance annulaire, 1 dans le bulbe seul, et 2 dans le bulbe avec participation de la protubérance ou du cervelet.

Après cet exposé, Bidon conclut que l'hémichorée s'est montrée en rapport constant avec les altérations d'un point quelconque du faisceau pyramidal. Et il ajoute : « mais dans ce long trajet, y a-t-il des centres particuliers correspondant à chacune des variétés de l'hémichorée? Nous sommes encore dans l'ignorance à ce sujet. Ricoux admet l'existence de fibres ayant les mêmes fonctions dans toute leur étendue, et dont les lésions se traduiraient par le même désordre, quel que fût leur siège. Nothnagel attribuerait l'hémichorée aux faisceaux de la couche optique ou à ceux allant de ce noyau à la couronne rayonnante, et l'athétose à la portion de la capsule interne attenante au thalamus. Ces tentatives de localisation n'ont pas été confirmées, et l'idée de Ricoux paraît plus vraie ».

(1) Bidon. Essai sur l'hémichorée symptomatique des maladies de l'encéphale. (*Rev. de méd.*, août et oct. 1886.)

La question pathogénique, en ce qui regarde le tremblement — sans autre désignation — du syndrome de Benedikt, mérite peut-être d'être envisagée d'une autre manière. Benedikt, nous le savons, constatant des différences symptomatiques dans l'agitation musculaire, qui tantôt se rapprocherait cliniquement de celle de la sclérose en plaques et tantôt de celle de la paralysie agitante, admet pour une même lésion « un mécanisme différent ».

Ces différences de mécanisme ne pourraient-elles pas s'interpréter de la façon suivante? La localisation pédonculaire restant la même, ou à peu près, dans un cas quel qu'il soit, la figuration clinique étant, par exemple, celle de la sclérose en plaques, le faisceau pyramidal serait *détruit*, alors que, la figuration clinique rappelant la paralysie agitante, il serait simplement *excité*.

Ce n'est là qu'une hypothèse, mais elle a son importance, car elle a déjà été formulée par Charcot dans sa leçon restée inédite. Dans son cas, où le tremblement ressemblait à celui de la paralysie agitante, l'hémiplégie qui était peu marquée s'atténua au point de disparaître presque complètement : des deux côtés, les réflexes rotuliens étaient égaux et normaux. Aussi notre maître songea-t-il à une lésion de *contiguïté* et non de *continuité*, à une simple excitation et non à une altération grave, à une destruction du faisceau pyramidal dans son trajet pédonculaire.

De même, dans l'observation, communiquée par l'un de nous à Béchet, où l'ensemble clinique et surtout le tremblement firent commettre une erreur de diagnostic en faveur de la paralysie agitante, il semble bien que le faisceau pyramidal fût, au niveau du pédoncule cérébral, simplement excité par contiguïté. Il est dit, en effet, dans le rapport d'autopsie : « On aperçoit dans le pédoncule droit une tumeur de la grosseur d'une noisette tendant à s'énucléer, entièrement comprise dans le pédoncule, s'étendant vers la partie externe et postérieure, *mais n'arrivant pas jusqu'au faisceau pyramidal* et invisible à la surface. »

Voilà donc deux cas où, le tremblement revêtant la forme de celui de la paralysie agitante, il semble bien exister une lésion de contiguïté, et non de continuité du faisceau pyramidal dans son trajet pédonculaire. Peut-on aller plus loin, en considérant, en particulier, dans les cas connus, les autres formes de tremblement du syndrome de Benedikt?

Dans notre observation IV, le tremblement présente le caractère de l'hémichorée. Or, le réflexe rotulien du côté hémiplégique non seulement n'est pas exagéré, mais encore est aboli, ce qui semble bien montrer que le faisceau pyramidal n'est pas dégénéré. Il est vrai que ce même réflexe du côté opposé est également aboli sans qu'il soit possible d'interpréter exactement cette particularité. Les autres symptômes cliniques concomitants : neuro-rétinite, hémianesthésie, paralysie des *deux* moteurs oculaires communs montrent aussi que la lésion, au lieu d'aller vers la périphérie, cest-à-dire du côté du pied du pédoncule où passe le faisceau pyramidal, remonte vers le plancher du quatrième ventricule, par conséquent vers les tubercules quadrijumeaux manifestement altérés, la neuro-rétinite double en faisant foi, de même que la lésion manifeste des noyaux des moteurs oculaires communs droit et gauche situés sous ce plancher.

Par contre, dans notre observation V où le tremblement se rapproche aussi beaucoup de l'hémichorée et de l'hémiathétose, le réflexe rotulien du côté paralysé est très fort; toutefois, il n'existe pas de trépidation spinale. Nous avons conclu dans ce cas à une hémorrhagie méningée de l'enfance : la lésion serait donc encore ici de contiguïté. Et, pourtant, le tremblement ne revêt pas la forme clinique de celui de la maladie de Parkinson.

On le voit, la pathogénie du tremblement et des diverses formes qu'il affecte dans le syndrome de Benedikt présente encore de nombreuses difficultés d'interprétation. Il faut considérer cependant que ces formes diffèrent plus en apparence, peut-être, qu'en réalité, car, dans toutes les observations où il est suffisamment décrit, le tremblement a ce caractère commun de toujours s'exagérer dans les mouvements intentionnels.

Il faut attendre de nouvelles observations pour résoudre cette question : celles que nous avons apportées y contribueront peut-être. Dans tous les cas, elles nous ont permis, ce qui n'avait pas encore été fait, de tenter une description générale d'un syndrome original, qui mérite d'occuper une place tout à fait particulière dans la nosographie médicale.

Gilles de la Tourette, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Jean Charcot, Ancien chef de clinique des maladies du système nerveux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 avril 1900.

Sur le diagnostic « post mortem » de la rage du chien.

M. Nocard. — Le diagnostic *post mortem* de la rage du chien est d'une importance capitale pour le vétérinaire; de l'exactitude de ce diagnostic peut dépendre la vie des personnes qui ont été mordues.

Quand il s'agit d'un animal qui a succombé à l'évolution naturelle de la rage, l'autopsie révèle ordinairement des signes qui permettent de conclure à l'existence de la maladie; pourtant, même dans ce cas, il arrive parfois que tout signe nécropsique fait défaut, en sorte que si le vétérinaire n'a pas vu le chien vivant, s'il n'a pas assisté à l'évolution du mal, il lui est impossible de dire si l'animal était ou non atteint de la rage.

D'autre part, l'inoculation du bulbe ne permet d'affirmer l'existence de la maladie qu'au bout de quinze à vingt jours, c'est-à-dire trop tardivement pour que l'on puisse engager les personnes mordues à attendre le résultat de cette inoculation avant de se soumettre au traitement antirabique.

On conçoit dès lors avec quel intérêt les vétérinaires accueilleraient une méthode leur permettant de dire avec certitude, au bout de quelques heures et dans tous les cas, que tel chien suspect est ou n'est pas atteint de la rage.

Des recherches ont été entreprises à cet égard par MM. Cuillé et Vallée (de Toulouse); chez neuf chiens morts de rage dont ils ont examiné les ganglions plexiformes des pneumogastriques, ces auteurs ont retrouvé les altérations des cellules nerveuses et des capsules endothéliales décrites par MM. Van Gehuchten et Nelis (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 40). Jusqu'ici ils n'ont observé rien de semblable dans les mêmes ganglions provenant de chiens sains ou morts d'affections diverses.

Mais ces lésions ganglionnaires se retrouvent-elles chez les chiens sacrifiés au cours de la rage? Sur ce dernier point, les recherches de MM. Cuillé et Vallée montrent qu'il en est du diagnostic histologique de la rage comme du diagnostic nécropsique. Quand le résultat est positif, ce qui est la règle dans un cas comme dans l'autre lorsque le chien succombe à l'évolution naturelle de la maladie, on peut affirmer que l'animal était enragé; mais quand le résultat est négatif, ce qui est fréquent si le chien est sacrifié immédiatement après avoir mordu, on n'a pas le droit d'affirmer qu'il n'était pas enragé.

M. Ferras lit un travail sur l'emploi des eaux minérales naturelles pour prévenir et combattre les suites de la grippe.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 avril 1900.

De l'immunité contre le charbon symptomatique après injection de sérum préventif.

M. S. Arloing. — Dans une précédente communication (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 81), j'ai étudié l'action préventive du sérum d'un bovidé fortement immunisé contre le charbon symptomatique, et j'ai montré que ce sérum était capable de neutraliser *in vitro* une dose de virus cinq fois supérieure à la dose mortelle.

De nouvelles recherches m'ont permis d'établir que cet état d'immunité passive est éphémère et disparaît complètement en moins de huit jours. Mais on peut produire une immunité active beaucoup plus durable en injectant, quelques jours après le sérum, une dose mortelle de virus. L'immunité obtenue de la sorte persiste au moins de douze à quinze jours; au bout de ce laps de temps, l'inoculation de culture charbonneuse provoque souvent l'apparition d'accidents locaux, mais je ne l'ai jamais vue entraîner la mort.

J'ai tenté d'arriver au même résultat en injectant simultanément le sérum et le virus; mais cette façon de procéder se montre à peu près inefficace; son seul effet est de retarder la mort, qui ne survient qu'au bout de quatre à cinq jours après l'injection d'une dose mortelle de culture, alors que les animaux témoins succombent en trente à quarante heures.

Il n'est pas facile de donner la raison de cette insuffisance du sérum-virus à produire l'immunité; je serais disposé à l'expliquer grâce au fait récemment mis en lumière par MM. Leclainche et Vallée, à savoir que le bacille du charbon symptomatique se montre inoffensif, s'il est inoculé après avoir été débarrassé des toxines qui l'accompagnent. Etant donnée la propriété antitoxique du sérum immunisant, on peut supposer que la neutralisation des toxines par le sérum dans un mélange de sérum et de virus frais équivaut à la suppression momentanée des toxines.

Origine sympathique des ganglions nerveux des racines postérieures.

M. Barbieri. — Chaque ganglion spinal ne contient que de deux cents à cinq cents cellules, alors que la racine postérieure correspondante compte de mille à trois mille tubes nerveux. Or, parmi ces tubes, il en existe un certain nombre qui ont un diamètre plus petit et dont la gaîne conjonctive est plus mince et le contenu moins granuleux, plus transparent, presque limpide. On peut s'assurer, en procédant avec soin, que ces fibres proviennent des rameaux communicants du sympathique, et entrent seules en connexion avec les cellules des ganglions spinaux : l'origine médullaire et encéphalique du sympathique se trouve ainsi démontrée; les cellules des ganglions spinaux sont les cellules du sympathique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 avril 1900.

Pathogénie et traitement du prolapsus du rectum.

M. Gérard-Marchant. — M. Pauchet (d'Amiens) nous a communiqué un cas de prolapsus du rectum, opéré avec succès depuis deux ans par le procédé de recto-coccypexie que j'ai décrit autrefois (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 7).

Je désire, à ce sujet, vous dire quelques mots d'une théorie nouvelle, émise naguère par M. Ludloff sur le prolapsus rectal (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 134). Pour cet auteur, la chute totale du rectum serait consécutive à une hernie périnéale, développée dans le cul-de-sac de Douglas. Or, j'ai remarqué que ce cul-de-sac siège toujours au niveau d'un point du rectum marqué par un léger rétrécissement, qui correspond au sphincter de Nélaton. Les planches que je vous présente et qui ont été dessinées d'après les dissections faites par M. Herbet indiquent, en effet, qu'il y a toujours corrélation entre le sphincter de Nélaton et le fond du cul-de-sac de Douglas. Ceci posé, si la théorie de Ludloff est exacte, le point le plus inférieur du prolapsus, qui représente l'orifice de pénétration dans le canal intestinal, doit correspondre au sphincter de Nélaton, puisque celui-ci, ne variant pas dans sa situation par rapport au cul-de-sac péritonéal, est forcément entraîné par lui. C'est bien ce qu'on observe. Cette théorie nous explique la disposition de la tumeur prolabée, surtout développée en avant par suite de la présence de l'hédrocèle de ce même côté, et la forme et la situation de l'orifice intestinal, elliptique et rejeté en arrière à cause de la traction exercée sur lui, en bas et en avant, par le poids de la hernie périnéale, tandis que le mésorectum le maintient fixé en haut et en arrière.

L'hypothèse du chirurgien de Kœnigsberg nous rend compte encore de cette variété de chute du rectum que j'ai appelée autrefois « prolapsus de force » : elle ne serait que la conséquence de la hernie périnéale, qui pourrait se produire, comme toute autre hernie, sous l'influence d'un effort. Enfin, le prolapsus rectal n'est pas rare dans l'enfance et peut-être faut-il invoquer, pour expliquer le développement de l'affection à cette période de la vie, une malformation congénitale du cul-de-sac de Douglas, comparable à la persistance du canal vagino-péritonéal au niveau de la région inguinale.

Cette idée nouvelle sur la pathogénie du prolapsus total du rectum doit-elle entraîner une modification des procédés opératoires jusqu'ici mis en usage? Evidemment, l'opération idéale serait la cure radicale de la hernie périnéale, cause de tout le mal, et peut-être verrons-nous prochainement cette nouvelle intervention. Mais, en attendant, je crois que, parmi les procédés jusqu'ici préconisés, celui qui est le plus capable d'agir indirectement sur cette hernie périnéale et de remonter le cul-de-sac de Douglas est encore la recto-coccypexie, surtout si l'on a soin de placer les fils non seulement latéralement, mais encore le plus en avant possible, comme je l'ai déjà maintes fois indiqué.

Anévrysme du creux poplité traité par l'extirpation du sac.

M. Monod. — Il y a huit jours, j'ai pratiqué sur un malade de mon service, âgé de soixante-cinq ans, l'extirpation du sac d'un anévrysme du creux poplité. Je fis une incision médiane et, après avoir récliné les deux branches du nerf sciatique, je dégageai avec beaucoup de peine la veine poplitée qui était intimement adhérente à la poche anévrysmale. La tumeur découverte, je pensai qu'il s'agissait d'un anévrysme fusiforme et non sacciforme, mais je ne pus m'en convaincre que par l'ouverture du sac, ce qui ne pouvait d'ailleurs avoir aucun inconvénient, la bande d'Esmarch ayant été préalablement appliquée. J'extirpai la poche anévrysmale entre deux ligatures placées aux deux extrémités du sac, dont la longueur était de 11 centimètres environ et qui semblait comprendre dans sa paroi l'origine de toutes les articulaires, sauf les inférieures.

Je considère que l'ouverture du sac anévrysmal est fort utile pour se rendre un compte exact de la variété anatomique à laquelle on a affaire et pour ménager, autant que possible, les collatérales grâce auxquelles le courant artériel peut se rétablir. De telle sorte que je serais tenté de dire que l'ouverture préalable du sac anévrysmal, dans le traitement des anévrysmes artériels par la méthode d'extirpation, est tout aussi nécessaire que l'ouverture du sac herniaire, dans la kélotomie pour étranglement.

J'ajoute que depuis qu'il est opéré, mon malade n'a présenté aucun accident et que le pied a conservé sa température normale.

Atrophie musculaire d'origine articulaire.

M. Hartmann. — Les expériences de MM. Mignot et Mally, sur lesquelles vous m'avez chargé de vous présenter un rapport, tendent à prouver, contrairement aux idées généralement reçues, qu'il existe des lésions médullaires dans les cas d'amyotrophies consécutives aux traumatismes articulaires. Dans leurs recherches, ces auteurs qui, pour déterminer l'atrophie musculaire, ont injecté dans les articulations les substances les plus variées, se sont astreints à ne rechercher les lésions de la moelle qu'au bout d'un temps relativement long après l'apparition de l'amyotrophie. Or, ils ont toujours trouvé une diminution considérable du nombre des cellules des cornes antérieures correspondant à l'origine des nerfs qui se distribuaient au membre traumatisé. Il semble donc que, contrairement à l'opinion soutenue par MM. Duplay et Cazin, l'atrophie musculaire, consécutive aux affections des jointures, soit d'origine médullaire.

M. Kirmisson. — Il serait nécessaire de savoir si les lésions de la moelle sont primitives ou bien secondaires à une névrite périphérique; il n'est guère possible de tirer une conclusion de ces expériences avant que ce point ne soit élucidé.

M. Reynier. — Je suis assez porté à croire que les lésions médullaires sont secondaires; dans tous les cas, elles ne sont jamais très considérables, car une thérapeutique bien dirigée triomphe toujours de l'atrophie musculaire d'origine articulaire.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le « tamponnement externe » contre les hémorrhagies par inertie utérine.

La compression en bloc de l'abdomen n'a été employée jusqu'ici, pour combattre les pertes sanguines de la délivrance, que d'une manière exceptionnelle et surtout comme adjuvant du tamponnement utéro-vaginal. Or, M. le docteur A. Müller (de Munich) a recours à ce moyen chaque fois qu'une hémorrhagie *post partum* ne cède pas rapidement au massage du fond de l'utérus ou à la compression bimanuelle de cet organe. Dans ce but, il applique sur le ventre un bandage très serré, pratiquant ainsi ce qu'il appelle le *tamponnement externe*.

Pour ce faire, il enroule autour de l'abdomen, jusqu'à l'ombilic (en ayant soin de laisser les côtes libres, pour ne pas gêner la respiration), un drap de lit dont les deux bouts sont ensuite cousus ensemble. L'espace laissé libre entre ce bandage d'une part et les parois abdominales et les lombes de l'autre, est bourré au maximum avec des serviettes, des mouchoirs de poche, des bas et autres objets analogues, qu'on peut toujours se procurer facilement. Lorsque ce bandage est bien appliqué, l'utérus se trouve comme enclavé derrière la symphyse, et l'hémorrhagie est souvent enrayée du coup. Même lorsque l'écoulement de sang continue, ce procédé en diminue néanmoins l'abondance et permet ainsi à l'accoucheur de prendre, sans se hâter, les mesures nécessaires pour tamponner l'utérus d'une façon aussi aseptique que possible.

Traitement de la furonculose des nourrissons.

Chez les petits enfants atteints de troubles digestifs chroniques, on voit souvent se produire des abcès cutanés à répétition, consécutifs à des folliculites ou à des furoncles généralisés. Ces lésions se multiplient à l'infini, malgré les incisions fréquemment répétées et l'application de toutes les substances antiseptiques dont l'emploi paraît indiqué. Aussi nombre de ces petits malades succombent-ils à l'épuisement par suppuration intarissable.

En pareil cas, M. le docteur K. Gregor (de Breslau) a obtenu des résultats favorables en procédant ainsi qu'il suit :

Après avoir savonné et nettoyé à l'éther la région qui est le siège de l'éruption (le plus souvent il s'agit des fesses, du dos ou de la nuque, et, dans ce dernier cas, les cheveux doivent être rasés), il l'enduit d'une couche épaisse de vaseline boriquée à 10 %; ce n'est qu'alors qu'il procède à l'incision de tous les foyers d'infiltration cutanée, même de ceux qui ne présentent pas encore de fluctuation. Il éponge soigneusement les gouttes de pus et de sang qui coulent sur la couche de pommade, en ayant soin de ne pas enlever celle-ci, puis il panse à sec sans faire usage de substances antiseptiques. Lorsque, au bout de deux jours, on retire le pansement, on trouve les petits abcès fermés; en outre, le pus provenant des collections plus volumineuses a été absorbé par le pansement sans souiller la peau, protégée par la couche de substance grasse. Après avoir nettoyé la région au moyen de tampons imbibés d'éther et réappliqué de la vaseline boriquée, il ne reste plus qu'à inciser les furoncles de nouvelle formation et à panser comme précédemment.

On obtiendrait de la sorte, après quatre à six séances, la guérison définitive de la furonculose.

DIX-HUITIÈME CONGRÈS ALLEMAND

DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Wiesbaden du 18 au 21 avril 1900.

Traitement de la pneumonie franche.

M. von Korányi (de Budapest), *rapporteur*. — Avant d'aborder le fonds de la question, je crois nécessaire d'examiner en quoi consiste ce que nous avons l'habitude d'appeler pneumonie franche. En effet, la tendance s'accentue de plus en plus à séparer de la pneumonie franche proprement dite les formes que Leichtenstern a désignées sous le nom de pneumonies *asthéniques*, et l'on a même voulu consacrer étiologiquement et anatomiquement cette distinction, en prétendant que la pneumonie asthénique devait être considérée comme due aux streptocoques, qui provoqueraient dans le parenchyme pulmonaire une migration cellulaire distincte de l'exsudat fibrineux de la pneumonie franche.

Je ne puis, pour mon compte, accepter cette manière de voir. Les travaux de Persik, de Kruse, de Pansini et de Lubarsch ont démontré que le diplocoque de Fränkel et le streptocoque ne sont que des races différentes d'une même espèce et que le caractère de la pneumonie dépend avant tout du degré de virulence du microbe, car on observe des pneumonies franches à streptocoques et des pneumonies cellulaires à diplocoques. De plus, nous connaissons nombre d'anomalies dans l'évolution de la pneumonie, qu'il ne nous est pas possible d'expliquer par des différences de race de l'agent infectieux. En l'absence d'une preuve anatomique ou histologique décisive, je ne vois donc aucun motif d'abandonner l'opinion que j'ai défendue dans mes précédents travaux, et je persiste à considérer la pneumonie franche et les pneumonies asthéniques comme appartenant au même groupe nosologique. Cette manière d'envisager la question suffit aux besoins de la pratique, puisqu'on ne traite pas les différentes formes de pneumonie par des spécifiques propres à chacune d'elles, mais bien d'après des indications symptomatiques communes à toutes.

L'importance d'un traitement rationnel de la pneumonie ressort de la mortalité élevée de cette affection. Si l'on fait abstraction de la tuberculose pulmonaire, elle est, en effet, de toutes les maladies des voies respiratoires celle qui est le plus souvent mortelle. La présence de microorganismes dans le sang; ainsi que la découverte des propriétés toxiques du sang pneumonique, devaient logiquement conduire à des recherches sur la sérothérapie de cette affection. Les travaux de Klemperer, Kruse, Pansini, Emmerich ont fondé théoriquement la méthode, qui a été appliquée surtout en Italie, et aussi en Angleterre, en France et dans quelques autres pays. La seule conclusion qu'il soit possible de tirer des résultats recueillis jusqu'ici est que le sérum antipneumonique n'exerce pas d'influence fâcheuse sur l'organisme. Dans un certain nombre de cas, il a paru avoir une action favorable, mais il serait prématuré de prétendre qu'il possède véritablement un effet spécifique et qu'il raccourcit la durée de la maladie.

On a souvent considéré la destruction des érythrocytes et la leucocytose, si fréquentes au cours de cette affection, comme un indice d'une réaction curative naturelle de l'organisme, et, s'appuyant sur cette hypothèse, on a expérimenté dans la pneumonie l'effet des méthodes capables de provoquer artificiellement la leucocytose. A cet effet, on a administré de l'antipyrine, de l'acétanilide, de la pilocarpine, de la nucléine, etc.; mais ces produits, pas plus du reste que les applications hydrothérapiques ou les abcès de fixation, n'ont donné de résultat appréciable.

Par suite de l'augmentation du taux de la fibrine, de l'urée et d'autres composés azotés, le poids spécifique du sang s'accroît chez les pneumoniques, d'où résulte une augmentation de résistance dans la circulation capillaire; il s'ensuit aussi une élévation du point de congélation, que l'on doit rapporter à la présence de substances autres que le chlorure de sodium, le taux de ce corps étant inférieur à la normale. Il est possible, au moyen d'inhalations d'oxygène, de modifier le chimisme du sang pneumonique, de façon à le rapprocher de la normale tant au point de vue de la proportion du chlorure de sodium qu'à celui du point de congélation. C'est à ce fait que l'on peut rapporter l'effet favorable des inhalations d'oxygène, que nous avons constaté comme Douglas Powell, Grey et d'autres.

La valeur de la saignée, pour combattre l'inflammation pneumonique, est des plus contestables; une désintoxication du sang, au moyen des émissions sanguines telles qu'on les pratique habituellement, me paraît peu admissible. Par contre, la saignée peut se montrer très efficace dans les cas d'hyperémie exagérée du poumon ou d'œdème pulmonaire accompagné d'une suractivité du cœur; une phlébotomie faite au moment opportun peut alors sauver la vie du malade. On a objecté que cette opération a pour effet de diminuer les échanges gazeux et de favoriser l'asthénie cardiaque. Cette crainte est, à mon avis, peu fondée; il existe cependant certaines formes d'œdème pulmonaire dans lesquelles la saignée ne doit être employée qu'avec prudence.

Les injections de sérum physiologique, combinées ou non avec la phlébotomie, agissent favorablement sur l'ischémie du cœur et facilitent la diurèse en même temps que l'élimination des produits toxiques.

Je passe rapidement sur l'emploi dans la pneumonie de la digitale, de l'opium, des applications de glace, des bains et de l'alcool. Rien ne caractérise mieux l'état actuel de la question du traitement de cette affection que la divergence des opinions exprimées par les auteurs sur la valeur de ces agents thérapeutiques.

Pour résumer ma pratique personnelle, je commencerai par dire quelques mots de la prophylaxie. Il est évident que celle-ci sera toujours incomplète; je n'en attache pas moins beaucoup d'importance à une grande propreté de la bouche et des voies respiratoires supérieures. En outre, il est bon de veiller à la désinfection des crachats.

Contre la fièvre, j'administre de préférence la quinine; j'ai aussi été satisfait de l'emploi du salicylate de soude, et je n'ai pu me convaincre du bien fondé des objections faites contre l'usage de ce médicament. Dans la pneumonie asthénique, j'ai toujours obtenu de bons effets des applications hydrothérapiques sous leurs différentes formes. Je pratique la saignée pour combattre la tendance à l'œdème pulmonaire. De larges sinapismes sur le thorax sont utiles dans l'adynamie. Quand cela est nécessaire, je fais aussi des injections d'éther, de camphre, etc. Les applications de glace et les sangsues m'ont rendu des services contre le délire.

En somme, nous pouvons constater avec satisfaction les progrès réalisés en la matière par la science moderne. Nous connaissons les agents pathogènes de la pneumonie, leur action, leurs toxines, de même que les conditions favorables à leur destruction; leurs antitoxines donnent expérimentalement des résultats satisfaisants. De même, au point de vue thérapeutique, nous sommes en bonne voie. Nous possédons différents moyens efficaces pour combattre quelques symptômes graves; mais il nous manque encore un remède spécifique, qui aurait pour effet d'abréger la durée de la maladie ou d'abaisser le taux de la mortalité.

M. Pel (d'Amsterdam), *co-rapporteur*. — L'appréciation exacte de la valeur de l'intervention thérapeutique dans les maladies en général, et dans la pneumonie en particulier, constitue un des problèmes les plus délicats qu'ait à résoudre la médecine clinique. Il est particulièrement difficile de déterminer l'effet du traitement de la pneumonie, en raison de la fréquence des changements qui surviennent spontanément dans l'état des malades, et dépendent d'influences individuelles ou locales, de la nature de l'épidémie autant que de coïncidences fortuites dont il est impossible d'apprécier le rôle et la valeur. L'attention insuffisante accordée à ces différentes sources d'erreur doit être considérée comme la cause directe de nombre de conclusions fausses sur le traitement de la pneumonie. L'observation minutieuse et impartiale au lit du malade est la seule méthode qui nous permettra sans doute d'arriver un jour à la connaissance de la vérité.

La pneumonie n'est heureusement pas une de ces affections qui trouvent le malade sans défense : en laissant agir la nature, on voit, dans la majorité des cas, survenir la guérison, grâce aux moyens de protection dont dispose l'organisme, et aux procédés par lesquels il arrive à neutraliser les poisons répandus dans le sang et dans les organes. Le rôle important de la fibrine et des leucocytes dans cette lutte ressort d'une façon éclatante de la fréquence de l'hyperleucocytose et de l'hyperfibrinose dans le sang des pneumoniques, et nous avons des raisons de considérer l'élévation de la température comme un adjuvant important de ces deux facteurs. *Le sort du malade ne dépend donc pas tant de l'état du poumon que de l'état des humeurs de l'organisme.* La constitution du malade, et en particulier la qualité de son sang, dont l'influence est prépondérante sur la formation des substances antitoxiques, joue un rôle essentiel dans le processus de guérison.

Il existe malheureusement toute une série de pneumonies dont la terminaison n'est pas aussi favorable. Cette gravité de la maladie provient, dans beaucoup de cas, d'anomalies dans la constitution du malade, tandis que, dans d'autres, la cause doit en être recherchée dans la nature même du principe morbide. Qui ne connaît par expérience combien l'emphysème, la bronchite, le brightisme, le diabète, la vieillesse et la débilité, les névroses et avant tout l'alcoolisme aggravent le pronostic d'une pneumonie! Un remède qui aurait pour effet de diminuer la gravité de l'affection trouverait dans tous ces cas un champ d'action aussi vaste que fertile. Malheureusement, l'examen des faits nous oblige à reconnaître que, jusqu'à présent, aucun des nombreux agents héroïques thérapeutiques dont nous disposons (doses héroïques d'émétique, vératrine, calomel, salicylate de soude, pilocarpine, iodures, quinine, digitale, saignée, etc.) n'arrive à raccourcir ni même à influencer d'une manière favorable l'évolution de la maladie. L'avenir nous renseignera sur la valeur de la sérothérapie.

Si l'observation clinique nous montre que la guérison survient souvent après l'emploi des médicaments dont je viens de parler, nous sommes dans l'impossibilité de prouver que l'issue favorable est due uniquement à l'intervention thérapeutique. L'utilité de certains remèdes n'en est cependant pas moins incontestable au point de vue purement symptomatique. C'est ainsi qu'une forte dyspnée accompagnée de cyanose et de faiblesse du pouls, ou que les premiers signes de l'œdème pulmonaire constituent actuellement encore l'indication de la saignée, qui, pratiquée au moment opportun peut, dans certains cas, assez rares il est vrai, sauver directement la vie du malade. Il est possible que par son action tonique sur le système nerveux la quinine ait parfois un effet favorable, en procurant au malade une certaine euphorie; l'effet antitoxique de ce produit sur le poison pneumonique, admis par Aufrecht, me paraît, par contre, très problématique. On pourra employer la digitale à petites doses comme cardiotonique, bien que, à mon avis, la faiblesse du cœur, si fréquente dans les maladies infectieuses, soit combattue plus sûrement et plus rapidement par l'emploi des stimulants. Je ne considère la digitale comme strictement indiquée que dans la pneumonie des cardiaques, lorsque, par suite de l'insuffisance du cœur, on constate de la stase veineuse ou l'apparition d'un pouls fréquent et irrégulier. Par contre, je ne saurais recommander l'emploi de la digitale à hautes doses, comme le préconise Pétrescu. Les partisans de cette méthode n'ont généralement observé que des cas favorables, qui auraient guéri sans traitement; ils ont, au contraire, laissé de côté les cas graves, compliqués de faiblesse cardiaque, dans lesquels la méthode aurait précisément dû faire ses preuves.

Les chances de guérison de la pneumonie seront d'autant plus grandes qu'on aura moins cherché à en influencer le cours régulier, c'est-à-dire à troubler le jeu normal des forces curatives de l'organisme. Je considère un pneumonique comme plus en sûreté entre les mains d'un médecin qui se borne à observer attentivement le cours de la maladie et à en traiter purement les symptômes, qu'entre celles d'un praticien qui cherche, par des moyens héroïques ou par l'emploi de spécifiques, à enrayer le cours de la maladie.

Mais entendons-nous bien ! Ne pas intervenir n'est pas synonyme de ne rien faire. Il n'en reste pas moins au thérapeute un champ d'activité

étendu et fécond. La mise en œuvre de moyens hygiéniques, d'une alimentation rationnelle et le soulagement des symptômes douloureux qui épuisent le malade sont tout autant de facteurs capables d'influencer favorablement l'évolution du mal, et c'est bien à tort que l'on considère souvent avec un certain mépris ce traitement purement symptomatique, auquel j'évite intentionnellement d'appliquer l'épithète courante de traitement par l'expectation.

Pour mon compte, je considère ce traitement comme d'une importance capitale dans la pneumonie. N'est-ce donc rien que de calmer une douleur aiguë, d'apaiser une toux opiniâtre, de faciliter l'expectoration, d'arriver par des mesures mûrement réfléchies à prolonger l'existence, et à procurer ainsi à l'organisme le temps de mettre en œuvre toutes ses forces régulatrices et compensatrices! Et n'est-ce pas aussi une activité bienfaisante que celle du médecin qui cherche à soutenir et à relever le moral de son malade, qui l'encourage dans les moments de défaillance et l'aide à traverser les heures sombres où l'existence est en danger! Pour le vrai clinicien, chaque détail a son importance, rien n'est insignifiant, et c'est précisément de l'observation minutieuse de tous ces points secondaires que le malade tire le plus grand profit. *La nature se charge elle-même de la grosse besogne, mais le soin des détails incombe au médecin.*

Pour combattre la toux qui épuise le malade, nous pouvons recommander l'antique poudre de Dower; contre les douleurs, les applications locales chaudes ou froides et même, si c'est nécessaire, une petite injection de morphine; à la dernière période de la maladie, les expectorants peuvent rendre des services dans ce but, en favorisant l'évacuation des voies respiratoires. Il faut avoir éprouvé sur soi-même l'effet d'une petite injection de morphine pour se rendre compte de son action bienfaisante. Je crois sans fondement la crainte exprimée par M. Eichhorst d'une diminution de l'expectoration à la suite d'une piqûre de morphine, les doses employées étant beaucoup trop faibles pour provoquer ce résultat. Il est difficile de se rendre un compte exact de la valeur des expectorants; leur usage n'est pas préconisé seulement par des esprits simples et crédules, mais de nombreux savants, connus par leur méthode scientifique rigoureuse, en recommandent journellement l'emploi. Pour qu'il soit si général, il faut donc bien admettre que l'usage de ces médicaments a sa raison d'être. Pendant la convalescence, on doit veiller à ce que les malades ne quittent pas trop tôt leur lit. La croyance populaire qu'on s'affaiblit au lit est vraie pour l'organisme sain, elle est fausse dès qu'il s'agit d'un corps en proie à la maladie. Une bonne alimentation est le meilleur moyen de combattre l'anémie consécutive au processus pneumonique.

Le traitement des pneumonies atypiques et irrégulières nécessite en général l'emploi des stimulants. Dans ce cas, c'est presque toujours l'asthénie cardiaque ou la faiblesse générale qui mettent la vie en danger. Autant je réprouve l'usage exagéré ou intempestif des stimulants, autant je suis convaincu qu'en les administrant au moment voulu on peut sauver la vie des malades. Examinons pour commencer l'emploi de l'alcool, dont l'effet est encore théoriquement mal démontré, tandis que l'observation au lit du malade ne permet pas de douter qu'il *stimule et fortifie l'organisme fébricitant.* J'accorde volontiers que, dans bien des cas, on l'administre trop tôt et en quantités exagérées; on ne saurait mettre trop en garde contre cet excès. En particulier, il est bon d'en modérer l'emploi chez les individus jeunes, tandis que l'on peut être moins réservé lorsqu'il s'agit de malades dans la force de l'âge; en outre, l'alcool est indispensable dans la pneumonie des alcooliques, de même que la morphine aux pneumoniques morphinomanes. Mon expérience personnelle me fait considérer le camphre comme le plus actif des excitants; il faut l'administrer tout d'abord à petites doses, que l'on peut augmenter selon la gravité du cas; je fais usage, habituellement, d'injections hypodermiques d'une solution éthérée. Je suis convaincu que, par l'emploi du camphre, j'ai ranimé l'énergie d'un certain nombre de pneumoniques, dont l'asthénie cardiaque et la résolution des forces mettaient l'existence en danger.

Des lavages réguliers de la peau avec de l'eau froide sont agréables et salutaires pour le malade, quoique j'estime qu'aucun fait certain ne démontre l'opinion si répandue du danger de l'hyperpyrexie. On ne tient pas assez compte, sur ce point, de l'étiologie de la fièvre, c'est-à-dire de la nature de l'agent infectieux. L'observation clinique combinée à la recherche expérimentale nous a appris à mettre sur le compte de l'infection nombre de symptômes que l'on s'accordait autrefois à considérer comme produits par la température exagérée du sang. Nous avons tous eu l'occasion d'observer des cas de typhus abdominal ou de pneumonie dans lesquels, malgré une fièvre insignifiante, l'état du cœur ou du système nerveux nous inspirait les plus vives inquiétudes, si bien que nous aurions volontiers dit, comme Gerhardt, « que nous serions heureux de voir le malade avec plus de fièvre ». D'un autre côté, il est des sujets dont l'état général est excellent et chez lesquels la température peut monter jusqu'à 40°. Il suffit de comparer un malade atteint de dothiénentérie à rechutes avec une température de 42° et un état général relativement bon, et un malade atteint de la même affection, mais délirant malgré une fièvre insignifiante, somnolent et grelottant dans son lit, pour arriver à la conclusion que la fièvre n'est vraisemblablement qu'une réaction salutaire de l'organisme, destinée à le protéger. Nous avons d'autant moins de raisons de recourir au traitement antipyrétique contre la pneumonie, que dans cette maladie la période de fièvre est courte. Aussi n'ai-je jamais pu me décider à plonger dans l'eau froide mes pneumoniques, avec leur toux et leur dyspnée. Par contre, j'attache une importance capitale à l'effet stimulant des affusions froides sur les nerfs cutanés et les centres bulbaires.

Il est évidemment regrettable que l'intervention du médecin ait aussi peu d'influence sur le cours même de la maladie. Mais son activité n'en est pas moins indispensable et pas moins utile s'il sait comprendre son rôle, qui est d'*aider la nature.*

Enfin, il y a plus de cinquante ans que Dietl, avec son esprit sagace et profond, prononçait ces mots que je veux prendre comme conclusion, car ils rendent exactement le fond de ma pensée: « Cependant le médecin peut plus et il peut mieux. Son devoir est de s'appliquer à la prophylaxie. Il doit entre autres chercher autant que possible à conserver intacte la constitution de ceux qui se confient à ses soins, afin que, si malgré tout, ils étaient atteints de pneumonie, les défenses naturelles de l'organisme pussent agir dans toute leur puissance et produire tout leur effet. Pour cela, l'essentiel est d'éviter dans la santé toute espèce d'excès et de surmenage. »

M. Müller (médecin militaire). — Le nombre des cas de pneumonie dans l'armée prussienne s'est élevé pendant la période de 1878 à 1897 à 85,000, soit en moyenne à plus de 4,000 par an. Le chiffre annuel absolu n'a pas diminué sensiblement pendant cette période; mais si l'on tient compte de l'effectif sur pied, la différence devient manifeste. De 12.7 pour mille hommes d'effectif en 1878, le nombre des cas de pneumonie est tombé dans ces dernières années à 6.7 ‰. Ce résultat est dû en première ligne aux améliorations apportées dans les conditions sanitaires et hygiéniques des troupes, en second lieu à un recrutement plus soigneux. La mortalité atteint le chiffre moyen de 160 par an, ce qui représente un taux de 3 à 4 %. Toutes les méthodes de traitement ont été pratiquées dans l'armée. Or, à certaines périodes, on observe un abaissement de la courbe de mortalité, et il y a lieu de se demander si le traitement y est pour quelque chose. Le résultat général auquel nous sommes arrivés est qu'aucune des méthodes mises en œuvre ne peut prétendre à une supériorité quelconque. Nous attachons une importance capitale au traitement diététique, ainsi qu'à l'emploi des agents physiques.

Les malades, une fois rétablis, reçoivent un congé de quatre semaines.

M. Rumpf (de Hambourg). — J'ai cherché à me faire une opinion sur la fréquence des indications de l'injection de sérum physiologique. Je dois dire que le nombre des malades chez lesquels cette pratique me paraît devoir être mise en œuvre est très petit; il ne s'est élevé qu'à 12 sur plusieurs centaines de cas. 4 fois, j'ai constaté un effet favorable, se manifestant spécialement par une augmentation de la sécrétion urinaire; les 8 autres malades sont morts sans que la quantité d'urine se fût relevée. La pneumonie altère profondément, en effet, les cellules épithéliales des tubes urinifères.

M. Rosenstein (de Leyde). — Un point capital dans le traitement de la pneumonie est de surveiller la matité cardiaque. Dès que l'on peut constater de la dilatation du cœur, on doit mettre la médication stimulante en œuvre, sans attendre que l'œdème pulmonaire se soit déclaré. Traube recommandait l'acétate de plomb pour combattre la transsudation capillaire. Je dois déclarer que ce médicament m'a paru utile dans les cas de pneumonie compliquée de néphrite avec tendance à l'œdème pulmonaire.

M. Smith (de Marbach). — Je voudrais mettre en garde contre l'emploi de l'alcool dans la pneumonie, car mes observations m'ont démontré que ce produit a pour effet de favoriser la dilatation cardiaque.

M. Pässler (de Leipzig). — Ce que l'on entend habituellement par faiblesse du cœur n'est pas le résultat d'un affaiblissement de l'activité cardiaque, mais d'une paralysie vasculaire analogue à celle que produit le chloral; ce médicament est donc absolument contre-indiqué dans la pneumonie. La strychnine, que l'on pourrait être tenté d'administrer pour relever la tension vasculaire, n'agit qu'à des doses convulsivantes, ce qui est un obstacle à son emploi.

M. Schultze (de Bonn). — Je suis d'avis qu'en général il vaut mieux s'abstenir de donner de l'alcool aux pneumoniques, sauf aux malades habitués à ce poison. Nous avons à notre disposition d'autres stimulants, le camphre, le café. L'emploi de la digitale exige une grande prudence; en général, ce médicament ne me paraît indiqué que chez les pneumoniques atteints d'une affection du cœur. En ce qui concerne les expectorants, je dois dire qu'aucun ne m'a satisfait.

M. Naunyn (de Strasbourg). — En fait d'expectorants, il en est un qui m'a souvent rendu de grands services, pas spécialement, il est vrai, dans la pneumonie, mais aussi dans des cas de bronchite rebelle: c'est l'iodure de potassium; cependant il faut l'employer avec beaucoup de prudence dans les phlegmasies aiguës du poumon; dans les cas chroniques, par contre, ce médicament est à recommander. D'un autre côté, on a préconisé l'ergotine pour combattre la paralysie vasculaire. Les deux premières fois que j'ai prescrit ce produit, j'ai obtenu un résultat brillant; l'effet a été moins marqué dans les autres cas. Ce remède doit être encore expérimenté sérieusement. Il faut le donner à hautes doses: quatre ou cinq seringues en injections sous-cutanées.

M. Fr. Pick (de Prague). — J'ai expérimenté les différentes préparations d'ergotine, et je suis arrivé à la conclusion que leur action sur les vaisseaux et sur la tension sanguine est nulle.

M. Senator (de Berlin). — Nous avons à notre disposition un expectorant dont je fais un emploi fréquent: c'est l'eau chaude. La médecine populaire use de ce moyen sous forme de tisanes pectorales et autres. Pour moi, je l'administre sous forme d'eaux minérales alcalines chaudes, qui agissent très favorablement, surtout dans la bronchite et les catarrhes rebelles.

M. Lenhartz (de Hambourg). — De quoi meurt un pneumonique? C'est en partie de septicémie, en partie de paralysie vasculaire, mais, à mon avis, c'est surtout de l'envahissement de son sang par les bactéries. Dès que les diplocoques font leur apparition dans le sang, on peut considérer le pronostic comme mauvais. Je considère la digitale comme le tonique du cœur par excellence chez les malades au-dessus de quarante ans. Ce que l'on recherche en administrant la digitale, ce n'est pas la diminution de fréquence du pouls, mais la tonification du muscle cardiaque.

M. Nothnagel (de Vienne). — Je ne voudrais pas que l'impression ressortant de cette discussion fût aussi défavorable à l'hydrothérapie qu'elle paraît l'être jusqu'à présent. Pour mon compte, je trouve qu'on emploie trop peu l'eau froide. Je l'applique sous toutes ses formes, bains froids, bains tièdes avec ablutions froides, enveloppements humides, et j'ai tout lieu d'être satisfait des résultats que j'en obtiens. Je dirai même que je ne crains pas le bain froid, dans les cas les plus graves.

M. Bäumler (de Fribourg-en-Brisgau). — Il

est des cas où la mort est le fait, non pas d'une insuffisance cardiaque, mais bien d'une altération du système nerveux central. A côté des faits de psychose aiguë passagère, on observe quelquefois au cours de la pneumonie l'apparition subite de troubles mentaux avec délire furieux, hyperpyrexie, ralentissement du pouls, se terminant par la mort. Il est donc nécessaire d'observer attentivement l'état du système nerveux chez les pneumoniques. L'hydrothérapie est utile surtout par l'effet qu'elle exerce sur les vasomoteurs.

L'endocardite et ses rapports avec d'autres maladies.

M. Litten (de Berlin), *rapporteur*. — La classification des affections inflammatoires aiguës de l'endocarde en deux grands groupes, endocardite végétante et endocardite ulcéreuse, est actuellement encore adoptée par nombre de cliniciens. La forme végétante est caractérisée par la présence d'excroissances papillomateuses plus ou moins développées, siégeant sur le bord libre des valvules, avec tendance à l'organisation et à la production consécutive de lésions valvulaires chroniques. Elle ne s'observe que sur les valvules du cœur gauche; les embolies auxquelles elle peut donner lieu n'intéressent que les vaisseaux du système aortique et ne présentent jamais le caractère infectant. L'endocardite ulcéreuse, par contre, attaque aussi bien les valvules du cœur droit que celles du cœur gauche; elle a une tendance à la destruction et ses métastases, qui peuvent intéresser la petite circulation au même titre que les ramifications aortiques, sont caractérisées par leur nature purulente.

Or, ce groupement, fondé sur l'anatomie pathologique, offre de graves inconvénients et doit, à mon avis, être abandonné. L'endocardite survenant au cours d'une maladie infectieuse ne représente pas une entité morbide; elle n'est qu'un symptôme, une localisation spéciale de la maladie première. Il paraît donc rationnel de prendre les caractères cliniques et étiologiques comme base de classification. Cette tentative paraît d'autant plus justifiée qu'entre la forme purement végétante et l'endocardite nettement ulcéreuse il existe toutes les transitions; enfin, la première peut parfois devenir infectante, tandis que la seconde ne revêt pas inévitablement un caractère malin.

Le facteur essentiel de l'évolution de la maladie réside dans sa nature parasitaire et dans la tendance de certains microorganismes à favoriser la nécrobiose. Souvent, le patient succombe avant la production de l'ulcération, et il n'est pas rare d'observer des cas d'une gravité exceptionnelle, dans lesquels l'autopsie révèle tout au plus un léger dépôt fibrineux sur les valvules. On n'hésitera pas, cependant, à ranger ces faits dans le groupe des endocardites ulcéreuses, malgré l'absence d'ulcérations. Par suite, il me paraît plus rationnel de distinguer une endocardite bénigne, une endocardite maligne non purulente et une endocardite maligne purulente, désignations auxquelles on joindra, suivant les cas, un qualificatif étiologique.

L'endocardite bénigne est toujours une complication d'une autre affection. Elle évolue parfois sans provoquer le moindre symptôme, et ne s'affirme que plus tard par l'existence d'une lésion valvulaire. Ailleurs, elle se manifeste par une sensation sourde de tension dans la région du cœur, rarement par de la douleur. Dans certains cas, on note une dyspnée persistante ou revenant par accès, quelquefois même des crises de palpitation et des douleurs précordiales. On constate assez fréquemment, en outre, une élévation plus ou moins marquée de la température, ainsi que de la fréquence du pouls et de la respiration. Mais le plus souvent l'altération ne se révèle qu'à l'examen du cœur. Les contractions cardiaques sont renforcées, le pouls est ample et fréquent, d'ordinaire régulier. A l'auscultation, on perçoit souvent un souffle systolique à la pointe. La guérison peut être complète et l'affection ne laisser aucune suite. Dans nombre de cas, cependant, il en résulte une lésion valvulaire durable, qui parfois ne se manifeste qu'au bout de plusieurs mois. Parmi les complications les plus fréquentes, on peut citer la pleurésie sèche, quelquefois la péricardite séreuse. L'issue fatale, quand elle survient, est presque toujours le fait de l'affection primitive. Le seul danger du côté du cœur est la possibilité d'une embolie; mais la mort est alors due à des phénomènes mécaniques et nullement infectieux. On peut donc dire que sa bénignité est le trait caractéristique de cette forme d'endocardite.

L'étiologie de l'affection est élucidée avant tout par l'examen bactériologique. A mon avis, le rhumatisme articulaire aigu doit être considéré comme une maladie à part et non pas seulement comme un symptôme d'infection de l'organisme par des bactéries pyogènes. La recherche des microorganismes dans les exsudats articulaires est généralement négative. Dans le sang et les végétations valvulaires, on a isolé parfois des diplocoques, des streptocoques ou des staphylocoques. Bien que la question ne soit point encore résolue, on ne saurait cependant mettre en doute que l'endocardite survenant au cours du rhumatisme est due à l'agent infectieux de cette affection.

La blennorrhagie peut provoquer l'apparition d'une endocardite, et il est hors de conteste que, outre les formes malignes d'endocardite gonococcique, il en existe aussi une forme bénigne. Celle-ci guérit souvent sans laisser de traces; elle peut aussi avoir pour conséquence une lésion valvulaire chronique. L'évolution de la maladie est analogue à celle de l'endocardite rhumatismale.

L'intervalle qui sépare l'infection blennorrhagique de l'apparition de l'endocardite varie dans de larges limites. La complication cardiaque peut se développer sans que les articulations aient été atteintes : arthrite et endocardite sont dues à des métastases du gonocoque; elles peuvent exister simultanément, mais elles sont indépendantes l'une de l'autre.

Le purpura hémorrhagique constitue une autre affection rhumatoïde compliquée parfois d'une endocardite qui est bénigne dans la grande majorité des cas. La chorée de Sydenham, dont on connaît les relations étroites avec le rhumatisme articulaire aigu, peut également provoquer l'endocardite. Il en est de même de la plupart des exanthèmes infectieux, scarlatine, rougeole, variole, ainsi que de la grippe, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, de la tuberculose et de la pneumonie. On a même vu une endocardite se développer au cours de la grossesse, sans qu'il fût possible de rapporter cette complication à l'effet d'un rhumatisme aigu.

Dans les cas mortels de chorée accompagnée d'endocardite, l'issue fatale n'est pas imputable à l'endocardite, mais au délire ou à l'épuisement résultant de la violence des attaques. L'examen bactériologique a révélé une fois dans ce cas la présence de diplocoques dans la substance cérébrale; dans un autre fait, cette recherche demeura négative. Wassermann a isolé chez un malade un microorganisme qui, injecté en cultures pures à des animaux, provoqua des inflammations aiguës, multiples et passagères, des articulations.

L'endocardite maligne non purulente apparaît toujours comme complication de certaines infections. On l'observe dans le rhumatisme articulaire aigu, dans la chorée avec rhumatisme, dans la blennorrhagie. On parlera dans ces cas d'endocardite maligne rhumatismale, choréique ou blennorrhagique. Au point de vue étiologique, la forme bénigne et la forme maligne sont analogues, la distinction entre les deux résidant uniquement dans la virulence plus ou moins grande de l'agent pathogène; il existe, par contre, une différence fondamentale entre la forme d'endocardite dont nous nous occupons et l'endocardite septique ou, comme on l'appelle encore, l'endocardite ulcéreuse. Les symptômes de l'endocardite maligne non purulente rappellent tantôt ceux de la forme bénigne, tantôt ceux de la forme maligne septique. Le pronostic est grave, mais non absolument fatal. La lésion anatomique revêt l'aspect de végétations ou celui d'ulcérations; dans certains cas, ces deux sortes de lésions sont combinées. L'absence de fonte purulente des métastases et des thrombus veineux constitue le trait caractéristique de la variété en question.

Cette affection apparaît généralement après que les symptômes aigus du rhumatisme se sont amendés. On constate alors une recrudescence de la fièvre, parfois la production d'hémorrhagies cutanées. Les symptômes sont les mêmes que dans la forme bénigne, mais plus accentués, plus sévères, plus étendus. L'état général est grave, on constate de la tuméfaction de la rate, et la diazoréaction apparaît dans l'urine; la peau, les muqueuses et la rétine se couvrent parfois d'hémorrhagies survenant par poussées successives. La néphrite hémorrhagique avec hématurie est fréquente.

L'endocardite maligne peut, contrairement à l'endocardite bénigne, siéger sur l'une des valvules du cœur droit. L'ulcération d'une valvule avec perte de substance consécutive se manifeste par l'apparition subite d'un bruit de souffle, très distinct surtout quand la perforation siège sur une sigmoïde de l'aorte. Puis surviennent de l'oppression, de la dyspnée, de la cyanose, des accidents cérébraux; enfin, la mort termine généralement la scène. Dans certains cas, la guérison est possible, mais elle est infiniment plus rare dans la forme rhumatismale que dans la forme blennorrhagique.

Un fait remarquable est l'amélioration rapide des lésions articulaires sous l'influence du salicylate de soude, tandis que l'affection cardiaque continue à progresser; cette anomalie me paraît démontrer que l'agent pathogène dans cette forme d'endocardite est infiniment plus virulent que dans la forme bénigne; on serait même porté à admettre l'existence de microorganismes différents. La question ne peut pas encore être tranchée d'une manière définitive; pour ma part, je crois qu'il ne s'agit là que de différences de degré, telles que nous en observons dans l'endocardite blennorrhagique. L'affection articulaire est identique dans les deux formes.

Sur 9 cas dans lesquels on a pratiqué l'examen bactériologique, 3 ont permis de reconnaître l'existence d'un coccus très petit, qui s'est montré pathogène pour la souris. Il serait cependant prématuré de vouloir tirer une conclusion quelconque de cette constatation.

En ce qui concerne la blennorrhagie, je dispose d'observations qui prouvent péremptoirement qu'elle peut causer une endocardite maligne, dans le sens que j'attribue à ce mot. Souvent on a confondu celle-ci avec la forme ulcéreuse, septico-pyémique. L'influence de cette endocardite blennorrhagique sur la température est très variable. Certains malades n'ont pour ainsi dire pas de fièvre; d'aucuns présentent une légère élévation de la température; chez d'autres il existe une fièvre plus forte avec rémissions quotidiennes; enfin, dans un dernier groupe de faits, l'endocardite est accompagnée d'une forte hyperthermie et de frissons. Les complications les plus fréquentes de l'endocardite blennorrhagique maligne sont la myocardite, l'épanchement péricardique séreux, exceptionnellement le purpura. Le pronostic est grave, mais n'est pas nécessairement fatal.

L'endocardite septique est désignée communément sous le nom d'endocardite ulcéreuse. Ainsi que je l'ai déjà dit, cette appellation est défectueuse, en ce sens qu'elle n'indique qu'un symptôme ou plutôt une conséquence de l'affection, qui est générale. En outre, on observe une destruction des valvules dans des formes d'endocardite qui, au point de vue clinique et étiologique, n'ont rien de commun entre elles. D'un autre côté, l'affection valvulaire peut ne pas atteindre cette phase ultime, la mort survenant à un moment où l'endocardite ne se manifeste que par des lésions encore récentes.

L'endocardite septique est due à la présence de différents agents pathogènes d'une virulence extrême : staphylocoques pyogènes blanc, doré et citrin, streptocoque pyogène, diplocoque lancéolé, bacillus griseus. La maladie une fois déclarée progresse sans cesse et ne présente aucune tendance à la rémission ni à la sclérose. Elle atteint avec une certaine prédilection les valvules du cœur droit; ses métastases sont toujours malignes et produisent des abcès que l'on peut rencontrer dans tous les organes, quelle que soit la valvule lésée. L'évolution de la maladie primitive, c'est-à-dire de l'infection purulente, n'est pas influencée par l'apparition de l'endocardite. Elle se manifeste par des collections purulentes dans les articulations, par de l'empyème du péricarde, par de la néphrite. L'urine contient toujours de l'albumine et des cylindres, fréquemment du sang. La diazoréaction est presque constante. Les hémorrhagies et les abcès de la peau et de la rétine sont fréquents. La rate est tuméfiée. L'empyème pleural se montre comme conséquence habituelle des abcès du poumon. La fièvre demeure intense; elle est coupée de frissons qui peuvent revenir

à intervalles réguliers ; dans d'autres cas, l'élévation thermique échappe à toute règle. La mort est pour ainsi dire fatale, bien que la maladie puisse se prolonger pendant des semaines et même durant des mois. On trouve dans le sang, immédiatement après le frisson, les mêmes microbes que dans les articulations, la rate et les valvules du cœur.

L'infection septique a le plus souvent pour point de départ l'insertion placentaire, l'intestin, le voile du palais, la vulve, la muqueuse utérine, les annexes, etc. En dehors des cas où l'on rencontre dans tous les organes le même microorganisme, il existe des faits nombreux, dont l'évolution ne présente, d'ailleurs, aucune particularité et dans lesquels on constate la présence des associations microbiennes les plus diverses. L'endocardite qui se déclare au cours de la pneumonie revêt toujours la forme pyohémique, quel que soit l'agent infectieux. Le diagnostic de cette variété est des plus difficiles à établir, en raison des symptômes de l'affection concomitante; son évolution est presque toujours rapide.

L'*endocardite consécutive à un traumatisme* peut se développer suivant deux modes différents : l'inflammation des valvules est la conséquence directe du traumatisme, ou bien elle n'est qu'un symptôme d'une infection générale, dont la lésion externe a été le point de départ.

Les endocardites du premier groupe revêtent en général tous les caractères de l'endocardite bénigne. Je possède trois observations, dans lesquelles l'affection de l'endocarde fut provoquée incontestablement par un traumatisme et aboutit à une lésion valvulaire chronique. La pathogénie de ces endocardites présente bien des obscurités. On peut admettre que le traumatisme cause des lésions peut-être insignifiantes des valvules, par exemple une simple fissure de l'endocarde, qui suffisent pour que l'agent infectieux puisse s'installer à demeure. Les microbes pathogènes font, il est vrai, généralement défaut dans l'organisme sain, mais un individu sous le coup d'un violent traumatisme ne se trouve plus dans des conditions normales.

Les cas relevant du second groupe présentent tous les caractères de l'endocardite septique et se terminent habituellement par la mort.

M. von Jürgensen (de Tubingue). — En présence d'une affection aiguë du cœur, il faut toujours songer à une lésion du myocarde, les myocardites infectieuses pouvant provoquer des symptômes analogues à ceux de l'endocardite. En ce qui concerne le rhumatisme articulaire aigu, j'ai cru reconnaître que depuis un certain nombre d'années son caractère a changé. Les cas avec tuméfaction considérable des articulations et fièvre persistante sont devenus rares, de même qu'on n'observe plus aussi régulièrement qu'autrefois ces violentes transpirations qui étaient un des symptômes cardinaux du rhumatisme articulaire classique. Actuellement, la fièvre est peu prononcée et ordinairement de courte durée, la tuméfaction des articulations est légère; par contre, les douleurs ne sont plus localisées aux jointures, mais remontent le long de la diaphyse osseuse. On constate fréquemment un trouble fonctionnel du cœur : après la disparition des douleurs, les extrémités du malade, s'il reste immobile dans la station verticale, prennent rapidement une coloration violacée.

J'ai parfois aussi remarqué des troubles nerveux. Sans parler de la chorée, si fréquente dans le rhumatisme, j'ai eu souvent l'occasion d'observer des états cataleptiques plus ou moins prononcés. L'excitabilité réflexe est fréquemment altérée et ces altérations ont un caractère des plus changeants. J'ai noté, de plus, la réaction pupillaire paradoxale de Westphal. En outre, j'ai vu survenir, comme conséquence du rhumatisme aigu, des troubles médullaires graves; ainsi, une de mes malades, qui, après une attaque de rhumatisme, avait eu du spasme des extrémités inférieures, présente actuellement, trois ans après le début de son affection, tous les symptômes d'une myélite transverse.

Au point de vue du traitement, je tire de ces observations la conclusion qu'il faut maintenir les malades au lit le plus longtemps possible; de cette manière, on diminue le danger de complications graves.

M. Lenhartz. — Je crois que la classification proposée par M. Litten ne saurait être acceptée. Je ne puis admettre sa distinction entre une endocardite maligne et une endocardite septique; en effet, dans la première forme on trouve des staphylocoques, des diplocoques et des streptocoques à l'état de pureté, et cependant cette forme serait caractérisée uniquement par ce fait que les métastases ne sont pas purulentes. On observe fréquemment des cas dans lesquels un seul infarctus présente tous les signes de la fonte purulente, les autres ne suppurant pas. Il est très difficile de donner une interprétation exacte des conditions qui président à ces phénomènes. Mais on peut se demander si, dans les cas à marche lente, l'agent infectieux circulant avec le sang n'immunise pas jusqu'à un certain point l'organisme, diminuant ainsi les chances de formation d'un abcès.

Pour ma part, j'admets une endocardite rhumatismale bénigne, qui peut revêtir parfois un caractère malin. Nous ne connaissons pas l'agent infectieux de l'endocardite à rechute. Enfin, il existe une endocardite septique, au cours de laquelle la fonte purulente des infarctus peut se produire ou faire défaut.

M. His (de Leipzig) attire l'attention sur l'aggravation possible d'une endocardite rhumatismale bénigne, par sa coexistence avec l'infection blennorrhagique.

M. von Leube (de Wurtzbourg). — J'ai relevé dans plus de 600 cas les relations qui existent entre l'angine simple, non diphtéritique, et l'endocardite; j'ai trouvé que dans 5 % des cas la phlegmasie pharyngée peut se compliquer d'endocardite. Le rhumatisme musculaire, dont j'ai proclamé la nature infectieuse il y a un certain nombre d'années, peut aussi provoquer l'endocardite.

M. Wassermann (de Berlin). — La difficulté de l'examen bactériologique résulte du fait que dans les végétations déjà anciennes on ne rencontre que peu ou pas de microorganismes. Les différences dans l'évolution de l'affection sont intimement liées aux variations multiples des réactions biologiques dont l'organisme est le siège et que les travaux d'Ehrlich nous ont fait connaître.

M. Litten. — Si l'on me demandait de trouver à Berlin un cas classique de rhumatisme articulaire aigu, j'avoue que je serais dans l'embarras. Chez les malades que je soigne actuellement, la fièvre est fugace, la tuméfaction et la douleur des articulations rétrocèdent rapidement. Quant à l'objection de M. Lenhartz, elle serait fondée s'il pouvait prouver que les infarctus simples ne sont pas stériles. Jusque-là, je crois ma classification des endocardites d'accord avec l'observation clinique.

Dr A. Jaquet,
Professeur à la Faculté de médecine de Bâle.

(*A suivre.*)

VINGT-NEUVIÈME CONGRÈS
DE LA
SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 18 au 21 avril 1900.

Traitement des cancers inopérables.

M. Czerny (de Heidelberg). — L'intérêt du traitement des cancers inopérables ressort de ce fait que le nombre de cancers, et de tumeurs malignes en général, reconnus inopérables au moment où le chirurgien les voit pour la première fois représente au moins 75 % du total des cas observés. Si l'on ne peut guérir ces malades, il faut, du moins, soulager leurs souffrances dans la mesure du possible et relever leur état moral. Ce but peut être atteint en premier lieu par les opérations palliatives telles que la gastro-entérostomie, l'entéro-anastomose et la colostomie, pour les néoplasmes de l'intestin. Une opération analogue, mais moins souvent pratiquée et de moindre importance, est la ligature des artères afférentes, dans les cas de tumeurs du corps thyroïde par exemple. Ailleurs enfin, et j'entends parler avant tout des cancers de l'utérus, le curettage constitue une intervention souvent très utile, surtout quand il est suivi de cautérisation. Cette dernière, pratiquée jadis au fer rouge, est faite ordinairement, de nos jours, à l'aide du thermocautère, bien que le procédé ancien me paraisse préférable. Le plus souvent, on a recours à des moyens chimiques, parmi lesquels nous plaçons au premier rang le chlorure de zinc. Partisan autrefois de l'application de ce caustique sous forme de pâte, nous sommes revenu au mode d'application le plus simple, qui consiste dans le tamponnement de la cavité utérine, après curettage, avec des bandes de gaze imbibées d'une solution concentrée de chlorure de zinc. On enduit la muqueuse vaginale d'un corps gras et on tamponne le vagin au moyen de gaze imprégnée de bicarbonate de soude pour éviter tout effet du caustique sur cette cavité. Dans la plupart des cas, la putréfaction et l'hémorrhagie sont enrayées ainsi pour un laps de temps plus ou moins long. La douleur provoquée par la cautérisation ne dure que quelques heures.

Il est des faits exceptionnels où ce procédé a amené non seulement une amélioration passagère, mais une guérison définitive. C'est ce que j'ai eu l'occasion de constater chez une femme soumise cinq ans auparavant à la cautérisation par le chlorure de zinc pour un cancer dont la nature avait été affirmée par le microscope. Des hémorrhagies intarissables, survenues depuis, m'obligèrent à pratiquer l'hystérectomie, et je pus constater que la cause de ces hémorrhagies n'était pas une récidive du cancer, mais bien un petit fibromyome. Je rappellerai encore le cas d'un cystosarcome de l'utérus adhérent aux organes du bassin, et pour lequel je dus pratiquer le curettage et la cautérisation au chlorure de zinc, la tumeur étant absolument inopérable. Cette intervention fut suivie de guérison complète, car la malade ne présente pas de récidive.

Ce procédé, indiqué principalement pour le cancer de l'utérus, m'a rendu aussi des services dans certains cas de cancer du rectum, et je me rappelle un fait où le néoplasme, jugé inopérable avant le curettage et la cautérisation, devint mobile à la suite de cette intervention, de sorte qu'il me fut possible de l'extirper plus tard.

La cautérisation par le chlorure de zinc, au niveau du cou et de la face, présente certains dangers à cause des gros vaisseaux de ces régions; aussi ne doit-elle être employée qu'avec une extrême prudence. J'ai obtenu cependant, malgré ces réserves, des résultats remarquables. Je citerai, entre autres, le fait d'une femme atteinte d'un angiosarcome du corps thyroïde, dont la nature maligne fut vérifiée au microscope. Le cas paraissant inopérable, je me bornai à un curettage énergique suivi d'une cautérisation au chlorure de zinc. Cette intervention détermina la cicatrisation de la plaie, et l'opérée se rétablit passagèrement pour présenter plus tard des métastases dans la région sus-claviculaire et au niveau du sein gauche. Ces deux tumeurs secondaires purent être extirpées au bistouri, et la malade jouit actuellement, trois ans après la première opération, d'une santé parfaite. J'ai pu constater également l'effet favorable de ce traitement dans des cas de néoplasmes malins de la parotide, du maxillaire supérieur et des lèvres.

Je suis loin de recommander cette pratique dans les cas justiciables du bistouri, mais je crois cependant qu'on devrait y recourir plus souvent qu'on ne le fait actuellement, surtout chez les malades qui présentent des récidives répétées, et chez ceux où une intervention sanglante n'offre aucune chance de succès.

Je mentionnerai encore les cautérisations par la formaline en solution de 10 à 30 %, d'ailleurs imparfaitement connues, et les applications d'arsenic. Ce dernier corps, bien qu'il agisse surtout comme caustique local, paraît cependant avoir une action à distance sur les éléments néoplasiques, et son effet est indiscutable sur certains lymphomes malins. Les combinaisons de l'arsenic avec le chlorate de potasse et l'iodure de potassium ne me paraissent d'aucune utilité. Il en est de même de la cancroïne d'Adamkiewicz, et d'un grand nombre d'agents chimiques recommandés tour à tour contre le cancer.

Il est cependant un autre groupe de médicaments dont l'application judicieuse est susceptible de soulager notablement les patients atteints de cancer ulcéré. Il s'agit des différents antiseptiques appliqués sur les plaies, tantôt sous forme de compresses humides, tantôt en poudre ou en onguent, suivant les circonstances. On ne doit pas négliger, enfin, l'admi-

nistration de certains remèdes susceptibles de stimuler les fonctions digestives des malades et de devenir ainsi des adjuvants utiles en maintenant l'état général bon. Je prescris à cet effet le condurango, associé au besoin avec un léger purgatif, étant donné que les cancéreux sont très souvent constipés.

Le régime alimentaire n'exerce aucune action sur les progrès du néoplasme, et c'est à tort qu'on a voulu défendre aux porteurs de cancer le régime azoté. On veillera toujours, au contraire, à ce que ces malades prennent une alimentation abondante.

Je ne ferai que citer en passant les tentatives faites récemment pour entraver, par l'opothérapie thyroïdienne et l'ablation des ovaires, la croissance des néoplasmes malins. Les résultats obtenus jusqu'à présent sont loin d'être concluants.

Il me reste encore à signaler la guérison de certains sarcomes, voire de quelques cancers, par l'érysipèle, et le procédé thérapeutique basé sur ce fait par Coley.

Toutes les considérations précédentes sur le traitement des cancers inopérables d'une part, et, d'autre part, sur l'augmentation incontestable du nombre des cas de cancer m'engagent à recommander vivement la création d'hôpitaux pour cancéreux, tels qu'il en existe en Angleterre et en Amérique. Ces hôpitaux, dirigés par des médecins au courant du traitement scientifique de l'affection, procureraient un grand soulagement aux malades inopérables et constitueraient en outre, pour la société, une protection contre l'extension du cancer, étant donné que la carcinose, sans être contagieuse dans le sens propre du mot, semble cependant transmissible. Cette propagation paraît s'opérer surtout dans les grandes agglomérations humaines, où l'agent pathogène existe d'une façon permanente, à cause du nombre des cancéreux.

M. Friedrich (de Leipzig) rappelle que Thiersch avait également défendu l'origine parasitaire de certains cancers. Il insiste, en outre, sur l'importance de l'examen histologique, et sur la nécessité d'éliminer toute affection syphilitique dans l'interprétation des guérisons radicales obtenues par les divers moyens de traitement.

Quant à la méthode de Coley, l'orateur n'a pas constaté de signes microscopiques de régression ou de dégénérescence dans les fragments provenant de malades traités par des toxines microbiennes, et il est d'avis que, jusqu'à présent, ce procédé n'a pas donné de succès positifs.

M. Helferich (de Kiel) se déclare partisan de la cautérisation au chlorure de zinc pour les cancers inopérables, et il insiste sur ce fait que la chute de l'eschare n'est généralement pas suivie d'hémorrhagie notable.

M. Steinthal (de Stuttgard) conseille de traiter par le chlorure de zinc les récidives qui surviennent après l'extirpation totale du cancer de l'utérus; il a pu constater, cependant, que cet agent détermine parfois des hémorrhagies sérieuses.

Résultats du traitement opératoire du cancer du rectum.

M. Krönlein (de Zurich). — La question du traitement du cancer du rectum a été souvent discutée dans les Congrès. Les divergences d'opinions qui se sont produites semblent avoir toujours présenté un caractère national, et l'on peut dire que, encore à l'heure actuelle, les chirurgiens anglais se contentent de mesures palliatives; en France, le traitement radical n'a commencé à être couramment appliqué que dans ces dernières années, tandis que les chirurgiens allemands ont, depuis vingt à trente ans, préconisé les opérations radicales. Les objections faites à celles-ci sont d'ordres divers et se rapportent à la trop grande mortalité de ces interventions, à leurs résultats ultérieurs peu encourageants, et, enfin, au mauvais fonctionnement de l'anus contre nature, créé par certains procédés opératoires.

Les chirurgiens allemands disposant de grandes séries d'observations, suivies pendant un temps suffisamment long, je me suis appliqué à réunir les faits publiés par onze d'entre eux, pour déterminer jusqu'à quel point les objections que je viens de rappeler sont admissibles. Le nombre des cas réunis ainsi s'élève à 881 et comprend des statistiques allant de 1873 jusqu'à 1899. J'ai trouvé une mortalité opératoire moyenne de 20 %. Les différences assez notables entre les chiffres fournis par les divers opérateurs (de 9 à 32 % de mortalité) s'expliquent en grande partie par le choix des cas à opérer : nous constatons, en effet, que les chiffres les plus élevés sont donnés par les chirurgiens qui admettent les indications opératoires les plus larges, notamment par MM. Gussenbauer et von Mikulicz. Il est évident que, outre ce fait, les méthodes opératoires et le traitement ultérieur jouent un rôle important dans la fréquence de la mortalité.

En étudiant de plus près les causes de la mort, j'ai pu me convaincre que dans 51.8 % des observations il s'agissait de complications infectieuses, dans 20 % de collapsus cardiaque, dans 13 % d'une affection pulmonaire post-opératoire; enfin, pour 15 % des cas, c'étaient des circonstances plus ou moins indépendantes de l'intervention qui avaient entraîné l'issue fatale.

Quant aux procédés opératoires, il convient de les classer en deux grands groupes, suivant que l'extirpation du néoplasme est pratiquée directement ou bien est précédée d'une manœuvre préparatoire, telle que la résection du coccyx ou du sacrum.

La première catégorie comprend les différentes opérations périnéales préconisées par Lisfranc, Dieffenbach, von Volkmann, Socin; ces interventions constituent évidemment un traumatisme moins considérable, mais ne permettent pas d'atteindre les tumeurs haut situées. Le procédé de Denonvilliers constitue une transition entre les deux groupes de méthodes, puisqu'il réalise l'extirpation du cancer du rectum à l'aide d'une incision postérieure.

Les opérations suivantes appartiennent à la deuxième catégorie : Verneuil et Kocher recommandèrent l'excision du coccyx, et Kraske la résection du sacrum. L'intervention préconisée par ce dernier auteur est devenue de plus en plus le procédé de choix, mais je ne suis point d'avis qu'il faille l'employer exclusivement, comme le veut M. Hochenegg. Il est préférable, au contraire, de procéder d'une manière éclectique, en choisissant pour chaque cas le traitement qui lui convient le mieux. C'est en agissant de cette manière qu'on abaissera de plus en plus la mortalité encore relativement élevée de la cure radicale.

Quant aux résultats éloignés, les recherches publiées par M. Iversen, il y a dix ans, montrent qu'un grand nombre de cas de cancer du rectum ne présentent à l'autopsie aucune métastase, ce qui n'autorise point le pessimisme de certains chirurgiens.

Les résultats de la statistique que nous avons établie confirment cette manière de voir. Nous n'avons pas étendu nos recherches au delà d'une période de trois ans ; en effet, sans prétendre que les malades qui n'offrent pas de récidive au bout de ce laps de temps peuvent être considérés comme radicalement guéris, nous pouvons estimer qu'une guérison aussi prolongée constitue un « résultat durable », et met le malade à l'abri de complications postérieures. En étudiant les 881 cas de notre statistique, nous trouvons 640 observations dans lesquelles le sort ultérieur du malade est mentionné. Une survie de trois ans, sans récidive, a été obtenue 80 fois, c'est-à-dire dans 14.8 % des cas, mais 13 de ces sujets ont présenté des récidives au bout de plus de trois ans. Ajoutons que le chiffre de 14.8 % est nécessairement inférieur à la réalité, un certain nombre d'opérés étant morts sans récidive, avant la fin de la période de trois ans, d'affections indépendantes de leur cancer.

En comparant les statistiques des différents chirurgiens, on trouve ici, tout comme pour le taux de la mortalité, des différences notables, qui s'expliquent avant tout par un choix plus ou moins minutieux des malades à opérer.

J'estime que l'on ne devrait pas aller trop loin en ce qui concerne les indications opératoires, et qu'il y aurait plutôt lieu de les restreindre et d'exclure d'une intervention radicale les sujets chez lesquels la vessie et l'urèthre sont déjà envahis par le néoplasme, les dangers de l'opération étant sensiblement augmentés dans ces cas, et les chances de guérison définitive devenant presque nulles.

Pour ce qui est du troisième point, à savoir le fonctionnement ultérieur de l'anus, je n'ai pu consulter que mes propres observations, concernant 39 opérations. J'ai constaté un fonctionnement irréprochable dans 30 % des cas, une continence relative dans 60 % et une incontinence dans 10 %. J'ai obtenu ces résultats relativement favorables en respectant autant que possible l'extrémité anale du rectum et le sphincter rectal. Je crois que ce principe — d'une grande valeur pour le maintien des fonctions anales — ne compromet en rien l'effet radical de l'opération.

M. Rehn (de Francfort-sur-le-Mein). — Les résultats définitifs du traitement opératoire du cancer du rectum peuvent être améliorés, d'un côté par un diagnostic plus précoce de cette affection, et de l'autre par des perfectionnements du manuel opératoire. Je ne m'occuperai ici que du deuxième point.

Le procédé de M. Kraske a été un progrès considérable, en ce qu'il permet d'atteindre des néoplasmes situés dans la partie supérieure du rectum; aussi a-t-il été adopté avec enthousiasme par la plupart des chirurgiens. Il constitue cependant, malgré les différentes modifications que l'on y a apportées, une méthode dangereuse, à tel point qu'il a été abandonné par plusieurs opérateurs, M. Senn entre autres. Il s'agit donc d'étudier s'il peut être remplacé par un procédé plus inoffensif, quoique aussi radical.

J'ai fait de nombreuses recherches à ce sujet, en pratiquant des opérations sur le cadavre, et en utilisant les travaux anatomiques de M. Waldeyer. Ces derniers démontrent ce fait essentiel, que les ganglions lymphatiques sont disposés principalement sur les ramifications de l'artère hémorrhoïdale supérieure, de chaque côté, par conséquent, de la face postéro-latérale du rectum.

La première conclusion que je puisse tirer de mes études, c'est que l'ablation du néoplasme par l'intérieur de l'intestin doit être proscrite, et que l'on doit extirper l'organe avec sa gaine conjonctive (fascia du rectum), sans entamer cette dernière. Il est indispensable, en outre, de créer une plaie aussi régulière que possible. Il s'agit donc de dégager le rectum sans l'ouvrir et sans déchirer la tumeur par des tractions trop violentes. Dans tous les cas où la gaine du rectum est déjà traversée par le cancer, le pronostic est mauvais.

Je me suis arrêté, en ce qui concerne l'opération chez l'homme, au procédé opératoire suivant, que j'ai étudié préalablement sur le cadavre et que j'ai exécuté 4 fois sur le vivant : je mène d'abord l'incision antérieure de Dieffenbach, en pénétrant entre les deux muscles releveurs de l'anus, et j'examine les rapports du néoplasme avec les voies urinaires. Si je trouve une adhérence étendue à ce niveau, je m'abstiens de toute intervention radicale. Dans le cas contraire, je continue l'opération en menant une incision postérieure, et en pratiquant le décollement à l'aide du doigt. Cela fait, j'attire le rectum fortement vers le bas, en incisant au besoin les feuillets du mésentère et en pratiquant la ligature des artères hémorrhoïdales supérieures. Je termine enfin l'opération par l'ablation de la tumeur et par l'implantation de l'extrémité intestinale supérieure dans le sphincter anal; je place alors des drains en avant et en arrière de l'orifice anal. Il est évident qu'on peut facilement passer de ce procédé à celui de M. Kraske en prolongeant l'incision postérieure, dans le cas où la voie périnéale ne donnerait pas un jour suffisant.

Cette opération s'exécute beaucoup plus aisément chez la femme, car l'incision du vagin donne un large accès et dispense d'avoir recours à la voie sacrée.

Pour ce qui est des opérations combinées, préconisées entre autres par MM. Quénu et Hartmann, et comprenant l'établissement d'un anus contre nature suivi de l'extirpation du néoplasme par la voie abdomino-périnéale, elles n'ont pas encore fourni de résultats très encourageants. J'estime cependant qu'il serait indiqué de poursuivre des recherches à ce sujet. Je crois notamment qu'il serait préférable de fixer l'S iliaque au niveau du sphincter anal, plutôt que d'établir un anus iliaque.

En ce qui concerne la continence rectale, je déclare qu'à mon sens l'établissement d'un anus contre nature, soit dans la région inguinale, soit dans la région sacrée, doit constituer une mesure d'exception. Le procédé idéal consisterait dans l'excision du néoplasme et la suture

des deux bouts du rectum. Cette suture est cependant loin d'être solide, et l'infection de la plaie survient souvent après une telle opération. Il est donc préférable d'attirer suffisamment l'intestin vers le bas pour le fixer au niveau de l'orifice anal, sans lui faire subir de traction. Je répète qu'il vaut mieux, à cet effet, sectionner les feuillets du mésentère plutôt que de les déchirer, et lier l'artère hémorrhoïdale supérieure. Plus on remonte haut en sectionnant l'intestin, moins il y a danger de gangrène, pourvu qu'on évite toute tension et qu'on sectionne le mésentère aussi loin que possible de l'intestin.

Quand le péritoine est lésé, il importe d'en pratiquer l'occlusion parfaite.

M. Hochenegg (de Vienne). — J'ai opéré 121 cas de cancer du rectum, et je suis arrivé à la conclusion que les interventions préparatoires, telles que la résection du sacrum, ne sauraient constituer une cause d'insuccès. La voie sacrée présente, au contraire, l'avantage de fournir un champ opératoire étendu et facilement accessible. Les résultats éloignés, peu favorables au début de ma pratique, se sont améliorés notablement, et j'obtiens actuellement une survie de trois ans sans récidive dans 21 % des cas. J'ai abandonné la méthode qui consiste à administrer, avant l'opération, des purgatifs et des lavements pour liquéfier les selles; ces mesures sont inutiles chez les malades atteints de sténose aussi bien que chez ceux dont le rectum n'est pas rétréci; elles risquent, par contre, de provoquer une inondation du champ opératoire par des matières fécales molles, soit au moment même de l'intervention, soit peu après.

Dans tous les cas où il existe un iléus, je pratique la colostomie, pour ne procéder que plus tard à la cure radicale.

Mon procédé opératoire a peu varié depuis douze ans : j'enlève toujours le coccyx et la partie inférieure du sacrum, mais je n'ai que rarement besoin d'en réséquer une portion plus étendue. J'isole ensuite le rectum avec sa gaîne conjonctive, en ouvrant de parti pris la cavité péritonéale, de façon à pouvoir mobiliser suffisamment la tumeur. Puis je suture le péritoine avant de sectionner l'intestin. Quant à la portion anale, je m'efforce de la conserver. Je la retrousse en dehors, j'engage le bout supérieur de l'intestin dans l'orifice anal, et je pratique la suture circulaire. Si ce procédé ne peut être appliqué, j'enlève la muqueuse anale, pour fixer le bout intestinal supérieur à l'anus au moyen d'une suture. Enfin, quand cette dernière manœuvre n'est pas possible sans une trop forte tension du bout supérieur, j'établis l'anus contre nature dans la région sacrée.

Sur 62 cas traités par la suture des deux segments du rectum, je n'ai eu qu'un décès, attribuable à des complications infectieuses. Comme traitement post-opératoire, je laisse la plaie presque entièrement ouverte en la tamponnant, et je provoque généralement la première selle au bout de quatre ou cinq jours. Pour ce qui est des résultats fonctionnels dans les cas de suture, ils sont le plus souvent excellents. 4 malades seulement se sont plaints d'une incontinence relative, provenant de ce que j'avais pratiqué la dilatation du sphincter. Chez 4 autres, j'ai pu constater des symptômes de rétrécissement, bien que la palpation n'ait permis de constater qu'une légère saillie de la cicatrice, sans rétrécissement proprement dit; les symptômes morbides disparurent, d'ailleurs, après des irrigations rectales. Dans les rares cas d'insuffisance de la suture, il importe d'obturer rapidement les fistules rectales au moyen d'une opération plastique.

Quant à l'anus contre nature au niveau du sacrum, il constitue un inconvénient auquel les malades s'habituent facilement, pourvu qu'on les munisse d'un appareil obturateur bien construit. J'ajouterai que je me borne, en cas de récidive, à pratiquer la simple colostomie, toutes les tentatives de nouvelle opération radicale m'ayant fourni de mauvais résultats.

Sur les 121 opérations que j'ai pratiquées, j'ai eu 4 morts dues à des complications infectieuses, et 2 à des hémorrhagies intra-abdominales, ce qui représente une mortalité de 5 %. Je ne compte pas dans cette statistique 4 décès survenus indépendamment de l'acte opératoire proprement dit, et qui, ajoutés aux précédents, élèveraient la mortalité à 8 %.

M. Kraske (de Fribourg-en-Brisgau). — J'ai procédé jusqu'ici à l'extirpation du cancer du rectum dans 120 cas. Mes résultats, assez mauvais au début, au point de vue de la mortalité opératoire, se sont améliorés sensiblement et se rapprochent de ceux qu'a obtenus M. Hochenegg. Je suis également d'avis qu'il faut conserver autant que possible l'extrémité inférieure du rectum, pour assurer aux malades un bon fonctionnement ultérieur de cet organe.

Quant aux récidives, j'en ai constaté encore après cinq ans. Il est donc de toute importance d'opérer aussi radicalement que possible, et j'estime qu'il est indiqué de chercher à perfectionner le manuel opératoire des méthodes combinées, employées par plusieurs chirurgiens comme opérations de nécessité et sans plan opératoire préalablement établi.

Les recherches que j'ai faites sur le cadavre et les résultats obtenus chez 4 malades m'engagent à recommander le procédé suivant : l'opération est commencée par la laparotomie, ce qui permet de reconnaître si la tumeur est opérable ou non. Dans ce dernier cas, je me borne à établir un anus contre nature. Si le néoplasme, par contre, peut être extirpé, j'isole le côlon au-dessus de la tumeur, je pratique la double ligature et la section de l'artère hémorrhoïdale supérieure, puis je décolle le rectum et le tissu environnant au niveau du petit bassin, principalement du côté du sacrum. Ceci fait, je tamponne le petit bassin, je ferme la cavité abdominale et j'extirpe le néoplasme par la voie sacrée en implantant le bout supérieur au niveau de l'orifice anal. Les 4 cas opérés ainsi m'ont fourni 2 décès. Je crois cependant que ces résultats ne doivent pas nous empêcher d'étudier ce procédé et de l'appliquer lorsque l'opération par la voie sacrée seule ne paraît pas pouvoir être pratiquée avec la sécurité nécessaire.

M. Henle (de Breslau). — La méthode préconisée par M. Nicoladoni (invagination du bout supérieur dans l'anus) a été appliquée dans 30 cas à la clinique de Breslau; elle a fourni des résultats immédiats très encourageants, un seul malade étant mort de péritonite. Ce procédé diminue et simplifie notablement les opérations complémentaires, indispensables autrefois dans la moitié des cas.

M. Steinthal. — J'ai extirpé 3 fois des cancers du rectum après les avoir attirés au-devant de l'orifice anal. J'introduis, à cet effet, une sonde intestinale en ébonite sur laquelle je pratique la ligature élastique de la partie prolabée du rectum. Dans un des cas, la guérison s'est maintenue pendant cinq ans, dans un autre pendant six mois, et le troisième malade, après avoir subi une petite opération pour récidive au bout de deux ans et demi, se trouve actuellement en bonne santé.

Comme exemple d'opération combinée, je vous dirai que dernièrement j'ai dû avoir recours à l'implantation dans la plaie abdominale du bout supérieur qui n'était pas suffisamment mobile pour qu'on pût le fixer au niveau de l'anus.

M. Gussenbauer (de Vienne). — J'ai pratiqué 146 opérations pour cancer du rectum, mais je ne puis fournir de renseignements complets sur les résultats éloignés, car il m'a été impossible d'en obtenir pour une grande partie de mes malades. Je possède, toutefois, des cas de guérison ayant duré plus de douze ans, et d'autre part, j'ai vu des récidives survenir au bout de sept ans. J'ai fait l'opération radicale toutes les fois qu'il n'existait pas d'infiltration ganglionnaire manifeste au niveau de l'abdomen ni de métastases dans le foie. Quant aux adhérences de la tumeur avec les organes voisins, elles ne constituent, à mon avis, des contre-indications que dans les cas où il existe déjà une perforation de la vessie.

Comme manuel opératoire, j'adopte chez l'homme, la voie sacrée avec résection temporaire du sacrum et je fais, comme M. Rehn, l'ablation intégrale des ganglions lymphatiques rétro-rectaux avec les tissus ambiants, y compris les vaisseaux sanguins. Chez la femme, je crois qu'on peut se dispenser généralement de réséquer le sacrum.

Du manuel opératoire de l'extirpation du rectum et de l'S iliaque.

M. Schuchardt (de Stettin). — La méthode opératoire que j'emploie pour l'extirpation du rectum et de l'S iliaque consiste dans le décollement du rectum à l'aide d'une incision périnéale s'étendant jusqu'au coccyx, et dans l'ablation de cet os. L'opération est facilitée par la section de toutes les attaches musculaires du rectum. Je pratique le décollement d'abord sur la face postérieure, puis sur la face antérieure de l'organe. Quant au vagin, je ne l'incise que dans les cas où il est envahi par le cancer. Une fois l'ablation de la tumeur exécutée, j'attire l'intestin aussi bas que possible pour le fixer dans l'orifice anal.

J'ai mesuré sur le cadavre la longueur d'intestin que l'on peut abaisser et je l'ai trouvée égale à 45 centimètres. J'ai cependant observé sur le vivant que cette longueur est beaucoup moindre dans les cas de cancer, de tuberculose et de syphilis. Ce fait est dû, chez les cancéreux, à la perte de substance produite par le néoplasme et à la rétraction cicatricielle consécutive. Dans les cas de tuberculose ou de syphilis du rectum, il s'agit d'une mésentérite tuberculeuse ou gommeuse intéressant non seulement le rectum, mais aussi l'S illiaque. L'étendue sur laquelle l'intestin peut être attiré en dehors de l'anus n'atteint parfois, dans ces cas, que 20 centimètres.

Traitement opératoire des tumeurs malignes du gros intestin.

M. Körte (de Berlin). — Je vous présente 5 malades chez lesquels j'ai enlevé des cancers du gros intestin, depuis un laps de temps variant entre trois ans et huit ans et demi, sans qu'il se soit produit jusqu'à présent de récidive.

Le nombre des cas observés par moi est de 54; j'en ai opéré 43. Chez 19 malades, le siège du néoplasme était l'S iliaque, chez 15 la région iléo-cæcale ; dans 8 cas, la tumeur occupait le côlon transverse, et, dans les autres observations, diverses parties du gros intestin.

Le diagnostic du cancer du côlon est beaucoup plus difficile que celui du cancer du rectum. Son symptôme le plus fréquent, la constipation, est trop banal pour avoir une grande valeur. L'évacuation de sang est plus significative; je l'ai notée chez 11 de mes malades. Mais le symptôme capital est constitué par les manifestations de rétrécissement, telles que contractions localisées et passagères de l'intestin, avec production du bruit caractéristique. Si ces signes se répètent d'une manière régulière, la laparotomie exploratrice est légitime alors même qu'on ne perçoit pas de tumeur à la palpation, le cancer de l'intestin échappant souvent à l'examen. On se décidera d'autant plus facilement à la laparotomie exploratrice que le traitement opératoire est indiqué dans toutes les affections produisant un rétrécissement du tube digestif. Le diagnostic différentiel envisagera, suivant les particularités de chaque cas, la tuberculose iléo-cæcale, une affection rénale, une tumeur des voies biliaires, de l'estomac ou de la rate.

Quant aux indications opératoires, la question de l'extirpation radicale ne peut être résolue, le plus souvent, qu'après l'ouverture de l'abdomen. On retiendra cependant que les tumeurs de la région iléo-cæcale permettent des indications opératoires plus larges que celles des autres parties du gros intestin, en ce qui concerne la mobilité de la tumeur.

Le pronostic de l'intervention est toujours plus sombre quand le malade présente une obstruction intestinale complète. C'est ainsi que j'ai eu 10 décès sur 25 malades atteints de cancer du gros intestin et amenés dans mon service en état d'iléus.

L'intervention opératoire doit consister soit dans l'extirpation radicale du néoplasme, soit dans l'établissement d'une anastomose intestinale, soit enfin dans la colostomie. La première de ces interventions est représentée dans ma statistique par 19 cas dont 7 terminés par la mort. J'ajouterai que 6 résections iléo-cæcales n'ont amené aucun décès, bien qu'il se fût agi de tumeurs de parties peu mobiles. J'estime du reste, d'une manière générale, que cette dernière intervention est plus bénigne que l'ablation d'une autre partie du gros intestin; j'ai pratiqué, en effet, outre les cas que je viens de mentionner, 12 opérations de ce genre pour tuberculose et actinomycose, sans un seul décès.

Comme résultats éloignés de l'opération radicale du cancer, je compte 2 guérisons remontant à moins de trois ans, 1 datant de trois ans, et 4 de cinq ans à huit ans et demi.

Pour ce qui est de l'entéro-anastomose, je l'ai exécutée 12 fois avec 3 décès post-opératoires. Enfin, j'ai pratiqué 20 fois l'établissement d'un anus contre nature, avec 6 décès.

Traitement du rétrécissement du larynx par l'implantation d'un fragment de cartilage costal.

M. von Mangoldt (de Dresde) présente une femme atteinte d'un rétrécissement du larynx consécutif à la fièvre typhoïde. Il implanta chez cette malade un fragment de cartilage costal dans le tissu sous-cutané, au niveau de la région du larynx. Ce fragment s'étant réuni aux tissus ambiants, il incisa le larynx et l'extrémité supérieure de la trachée et introduisit entre les deux lèvres de la plaie laryngo-trachéale le fragment cartilagineux, tout en le laissant en contact avec une partie du tissu cellulaire. Il eut soin de diriger le côté du cartilage recouvert d'épiderme vers l'intérieur du larynx. Les suites opératoires furent bonnes; la malade est délivrée de sa dyspnée et peut même parler à voix basse.

Des transformations de l'os à l'époque de la croissance sous l'influence du phosphore.

M. von Stubenrauch (de Munich) présente des pièces anatomiques résultant d'une série d'expériences au sujet de l'effet du phosphore sur le système osseux de jeunes animaux. Il a pu constater d'une manière régulière que, chez les animaux traités par de petites doses de phosphore, il se développe dans le voisinage des extrémités des os un épaississement de la substance corticale; il se produit, de plus, une transformation au niveau de la ligne épiphysaire, qui persiste plus longtemps qu'à l'état normal, mais s'entoure d'un tissu osseux très compact.

L'orateur a pris aussi des radiographies de jeunes sujets ayant travaillé un certain nombre d'années dans des fabriques d'allumettes au phosphore; il a également noté chez eux une ombre anormale très nette au niveau des lignes épiphysaires de l'humérus et du péroné. Ce fait s'explique facilement par l'hypothèse que les os de ces sujets ont subi la transformation observée chez les animaux.

Des progrès réalisés dans le manuel opératoire des opérations articulaires.

M. Franz König (de Berlin). — J'ai été frappé, dans ces derniers temps, du nombre de malades qui portent des appareils orthopédiques pour des affections articulaires qui pourraient et devraient être guéries par une intervention chirurgicale : tels sont, par exemple, les corps articulaires libres, avec épanchement consécutif. J'estime que la crainte d'infection n'est pas justifiée dans ces cas, pourvu qu'on s'entoure de certaines garanties dont la première est de ne pas introduire les doigts dans l'intérieur de l'articulation. Je pratique toutes les résections, les sutures de la rotule, les extractions de corps libres, les opérations sur les ménisques, sans toucher une seule fois l'intérieur de la jointure avec mes doigts.

Une seconde précaution, très utile pour maintenir l'asepsie, est d'opérer toujours à l'aide de l'hémostase préventive d'Esmarch. J'ajouterai que j'emploie l'asepsie à l'exclusion de tout agent antiseptique, afin de ne pas irriter la synoviale articulaire; je me passe dans la plupart des cas du drainage.

Dans les opérations sur des articulations infectées, j'ai partiellement abandonné le drainage; je le remplace, dans les cas de suppuration tenace et lorsqu'il existe des symptômes d'une affection pyémique, par des incisions larges, menées, au genou par exemple, de chaque côté de la jointure. Ces incisions, que je pratique également dans certains faits d'arthrite gonococcique, n'altèrent pas le fonctionnement ultérieur de l'articulation.

Dans les cas les plus graves, je fais l'ouverture transversale complète de l'article, mesure qui permet souvent d'éviter l'amputation.

Pour ce qui est de l'arthrite déformante observée surtout au niveau de la hanche, je suis également d'avis qu'il ne faut pas prolonger outre mesure le traitement conservateur. Je vous présente, à ce propos, une malade chez laquelle j'ai ainsi pratiqué la résection de la tête fémorale avec un excellent résultat.

M. Schede (de Bonn). — Je suis d'accord avec M. König en ce qui concerne les grandes incisions dans certains cas d'arthrite blennorrhagique. J'estime, par contre, que lorsqu'il y a infection purulente, les lavages antiseptiques énergiques, par exemple avec une solution de sublimé à 1 ‰, précédés et suivis d'une irrigation avec un liquide indifférent, sont susceptibles de procurer parfois la guérison.

Greffe d'un orteil pour remplacer un doigt perdu par accident.

M. von Eiselsberg (de Königsberg) présente un malade chez lequel il a remplacé l'index de la main droite, emporté par un accident, par le deuxième orteil du pied du même côté. A cet effet, il a fixé la main sur le pied, après avivement préalable et suture des tendons et autres parties correspondantes; l'orteil à greffer était encore relié au pied par un pont cutané dont M. von Eiselsberg diminua la largeur chaque jour, et qu'il sectionna complètement le treizième jour. Le résultat plastique est excellent, mais la mobilité du doigt, au niveau des articulations interphalangiennes, est encore presque nulle. L'orateur estime, cependant, qu'elle se rétablira rapidement.

Traitement opératoire des calculs rénaux et urétéraux.

M. Israel (de Berlin). — Le traitement opératoire de la lithiase rénale remonte à plus de deux mille ans, mais il est évident qu'on n'opérait à cette époque que les complications infectieuses de cette affection, en incisant l'abcès au moment où il arrivait à la surface cutanée. Cette intervention a résumé toute la chirurgie rénale jusqu'au milieu de ce siècle, et ce n'est que lentement que les principes énoncés par Gerdy et Smith se sont répandus. Le progrès principal a été réalisé par Simon, qui a extirpé le premier un rein calculeux. Cet auteur, néanmoins, admettait ce principe faux, à savoir que l'on doit extirper le rein dans les cas de lithiase légère, et se borner à la simple néphrotomie quand l'organe présente des manifestations inflammatoires plus prononcées. Peu après, on pratiqua l'extraction du calcul dans les cas d'anurie calculeuse; puis l'intervention opératoire s'étendit à l'uretère, en se bornant d'abord à ses deux extrémités, pour aboutir finalement à la partie moyenne de ce canal.

Si la chirurgie de la lithiase rénale a été dominée jadis par la crainte d'inciser la paroi abdominale, puis, plus tard, par la terreur de l'hémorrhagie, elle n'a d'autres limites, à l'heure actuelle, que celles qui lui sont imposées par les difficultés du diagnostic.

Les symptômes de l'affection sont parfois, en effet, peu typiques, et s'il arrive fréquemment que le diagnostic se trouve exact, bien qu'il ne repose pas sur des données suffisantes, cela tient surtout à la fréquence de la lithiase. J'ajoute, du reste, que même dans les cas où l'on ne trouve pas de calculs, l'opération ne doit pas être considérée comme inutile, car les affections susceptibles de simuler la calculose, telles que les néoplasmes, la tuberculose et même certaines formes de néphrite interstitielle chronique, bénéficient toujours du traitement chirurgical.

Les questions principales qui peuvent se présenter à l'esprit du clinicien, à propos de la lithiase rénale, sont les suivantes :

1° Quelles sont les indications urgentes?

2° Quand l'opération est-elle indiquée en dehors des cas de danger immédiat?

3° Quelles sont les contre-indications?

Comme indications d'urgence, il faut comprendre avant tout les cas où la vie est en danger, soit par suite d'une anurie calculeuse, soit à cause d'une infection rénale aiguë menaçant de se généraliser. Dans la première hypothèse, il importe d'intervenir aussi vite que possible, les chances du traitement opératoire étant beaucoup plus grandes que celles de l'expectation. Cette règle de conduite, applicable à toutes les phases de l'anurie calculeuse, est particulièrement salutaire si le malade a cessé d'avoir des coliques néphrétiques, ce qui indique une paralysie de l'appareil musculaire du bassinet et de l'uretère. Dans ces conditions, l'expulsion spontanée du calcul est à peu près impossible, et ce n'est que l'opération immédiate qui peut sauver le patient.

En ce qui concerne la pyonéphrose aiguë avec menace d'infection généralisée, l'opération doit également être pratiquée d'urgence, pour éviter le développement d'une pyémie. Elle consistera en une néphrotomie large avec extraction du calcul et tamponnement de la plaie.

Une deuxième catégorie d'indications pressantes comprend les cas où l'intégrité du tissu rénal est en jeu. C'est ainsi qu'il faut intervenir sans retard toutes les fois qu'il existe des symptômes de rétention rénale, même sans anurie, le tissu glandulaire étant détruit peu à peu par cet état de rétention. On interviendra enfin sans hésiter s'il se produit une hémorrhagie rénale, surtout pour rechercher s'il ne s'agit pas d'un début de cancer ou de tuberculose susceptibles d'être guéris par une intervention précoce. On ne devra jamais se contenter du diagnostic d'hématurie essentielle, qui ne signifie rien, à mon avis.

La plupart des calculeux ne présentent cependant pas des symptômes aussi urgents, obligeant à prendre une décision immédiate. Au contraire, on est le plus souvent en présence de sujets dont les souffrances sont moins vives et chez lesquels rien n'indique un danger imminent. Il faut alors mettre en parallèle les risques de l'intervention et le danger des complications sérieuses auxquelles expose l'expectation. Je crois que, d'une manière générale, la vie du malade est plus exposée par celle-ci que par celle-là, car la néphrolithotomie, pratiquée en l'absence de symptômes aigus, ne présente qu'une mortalité de 3 à 4 %. Pour ce qui est des indications détaillées, j'estime qu'il faut intervenir d'abord toutes les fois qu'il existe une complication infectieuse, la pyélite manifestant toujours une tendance à s'aggraver. On doit opérer aussi quand le malade est atteint de fréquentes coliques néphrétiques, puis dans les cas où les douleurs, quoique moins intenses, présentent un caractère persistant, ou encore quand il s'agit de symptômes à distance, tels que dyspepsie chronique, douleurs sciatiques, névralgie testiculaire, etc. Le traitement opératoire est indiqué, enfin, d'une façon formelle, lorsque la palpation permet de constater la présence d'un calcul dans l'un des uretères.

Je crois qu'il vaut mieux, par contre, s'abstenir de toute intervention chez les malades qui expulsent à des intervalles plus ou moins réguliers de petits calculs arrondis. Ces calculs se reformant continuellement, le traitement opératoire ne serait ici d'aucune utilité.

Pour ce qui est des récidives, on ne saurait nier leur existence, mais leur fréquence n'est pas assez grande pour qu'elles constituent une contre-indication à l'opération. La néphrolithotomie répétée ne présente, du reste, aucun danger spécial.

Au point de vue de la technique, voici celle que je préconise : on commence par dégager complètement le rein de sa capsule adipeuse, en ayant soin de ne pas léser la tunique fibreuse. Ensuite on isole l'uretère, afin de pouvoir comprimer séparément les vaisseaux rénaux au moyen d'un tube de caoutchouc fixé par une pince hémostatique. On pratique alors l'incision du tissu rénal au niveau de la convexité. J'estime, en effet, qu'il est préférable d'aborder le bassinet par cette voie, qui rend plus facile l'extraction de tous les calculs et qui est, en outre, avantageuse en cas de calculs volumineux. Je ne crois pas, cependant, que l'incision du bassinet prédispose à la formation de fistules plus que celle de la convexité; il est facile, au reste, d'éviter cet inconvénient en pratiquant une suture exacte.

Si l'on ne rencontre pas de calculs après avoir incisé la substance rénale sur une épaisseur de 1 centim. 1/2, on agrandit l'incision en pénétrant couche par couche jusqu'à ce qu'on arrive à l'un des calices, ce qui permet d'explorer le bassinet dans toute son étendue. On ne négligera jamais d'ajouter à ces manœuvres le cathétérisme rétrograde de l'uretère, afin de s'assurer que ce conduit n'est pas obstrué.

Il ne reste plus alors qu'à suturer le tissu rénal, toutes les fois, du moins, que l'uretère est perméable et que les urines sont normales, tandis qu'on pratiquera le traitement à ciel ouvert ou le drainage du bassinet quand ces conditions ne sont pas remplies. Je ne crains même pas, dans des cas d'infection très intense, de couper l'organe en deux moitiés jusqu'au bas-

sinet, de façon à le déplier complètement et à le tamponner.

Quant à la néphrectomie, j'estime qu'elle n'est jamais indiquée comme opération primitive et qu'elle ne doit être pratiquée, comme intervention secondaire, que lorsque le traitement conservateur est resté sans résultat, ou encore chez des malades atteints d'hématurie post-opératoire grave. Je crois que cette dernière complication ne survient pas si l'on a soin de ne pas décoller la capsule fibreuse, dont la tension empêche, à mon avis, la production d'hémorrhagies considérables.

En ce qui concerne le traitement particulier des calculs urétéraux, je tiens à insister sur ce point que l'exploration des uretères à l'aide du cystoscope n'offre aucun avantage. Je me dirige toujours d'après ce que je trouve à la néphrotomie. Dans les cas où je suis amené à pratiquer l'urétérolithotomie et à laisser la plaie de l'uretère ouverte, j'introduis une sonde à demeure jusqu'au bassinet. Quand, au contraire, je puis suturer l'uretère, je ne place pas de sonde urétérale, mais je laisse le rein ouvert.

L'urétérolithotomie isolée ne devrait être pratiquée que lorsque la palpation permet de constater la présence du calcul dans l'uretère, et encore à la condition que les urines ne soient pas purulentes. On tâchera d'aborder l'uretère sans intéresser le péritoine, soit en décollant celui-ci depuis la région inguinale, soit en suivant la voie vaginale. Cette extraction isolée d'un calcul de l'uretère expose cependant, en dehors de ses difficultés techniques, à laisser des calculs dans le bassinet. Je complète donc volontiers l'opération par la néphrotomie.

En cas d'anurie calculeuse, il y a le plus grand intérêt à ne pas prolonger l'opération au delà du temps strictement nécessaire, les malades supportant mal la narcose. On se bornera donc à la simple incision du tissu rénal et du bassinet, en réservant, au besoin, l'extraction du calcul pour une intervention ultérieure. Cette rapidité de l'opération est tout particulièrement de règle quand il s'agit d'un calcul urétéral; mais il est alors indispensable de ne pas se borner à la simple urétérotomie.

Il est souvent difficile de déterminer dans quel rein a eu lieu la dernière crise d'occlusion. L'anamnèse et la palpation ne fournissant parfois aucun renseignement concluant, on se basera surtout sur la défense musculaire, plus accusée généralement du côté atteint d'obstruction. Si le bassinet et l'uretère du côté opéré sont perméables, on doit pratiquer immédiatement la même opération du côté opposé, à moins que le malade ne soit trop faible pour supporter cette double intervention. Dans ce dernier cas, on pourra attendre jusqu'au lendemain, la néphrotomie d'un rein atteint d'anurie réflexe étant parfois suffisante pour ramener la sécrétion urinaire et pour parer ainsi au danger de l'anurie complète.

M. Czerny estime que la section du tissu rénal constitue la méthode de choix et doit être préférée à l'incision du bassinet. Il est d'avis qu'il faut opérer autant que possible avant que le malade ne présente des complications.

D'après son expérience, la néphrotomie doit être suivie assez fréquemment de l'extirpation de l'organe. Quant aux calculs de l'extrémité inférieure de l'uretère, il en a extirpé 2 avec succès.

M. Zondeck (de Berlin) rappelle ses recherches sur la circulation du rein (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 142); il les a complétées en pratiquant des injections dans le bassinet, ce qui lui a permis de constater que les calices s'étendent plus loin du côté dorsal de l'organe que du côté ventral. Il est donc plus facile de les atteindre en reportant l'incision à 1 centimètre ou 1 centim. 1/2 en arrière de la convexité. Cette pratique permet en même temps de ménager les ramifications de l'artère rénale.

M. Lauenstein insiste sur ce fait que la radiographie permet de reconnaître la présence non seulement des calculs oxaliques et uriques, mais aussi des calculs composés de phosphate et de carbonate de chaux.

Relativement aux indications opératoires dans le traitement du rein calculeux, il estime que la néphrectomie primitive peut être indiquée en cas de lithiase avancée dans un rein mobile.

M. Kümmell (de Hambourg) recommande le cathétérisme rétrograde avec suture du rein, lorsqu'on pratique la néphrolithotomie chez des malades dont les urines sont aseptiques.

Quant à l'examen radiographique, la nature du calcul joue toujours un rôle considérable dans ses résultats; néanmoins, chez des sujets maigres, il permet parfois de démontrer la présence de calculs composés de phosphate et de carbonate de chaux. Il est essentiel de se servir d'ampoules d'une puissance de pénétration relativement faible.

M. Barth (de Dantzig) dit avoir constaté, après l'incision de la convexité du rein, la gangrène du pôle inférieur, ce qu'il attribue à une lésion vasculaire. Il rappelle un cas publié par M. Sprengel où cette incision fut suivie d'une hémorrhagie qui nécessita la néphrectomie, et deux faits relatés par M. Braatz où l'emploi de la même méthode avait déterminé de l'atrophie rénale. Il conclut de ces observations que l'incision exploratrice du tissu rénal est moins inoffensive que ne le croient la plupart des chirurgiens.

M. Israel reconnaît que l'incision du parenchyme n'est pas exempte de quelque danger; mais il croit que les cas rapportés par M. Barth ne sauraient être considérés comme démonstratifs. Il est, au contraire, d'avis que la gangrène et l'atrophie rénale sont la conséquence de sutures trop fortement serrées. Il insiste, en outre, en s'appuyant sur une statistique comprenant 40 cas, sur les bons effets de l'incision de la convexité dans certains cas de néphrite chronique. L'incision exploratrice ne saurait, d'ailleurs, être remplacée par aucune autre méthode d'examen, la simple palpation de l'organe étant absolument insuffisante pour démontrer la présence ou l'absence de calculs rénaux.

M. Braun (de Gœttingue) relate un fait d'hémorrhagie rénale grave, survenue neuf ou dix jours après une incision exploratrice. Il croit que ces hématuries peuvent être expliquées par une légère infection de la suture rénale. L'incision exploratrice du rein rencontre dans certains cas des difficultés insurmontables, dues à des adhérences très fortes entourant tout l'organe.

Comme exemple des dangers de la néphrectomie, il cite le cas d'un malade qui avait subi depuis quelques mois cette opération, et qui succomba à une pneumonie accompagnée de manifestations urémiques. Il ne lui semble pas impossible que la néphrectomie ait été la cause indirecte du dénouement fatal.

De l'examen des fonctions du rein avant les interventions sur cet organe.

M. Kümmell. — Un des moyens les plus sûrs que nous possédions pour déterminer le fonctionnement de chaque rein est certainement le cathétérisme des uretères. Cependant ce procédé est parfois insuffisant. Or, il existe actuellement des méthodes complémentaires qui promettent de rendre de grands services dans la chirurgie rénale : ce sont le dosage de l'urée, la détermination du point de congélation du sang, de l'urine totale et de celle de chaque rein recueillie isolément; enfin, le dosage du chlorure de sodium.

Cette dernière méthode est compliquée et n'offre que peu d'avantages. Le titrage de l'urée est simple, mais ne fournit pas non plus de résultats décisifs. On peut dire, cependant, que l'abaissement du taux de l'urée au-dessous de 16 grammes par jour est le signe d'une insuffisance rénale grave, contre-indiquant la néphrectomie. Le moyen d'investigation le plus précis est certainement la détermination du point de congélation du sang. Cette méthode, étudiée tout d'abord par M. von Korányi, est basée sur ce fait que le point de congélation du sang baisse dès que ce liquide est chargé de certaines substances évacuées normalement par les reins. Le fonctionnement de l'appareil rénal peut être considéré comme suffisant, lorsque le point de congélation du sang est de — 0°56, ce chiffre pouvant varier entre — 0°55 et — 0°58. Dès que ce dernier point est dépassé, il existe une insuffisance rénale qui contre-indique la néphrectomie. Cette règle, établie par M. von Korányi, a été reconnue exacte dans 6 cas opérés dans mon service. La détermination du point de congélation du sang est relativement facile, mais elle exige une saignée de 30 c.c. L'examen du point de congélation de l'urine, étudié tout d'abord par M. Albarran, est moins important. Je crois pouvoir conclure cependant de mes recherches qu'un abaissement au-dessous de — 0°9 constitue à peu près la limite compatible avec un fonctionnement normal du rein. Il est important de recueillir séparément les urines de chaque rein pour pouvoir comparer la valeur fonctionnelle des deux organes.

J'estime que, dans la plupart des cas, la détermination du point de congélation du sang suffit, et qu'il ne faut recourir à l'examen du point de congélation de l'urine de chaque rein, après cathétérisme des uretères, que lorsque l'examen du sang n'a pas fourni de résultats concluants.

Ces méthodes sont évidemment encore trop récentes pour qu'on ait pu les vérifier dans un grand nombre de cas; je crois donc qu'il serait de toute utilité que les chirurgiens les missent en pratique, ce qui permettrait de mieux déterminer leur valeur clinique.

Sur un cas opéré d'exstrophie vésicale.

M. Anschütz (de Breslau) présente un malade atteint d'exstrophie vésicale avec vessie rudimentaire et épispadias pénien, chez lequel M. von Mikulicz a pratiqué l'implantation d'un segment d'intestin grêle sur la muqueuse vésicale. L'anse intestinale avait d'abord été isolée de l'intestin, puis fermée d'un côté et implantée par l'autre bout dans la paroi abdominale, juste au-dessus du rudiment de vessie; on réunit alors l'extrémité ouverte de cette anse au bord de la vessie par plusieurs opérations successives, et on obtint l'obturation complète à l'aide du procédé habituel de glissement médian de deux lambeaux latéraux après désinsertion des muscles grands droits. Quant à l'épispadias, il fut traité par la méthode de M. von Mikulicz: une incision sépara les corps caverneux au niveau de la face inférieure et permit de fermer le sillon pénien dorsal au moyen d'une suture. Le malade porte une pince qui comprime l'urèthre et remplace ainsi le sphincter.

M. Trendelenburg (de Leipzig) estime qu'on peut se passer dans la plupart des cas de cette opération autoplastique compliquée, qui consiste à emprunter la paroi intestinale; la méthode qu'il préconise est basée sur le rapprochement des deux os iliaques grâce à une séparation artificielle de l'articulation sacro-iliaque. L'orateur dit que cette méthode lui a fourni d'excellents résultats dans un grand nombre de cas. Cependant les malades n'ont jamais pu retenir leur urine pendant plus de deux heures, ce qui tient probablement à ce que les os iliaques s'écartent de nouveau lentement, en produisant une séparation des tissus au niveau de l'urèthre artificiel. Il a essayé, dans ses dernières opérations, de remplacer l'écartement des symphyses sacro-iliaques par des fractures artificielles produites dans l'os iliaque même, espérant obtenir ainsi un rapprochement plus durable. Pour pallier les inconvénients de l'incontinence relative chez ses opérés, il les munit d'un appareil se composant d'un double bandage herniaire avec une petite pelote médiane en caoutchouc qui presse sur l'urèthre.

M. von Mikulicz (de Breslau) est d'avis que la méthode de M. Trendelenburg est insuffisante lorsque le réservoir vésical est réduit à des dimensions rudimentaires, comme c'était le cas chez le sujet qui vient d'être présenté. Il pense, en outre, que le suc intestinal sécrété par l'anse implantée sur la vessie, exerce une action antiseptique et lutte ainsi contre l'infection des voies urinaires que l'on constate dans beaucoup de faits d'exstrophie.

M. Enderlen (de Marbourg) fait connaître le résultat des expériences qu'il a instituées pour savoir ce que devient la paroi intestinale implantée dans une perte de substance de la vessie. Il a pu constater chez le chien que l'épithélium de la muqueuse intestinale se conserve intact, même longtemps après la guérison complète de l'opération. Cette méthode présente, cependant, certains inconvénients qui s'opposent à son utilisation étendue dans la pratique chirurgicale.

M. Reichel (de Chemnitz) présente un homme qui a été opéré, sans récidive, pour des chondromes bénins du genou d'origine traumatique.

M. Sudeck (de Hambourg) communique une série d'études qu'il a faites, à l'aide de la radiographie, sur les différentes formes d'atrophie du système osseux.

Dr F. DE QUERVAIN,
Chirurgien de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds.

(A suivre.)

VINGT-NEUVIÈME CONGRÈS

DE LA

SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 18 au 21 avril 1900.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

Traitement conservateur des fibromyomes utérins.

M. Olshausen (de Berlin). — La chirurgie de plusieurs organes a passé par des périodes d'un radicalisme exagéré, pour revenir à des principes plus conservateurs : j'en citerai comme preuve la chirurgie du corps thyroïde. Ces tendances doivent être étendues aussi dans une certaine mesure à la chirurgie des fibromyomes utérins. Ainsi, je crois que la conservation de l'un ou des deux ovaires, au cours de l'ablation totale ou partielle de l'utérus pour fibromyomes, est amplement justifiée par les symptômes très pénibles de la ménopause provoquée par la castration chez des malades encore jeunes. Je conserve donc de parti pris au moins un ovaire toutes les fois que la malade n'a pas atteint ou n'est pas sur le point d'atteindre l'âge de la ménopause.

La méthode conservatrice peut être appliquée encore dans le traitement des fibromyomes qui intéressent seulement la partie cervicale de l'utérus. Dans des cas de ce genre, j'ai implanté le corps de l'utérus directement dans le vagin, après avoir pratiqué l'ablation du fibrome par la voie abdominale.

Je voudrais aussi insister sur l'utilité de l'énucléation des myomes, même multiples. J'ai pratiqué cette intervention 29 fois au cours des trois dernières années, avec un seul décès. Cette opération, rejetée par nombre de gynécologistes, devrait être utilisée plus souvent, son pronostic ayant bénéficié largement des progrès de l'asepsie et des améliorations de la technique opératoire. L'énucléation n'est pas plus dangereuse que l'amputation supra-vaginale; elle l'est certainement moins que l'extirpation totale par la voie abdominale; elle permet, d'autre part, des grossesses ultérieures. Il m'est même arrivé de laisser quelques petits noyaux myomateux chez des femmes approchant de l'âge de la ménopause, et j'ai pu constater que ces noyaux sont restés stationnaires pendant de très longues années. La seule condition essentielle pour le succès de l'énucléation est une suture par étages, très minutieuse, de la cavité résultant de l'ablation de la tumeur.

Les tendances conservatrices doivent se manifester enfin dans le choix des cas à opérer. La proportion du nombre des interventions à celui des malades observées varie dans une assez grande mesure suivant les auteurs. Les indications que j'admets pour l'opération des myomes m'ont permis d'intervenir seulement dans 16.5 % des cas de ma clientèle particulière. J'estime que tous les chirurgiens qui dépassent notablement cette proportion font trop bon marché des dangers de l'opération.

Extirpation de la rate pour splénomégalie.

M. Bessel-Hagen (de Charlottenburg). — A l'heure actuelle, on trouve dans la littérature médicale 247 observations de splénectomie. Même en déduisant les cas où l'opération fut pratiquée pour simple stase splénique ou pour leucémie — indications qui ne sont plus admises aujourd'hui —, nous trouvons que la mortalité s'élève encore à 18 %; elle pourra être abaissée par un choix plus judicieux des malades à opérer.

Si la splénectomie est admise sans conteste pour certains traumatismes, pour les néoplasmes et la suppuration de la rate, ainsi que dans des cas de rate mobile douloureuse, il n'en est pas de même pour les splénomégalies paludéennes et idiopathiques.

La question de l'extirpation de la rate paludéenne n'est pas encore tranchée d'une manière définitive. J'estime cependant que la mortalité opératoire est assez faible pour qu'on intervienne quand il peut en résulter un avantage pour le malade. Quant à l'hypertrophie dite idiopathique, elle a été traitée 13 fois jusqu'à présent par l'extirpation, avec un seul décès. Ces résultats nous autorisent donc à opérer toutes les fois que nous pouvons constater que l'hypertrophie de la rate est préjudiciable à la santé du malade, ce qui me paraît être plus fréquent qu'on ne le croit généralement. Cette hypertrophie idiopathique est encore, à l'heure actuelle, d'origine tout à fait inconnue. Je crois cependant pouvoir la rapprocher, dans une certaine mesure, d'une affection décrite en Italie, et caractérisée par une hypertrophie splénique accompagnée de cirrhose hépatique. Il ne serait pas impossible que l'extirpation de la rate arrêtât alors la dégénérescence du foie. Le nombre des cas de cette affection opérés jusqu'à ce jour est de 15 avec 3 décès. Dans 2 de ces faits à issue fatale, le diagnostic n'était d'ailleurs pas absolument certain, et le troisième malade a succombé à une affection indépendante de l'opération.

Je vous présente ici une femme qui me semble avoir été atteinte de cette maladie. Elle offrait une hypertrophie notable de la rate, une légère hypertrophie du foie et un peu d'albuminurie, mais pas d'ascite. Je pratiquai la splénectomie et retirai une rate pesant 2,050 grammes. L'examen histologique permit de constater une hypertrophie diffuse de tous les éléments. La malade se remit sans autre complication qu'une pneumonie attribuable à l'éthérisation. L'albuminurie disparut, et l'état général s'améliora.

Nécrose du pancréas et glycosurie.

M. Brentano (de Berlin) montre une jeune fille qui, après avoir présenté des symptômes d'ulcère de l'estomac, fut amenée dans le service de M. Körte avec les signes d'un abcès sous-diaphragmatique gauche. L'orateur pratiqua l'ouverture de l'abcès et vit sortir au bout de six jours un fragment de tissu nécrosé présentant la forme du pancréas : ce diagnostic fut confirmé par l'examen histologique. La malade quitta le service avec une fistule donnant issue au suc pancréatique; il existait une glycosurie de 2.5 %. La fistule se tarit au bout de quelque temps; puis il se forma, dans la cicatrice, un abcès qui fut incisé; la malade guérit définitivement, mais son diabète persista. M. Brentano estime qu'il s'agissait dans ce fait de la perforation d'un ulcère de l'estomac avec infection et gangrène secondaire du pancréas.

Les observations montrent que les cas de nécrose du pancréas ne doivent pas être opérés au début, mais seulement après la disparition des premiers symptômes violents, et après la formation d'un abcès. Tous les cas opérés pendant la période aiguë ont été suivis de mort.

Kyste du pancréas opéré avec succès.

M. Bessel-Hagen présente une jeune malade opérée par lui pour un kyste du pancréas dans des conditions très anormales. Le kyste étant recouvert sur toute son étendue par l'estomac, M. Bessel-Hagen décida de l'évacuer à travers cet organe. Il pratiqua pour cela une incision de 5 centimètres dans la paroi stomacale antérieure, puis une autre incision dans la paroi postérieure, suffisamment large pour qu'on pût introduire le doigt. Le liquide provenant du kyste renfermait des fragments nécrosés de tissu pancréatique. L'orateur fixa ensuite la poche à la paroi abdominale, du côté gauche de la grande courbure, après résection des côtes attenantes, et sutura les incisions stomacales. Le malade guérit et augmenta de 10 kilos au cours des deux premiers mois après l'opération.

Sur les récidives après opérations pour calculs biliaires.

M. Kehr (de Halberstadt). — Les principaux reproches faits par les médecins au traitement chirurgical de la cholélithiase se rapportent à la possibilité de récidives. Je me suis donc appliqué à étudier cette question pour les malades que j'ai opérés depuis dix ans. Le nombre des cas sur lesquels j'ai obtenu des renseignements est de 302. Chez aucun de mes opérés, je n'ai pu constater une vraie récidive, c'est-à-dire une néoformation de calculs; mais chez 15 % d'entre eux j'ai observé ce que j'appellerai des pseudo-récidives, c'est-à-dire des troubles de différente nature provoqués soit par des calculs qui avaient été laissés involontairement dans les voies biliaires lors de la première opération, soit par des adhérences, soit enfin par des hernies ventrales.

Il est évident que la possibilité de vraies récidives ne saurait être niée d'une façon absolue, étant donné que l'intervention opératoire n'a aucune influence sur la prédisposition du malade à former des calculs. Je crois pouvoir affirmer cependant que les calculs trouvés après l'opération n'étaient pas néoformés, mais qu'il s'agissait de concrétions laissées dans les voies biliaires lors de la première intervention, à l'exception des rares cas où j'ai constaté la formation de calculs autour d'une ligature pénétrant dans les voies biliaires. Dans la plupart des faits, les douleurs accusées par les malades n'étaient point causées, du reste, par des calculs, mais par des adhérences, et ceci surtout chez des sujets ayant subi antérieurement la cholécystostomie. D'autres fois, il s'agissait de symptômes inflammatoires au niveau de la vésicule biliaire. L'examen bactériologique pratiqué dans ces circonstances me permit toujours de constater la présence d'un liquide plus ou moins purulent qui renfermait le colibacille. Quant aux hernies ventrales post-opératoires, je les ai constatées dans 7 % des cas, plus souvent après la cholécystectomie qu'après la cholécystostomie. Pour ce qui est des fistules biliaires permanentes, je n'en ai rencontré qu'une seule fois chez une malade ayant subi l'extirpation de la vésicule.

La plupart de ces complications seraient évitées si nous pouvions intervenir à l'époque où les calculs n'ont pas encore causé de complications secondaires. Je crois, cependant, que nous n'arriverons jamais à opérer à une époque aussi précoce, la plupart des malades ne voulant pas se décider à subir une intervention qui ne leur paraît pas urgente.

Les résultats de mon expérience, surtout en ce qui concerne la fréquence des symptômes douloureux et des récidives d'inflammation après la simple cholécystostomie, m'ont engagé de plus en plus à remplacer cette opération par la cholécystectomie, toutes les fois que la vésicule biliaire est le siège d'altérations inflammatoires. La cholécystectomie doit être combinée dans ces cas avec l'ouverture large des voies biliaires et avec le drainage des canaux hépatiques. Cette opération est certainement plus dangereuse que la simple cholécystostomie, mais elle met le malade, beaucoup mieux que celle-ci, à l'abri des complications ultérieures et des symptômes douloureux produits par l'adhérence de la vésicule biliaire à la paroi abdominale.

M. Löbker (de Bochum). — J'ai préconisé dès le début la cholécystectomie pour la plupart des cas de cholélithiase, de sorte que mes indications opératoires n'ont pas subi de variation sensible. J'ai été amené à préférer la cholécystectomie par ce fait que je conseille l'opération uniquement dans les cas où il existe des complications et où la vésicule biliaire a subi des altérations pathologiques, et aussi par l'observation d'une trentaine de cas de cancer de la vésicule biliaire, tous consécutifs à la cholélithiase.

Quant aux récidives, je partage l'opinion émise par M. Naunyn, à savoir que la cholélithiase ne constitue pas un processus chronique, mais qu'il s'agit généralement d'une seule et unique formation de calculs. Je n'ai observé parmi mes opérés qu'un seul fait de vraie récidive. Il convient cependant de ne pas oublier que les calculs remontent parfois, dans les cas d'obstruction du cholédoque, jusque dans les canaux hépatiques. Dans d'autres faits, ces derniers sont remplis d'une masse semi-liquide formée par de la bile épaissie, en passe de former des calculs. C'est dans des cas de ce genre que le drainage des canaux hépatiques constitue le complément indispensable de la cholécystectomie.

Pour le traitement des complications post-opératoires, je crois que la gastro-entérostomie est très utile quand il existe des adhérences.

Depuis que je pratique l'incision médiane, je n'ai presque plus observé de hernies ventrales.

M. Petersen (de Heidelberg). — Les expériences faites à la clinique de Heidelberg confirment les recherches de M. Kehr en ce qui concerne la nature des récidives. Nous avons également constaté que les vraies récidives sont très rares, tandis que les symptômes accusés par les malades après l'opération proviennent généralement, soit de calculs laissés dans les voies biliaires, soit de hernie ou d'adhérences.

La cholécystectomie présente l'inconvénient de priver l'opéré d'un organe utile pour le trai-

tement des obstructions produites par les calculs restés dans les voies biliaires; il est, en effet, plus difficile de réopérer ces cas après ablation de la vésicule. Je rappellerai, à ce propos, les recherches bactériologiques faites à la clinique de M. Czerny, et qui montrent que le drainage prolongé après la simple cholécystostomie ramène au bout d'un certain temps de la bile aseptique.

M. Körte. — Je suis d'accord avec M. Kehr et M. Löbker sur l'utilité d'enlever la vésicule biliaire dès qu'elle présente des altérations inflammatoires et de pratiquer le drainage. Mais j'ai fait l'expérience que le drainage ne ramène jamais les calculs renfermés dans les voies biliaires, et que ces derniers nécessitent une nouvelle intervention. Quant aux indications opératoires en général, je suis également de l'avis de M. Löbker, et je réserve l'intervention pour les cas où il existe des symptômes inflammatoires.

M. Rehn pense aussi qu'il ne faut opérer que lorsqu'il s'est produit des complications inflammatoires. Il rappelle ce fait, important dans l'interprétation des récidives, à savoir que les calculs biliaires peuvent se former non seulement dans la vésicule, mais aussi dans le foie lui-même.

Résultat du traitement de l'hypertrophie prostatique par la méthode de Bottini.

M. Freudenberg (de Berlin) communique une statistique des cas d'hypertrophie prostatique traités par la méthode de Bottini et recueillis dans la littérature médicale. Cette statistique porte sur 683 opérés avec 38 décès, dont 9 ne peuvent être attribués à l'intervention. Les résultats de cette dernière ont pu être contrôlés dans 666 cas; 42 fois, le succès a été nul; chez 624 malades, on a constaté soit la guérison, soit une amélioration; le nombre des guérisons est à peu près le double du nombre des cas simplement améliorés.

Quant au manuel opératoire, M. Freudenberg a pratiqué autrefois la cautérisation de la prostate après évacuation de la vessie. Ce procédé ayant amené un décès à la suite de l'ouverture d'un pli de la vessie, il opère actuellement après avoir rempli d'air la cavité vésicale. Il insiste tout particulièrement sur la nécessité qu'il y a de contrôler la position de l'instrument, avant de cautériser, à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum.

Comme traitement post-opératoire, l'orateur est revenu à l'emploi de la sonde à demeure pour les malades présentant des hémorrhagies ou atteints de fortes cystites, et pour tous les patients chez lesquels l'introduction d'une sonde présente des difficultés. Il est de toute importance de ne pas se contenter de succès incomplets, mais de répéter l'intervention deux ou trois fois, en menant des incisions assez longues et assez profondes et en divisant toutes les parties qui peuvent concourir à former l'obstacle, sans omettre le lambeau antérieur quand il existe. Comme longueur, les incisions ne dépassent généralement pas 3 centimètres, mais elles peuvent atteindre cependant, dans des cas exceptionnels, jusqu'à 5 centimètres. Quant aux récidives, M. Freudenberg n'en a vu qu'une seule; aussi estime-t-il qu'elles sont très rares.

M. von Frisch (de Vienne) estime que l'opération de Bottini ne donne pas des résultats aussi satisfaisants que l'indique la statistique de M. Freudenberg. C'est au contraire, d'après lui, un traitement absolument incertain, et dont le succès ne saurait être prédit dans aucun cas. Cette incertitude résulte surtout de ce qu'on ne sait jamais exactement où siège l'obstacle. M. von Frisch croit que la section du sphincter vésical constitue un élément important pour le succès de l'opération. Il a appliqué le procédé de Bottini dans 25 cas, avec 2 récidives accompagnées toutes deux de la formation de calculs.

M. Kümmell est d'avis que le traitement de Bottini mérite cependant d'être appliqué, même s'il n'est pas capable de guérir tous les cas. Il s'agit avant tout de pratiquer des incisions profondes et énergiques. L'orateur pense qu'une grande partie des insuccès doit être attribuée à l'insuffisance de la technique.

Traitement opératoire des ruptures de l'intestin par contusion abdominale.

M. Angerer (de Munich). — La question des contusions abdominales est très vaste; aussi me bornerai-je à étudier ici les ruptures intestinales consécutives à ces traumatismes, principalement au point de vue de leur diagnostic. Les résultats obtenus jusqu'à ce jour dans le traitement de ces ruptures sont loin d'être satisfaisants, ce qui tient surtout à ce que les malades sont opérés trop tard : sur 9 cas je n'ai obtenu que 2 guérisons, chez des patients opérés l'un neuf heures et l'autre cinq heures après l'accident. Les chances de succès diminuent très rapidement, ainsi que l'indiquent toutes les statistiques, à mesure que le temps s'écoule. Il est donc de toute importance de poser le diagnostic aussitôt que possible, car, si l'on attend que le malade présente des symptômes incontestables de rupture intestinale, il se produit généralement une péritonite mortelle malgré la laparotomie. Je discuterai donc brièvement la valeur des principaux signes de ce grave accident, en me basant tant sur mes observations personnelles que sur les faits relatés dans la littérature.

Il faut tenir compte avant tout de la nature du traumatisme, car la rupture intestinale s'observe surtout après un choc très localisé, produit par un corps contondant de volume restreint. L'intestin est comprimé alors entre l'objet vulnérant et la colonne vertébrale, et la rupture se produit par une sorte d'écrasement. Aussi rencontre-t-on la lésion intestinale chez les sujets à parois abdominales minces plutôt que chez les gens obèses.

Quant au syndrome désigné sous le nom de shock, il est important de noter que son intensité initiale ne permet en aucune manière de juger de la gravité du cas, car il peut être très profond sans aucune lésion du tube digestif, tandis que l'on voit, d'autre part, des malades continuer leur travail ou prendre encore leur repas, malgré une lésion considérable de l'intestin. La durée du shock a plus de valeur : toujours passager, en effet, dans les cas de simple contusion, il est plus prolongé et présente souvent même une marche progressive quand la continuité du tube digestif est interrompue. Il importe donc de suivre minutieusement l'état du malade : on doit intervenir toutes les fois que les symptômes du shock persistent pendant quelques heures ou paraissent s'aggraver.

Une augmentation progressive de la fréquence du pouls indique toujours une rupture intestinale. On ne se laissera pas tromper par une amélioration passagère du pouls après le shock initial, car cette amélioration n'exclut point une lésion de l'intestin, si les pulsations redeviennent plus fréquentes dans la suite.

La respiration est généralement superficielle et rapide dans les cas de lésion intestinale, les malades évitant de faire des inspirations profondes.

Les vomissements constituent, d'après mon expérience, un signe de haute valeur, et l'on peut conclure à la lésion de l'intestin toutes les fois qu'ils présentent un caractère persistant. Ils sont, au contraire, très rares dans les cas de simple contusion de la paroi abdominale.

Pour ce qui est de la douleur, elle est assez constante, mais elle peut cependant faire défaut au début. Toute augmentation de son intensité indique une lésion grave et constitue une indication opératoire. Il est donc préférable de ne pas administrer de calmants avant d'avoir posé un diagnostic précis.

La percussion de la paroi abdominale ne révèle tout d'abord aucun symptôme particulier, et la disparition de la matité hépatique, signe d'un envahissement de la cavité abdominale par les gaz, manque dans la plupart des cas. Ce fait s'explique surtout par la forte contraction des muscles abdominaux immédiatement après la rupture intestinale, ce qui ne permet pas aux gaz de se répandre au-dessus de l'intestin et de provoquer du tympanisme. On constatera tout au plus une zone étroite indiquant la présence de l'air entre le poumon et le foie. Le météorisme fait défaut au début, l'intestin étant alors fortement contracté; il ne survient que plus tard, après le développement de la péritonite.

Il n'existe pas non plus primitivement d'exsudat intrapéritonéal, ce dernier étant le signe d'une péritonite déjà établie. La matité produite par une péritonite localisée apparait au cours des jours suivants, souvent d'un seul côté. Quant à l'issue du contenu intestinal, dans bon nombre de cas elle est empêchée au début par une contraction spasmodique de la tunique musculeuse de l'intestin déterminant l'occlusion parfaite des perforations peu étendues et parfois même, pendant quelques heures, des déchirures totales.

Un des signes les plus précieux est la contraction des muscles abdominaux. La défense musculaire s'observe souvent aussi au niveau du crémaster. Elle manque dans la plupart des cas de simple contusion de la paroi abdominale ou du moins elle est alors très passagère. Le péristaltisme intestinal est suspendu pendant les premières heures; il en est de même parfois de l'excrétion urinaire.

En ce qui concerne les selles sanguinolentes, on les observe dans les cas de lésion localisée à la muqueuse intestinale plutôt que lorsqu'il existe une solution de continuité complète.

La pratique montre que, malgré l'observation minutieuse du malade, le diagnostic reste souvent en suspens. Les résultats fournis par l'expectation étant des plus mauvais, j'estime que l'intervention opératoire doit être pratiquée dans tous les cas douteux. On n'hésitera pas à opérer pendant l'état de shock. Mon expérience personnelle, d'accord avec celle d'autres chirurgiens, m'a démontré, au contraire, que l'expectation est infiniment plus dangereuse qu'une opération pratiquée sous anesthésie générale à l'éther, même en plein shock. Le succès des interventions immédiates prouve que le contact du contenu intestinal avec le péritoine, quand il ne dépasse pas quelques heures, n'amène pas nécessairement une péritonite mortelle. Il est donc très important de débarrasser l'abdomen de ces matières septiques avant que la péritonite n'ait pris une extension suffisante pour se manifester par les symptômes classiques.

Pour l'opération elle-même, j'ai renoncé à l'anesthésie locale et je préfère la narcose par l'éther. J'administre au malade les stimulants nécessaires, tels que des injections camphrées ou des injections sous-cutanées de sérum artificiel. J'estime, contrairement à l'avis de M. von Mikulicz, qu'il est préférable de pratiquer d'emblée une incision étendue, les petites incisions exploratrices ne permettant pas de se rendre suffisamment compte de l'état de l'intestin. Il est indispensable d'examiner le tube intestinal sur toute sa longueur: je conseille, à cet effet, de prendre toutes les anses intestinales l'une après l'autre en commençant par le jéjunum, sans les sortir hors de l'abdomen, toutes les fois, du moins, qu'il n'existe pas encore de météorisme. Dans le cas de péritonite, au contraire, j'extrais l'intestin et je fais de grands lavages de la cavité abdominale à la solution physiologique de chlorure de sodium.

Les bords de la plaie intestinale doivent être avivés et suturés. On aura soin de ne pas trop rétrécir la lumière de l'intestin; les déchirures longitudinales seront donc réunies par des sutures transversales, comme on le fait dans la pyloroplastie. En cas de contusion, je préfère la résection transversale du segment lésé, en employant, au besoin, le bouton de Murphy. Si le malade se trouve dans un état de collapsus grave, on peut se borner à l'établissement d'un anus contre nature, pour ne pratiquer la résection intestinale que plus tard. Quant au drainage, je le fais toujours au moyen de grands drains en verre, que je préfère aux mèches de gaze.

M. Rehn. — Je me rallie aux principes énoncés par M. Angerer. Je me rappelle, cependant, avoir opéré un individu qui présentait, après un traumatisme de l'abdomen, des symptômes très graves de rupture intestinale. Je pratiquai la laparotomie et ne trouvai qu'une contraction spasmodique de l'S iliaque sur une longueur de 75 centimètres. Le malade guérit sans incident.

M. Stolper (de Breslau) dit avoir observé 2 cas de fracture de la colonne vertébrale avec compression de la moelle épinière suivie de météorisme aigu, d'une douleur abdominale violente et d'accélération du pouls. Dans le premier de ces faits, on pratiqua la laparotomie, croyant qu'il s'agissait d'une rupture intestinale. L'intestin était cependant intact. Le malade succomba peu après aux conséquences de sa lésion médullaire. Dans le second cas, on s'abstint de toute opération, et les symptômes d'iléus disparurent rapidement.

M. Eichler relate l'observation d'un homme qui présentait, après un traumatisme, une défense musculaire prononcée et des vomisse-

ments persistants. Ces symptômes disparurent le lendemain, et à l'examen détaillé du malade on trouva de nombreux stigmates d'hystérie.

M. Hahn (de Berlin) conseille de réséquer, dans tous les cas de déchirure intestinale par contusion abdominale, le segment intestinal intéressé, afin d'éviter les conséquences fâcheuses de la contusion de l'intestin. Cette précaution est d'autant plus nécessaire que l'opération est pratiquée plus tôt, car il est impossible de se rendre compte, dans les premières heures après l'accident, de la vitalité des tissus contusionnés.

M. Lauenstein (de Hambourg) déclare qu'il a suivi tout d'abord une pratique conservatrice, pour faire ensuite la laparotomie précoce. N'ayant pas obtenu de résultats favorables, il a été amené à individualiser les cas. Il relate les observations d'un certain nombre de blessés chez lesquels, après la disparition de symptômes initiaux graves, on nota, au bout d'un certain nombre de semaines, des suppurations provenant probablement de contusions de l'intestin avec perforation secondaire.

M. Perthes (de Leipzig). — J'ai pratiqué la laparotomie dans 6 cas de rupture de l'intestin par contusion ; 2 malades seulement guérirent : l'un avait été opéré neuf heures, le second trois heures après le traumatisme. Dans les 2 cas, je constatai néanmoins, au cours de l'opération, un commencement d'exsudat fibrino-purulent. J'en conclus que la défense musculaire, observée chez l'un de mes malades quelques heures après l'accident, constitue déjà un symptôme de péritonite.

Pour le diagnostic différentiel entre la péritonite et l'hémorrhagie intra-abdominale, je conseille de déterminer la pression artérielle au moyen de l'appareil de Riva-Rocci. La pression artérielle présente dans les cas d'hémorrhagie une diminution progressive et peut s'abaisser jusqu'à 10 ou même 8 centimètres de mercure, tandis que dans la péritonite cette chute de la pression ne s'effectue que dans les périodes avancées de la maladie.

M. Samter (de Königsberg) dit avoir exécuté la laparotomie dans un cas de contusion abdominale présentant les symptômes classiques de la péritonite purulente. Il ne put constater à l'opération qu'une contusion de l'S iliaque, sans aucune trace de péritonite. Le malade guérit sans incident. Dans un deuxième cas, opéré quinze jours après l'accident pour des symptômes de péritonite, il ne trouva d'autre lésion qu'une contusion intestinale, mais point de péritonite. Le malade guérit également. Dans un troisième fait, enfin, se rapportant cette fois à une déchirure de l'intestin, l'opération fut pratiquée vingt-six heures après l'accident, mais n'empêcha pas l'issue fatale.

M. Sprengel (de Brunsweig) insiste sur l'importance des hémorrhagies produites par les lésions du mésentère.

Il est d'avis que le shock ne constitue pas une contre-indication de l'opération et qu'il faut pratiquer d'emblée de grandes incisions. Dans les cas douteux, il examine le malade d'heure en heure pour intervenir dès que l'un des symptômes cardinaux commence à s'accentuer ou que l'état général du patient s'aggrave.

M. Körte estime que la tension des muscles abdominaux constitue l'un des symptômes principaux, à condition qu'il n'y ait pas de contusion musculaire à ce niveau. Il préfère, comme M. Hahn, la résection intestinale à la simple suture de la déchirure, et il insiste enfin sur ce fait que des épanchements sanguins rétro-péritonéaux sont susceptibles de simuler tous les symptômes d'un début de péritonite.

M. König dit avoir opéré un enfant six heures après le traumatisme, alors que le petit malade présentait déjà une température de 39°. A l'opération, il ne trouva point de déchirure intestinale, mais une contusion du côlon transverse, recouverte d'une membrane fibrineuse. Les anses intestinales voisines étaient déjà injectées. Il pratiqua le tamponnement, et le malade guérit.

De l'entéro-anastomose dans les cas de volvulus.

M. von Bergmann (de Riga). — Il conviendrait, à mon avis, de séparer, au point de vue des résultats du traitement opératoire de l'iléus, les cas d'obstruction de l'intestin par des néoplasmes de ceux où il s'agit d'une occlusion d'autre nature, les chances de succès étant essentiellement différentes dans les deux cas. L'intervention chirurgicale est particulièrement urgente quand il n'y a pas de tumeur, quoique, bien souvent, l'opération la plus précoce soit encore trop tardive. Le diagnostic offre, d'ailleurs, des difficultés sérieuses, et il est impossible d'établir des règles applicables à toutes les circonstances.

Pour ce qui est de l'occlusion intestinale produite par la torsion de l'intestin, la résection est parfois impraticable ; la nutrition du tube intestinal étant compromise sur une trop grande étendue, on serait obligé de pratiquer l'extirpation de la majeure partie du gros intestin. Je conseille de recourir alors à la simple entéro-anastomose. Dans les cas de volvulus de l'S iliaque, que j'ai tout particulièrement en vue, l'abouchement devra être pratiqué entre la portion inférieure de cette anse et le cæcum. Je crois préférable de recourir à la suture intestinale, le bouton de Murphy m'ayant procuré un insuccès. J'observe actuellement 2 sujets traités par ce procédé et chez lesquels les fonctions intestinales s'accomplissent d'une manière absolument normale.

Je possède au total 81 observations de torsion intestinale. Dans 15 cas, les malades guérirent sans opération ; 10 fois ils me furent amenés moribonds ; 56 fois j'ai pu opérer dans des conditions permettant d'espérer un résultat favorable : 14 de ces malades ont guéri. Ce chiffre n'est pas considérable, mais il faut tenir compte que ces sujets auraient certainement tous succombé sans l'opération.

Traitement de la torsion de l'S iliaque par la résection intestinale.

M. Steinthal. — J'ai observé chez une jeune fille un cas de volvulus de l'S iliaque à récidives très fréquentes. Le plus souvent, on obtenait la détorsion à l'aide de grands lavements. Cette méthode ne réussit pas toujours cependant ; aussi fus-je amené à pratiquer une première opération, au cours de laquelle je ne pus me résoudre à réséquer d'emblée l'anse intestinale malade. Une récidive survint au bout de quinze jours, puis se reproduisit plusieurs fois. Je me décidai alors à une nouvelle intervention et pratiquai la résection de l'S iliaque, ce qui amena une guérison définitive.

M. Zöge von Manteuffel (de Dorpat). — Les indications opératoires dans les cas de torsion de l'S iliaque sont différentes, suivant la disposition anatomique du mésentère de cette anse, dont il convient de distinguer trois variétés. Dans la première, le mésentère de l'S iliaque est réuni à celui de la partie supérieure du rectum, et ce dernier organe est relativement mobile. Dans une deuxième catégorie, le rectum ne possède pas de mésentère. Enfin, dans un troisième groupe de faits, le mésentère de l'S iliaque est notablement rétréci par un processus inflammatoire antérieur.

Le volvulus est relativement rare dans les cas de la première catégorie, tandis qu'il est fréquent dans ceux de la deuxième.

Au point de vue du traitement opératoire, la première variété permet de pratiquer facilement la résection intestinale, la partie inférieure de l'anse tordue étant encore pourvue d'un mésentère. Il n'en est pas de même avec la seconde disposition, car la gangrène s'étend souvent jusqu'au commencement du rectum dépourvu de mésentère. Il faut donc se résigner alors à pratiquer soit l'anus contre nature, soit l'implantation du côlon transverse dans l'orifice anal. Quant à la dernière forme, elle permet généralement une résection facile.

Procédé simplifié d'anastomose du tube digestif.

M. Credé (de Dresde). — Après avoir essayé dans un grand nombre de cas les différentes méthodes de gastro-entérostomie, j'ai acquis la conviction qu'aucune d'elles n'est suffisante, et je me suis appliqué à rechercher un procédé de fixation de l'intestin sur l'estomac qui garantit un bon fonctionnement ultérieur et dont le manuel opératoire fût sûr et rapide. Je me suis arrêté, à cet effet, à la gastro-entérostomie postérieure pour tous les cas où elle peut être exécutée, et j'ai établi la technique suivante, grâce à laquelle on n'a pas à placer de sutures intestinales dans la profondeur de l'abdomen :

J'attire l'estomac et le côlon transverse hors de la plaie, et je choisis une anse intestinale située à 30 ou 40 centimètres du pylore ; puis, je pratique sur cette anse, plus près de l'insertion du mésentère que de la convexité, une incision longitudinale d'un centimètre environ. J'introduis par cette ouverture deux plaques allongées, en argent, perforées aux deux bouts, et séparées par un petit tuyau en caoutchouc. Ces deux plaques sont réunies par un fil de soie très fort, passant par les trous de chaque extrémité des plaques, et armé de fortes aiguilles. Je ferme ensuite l'incision intestinale en laissant passer les deux chefs du fil de soie. Puis, je pratique, après avoir effondré la partie correspondante du méso-côlon transverse, une petite incision dans la paroi antérieure de l'estomac, me permettant d'introduire mon doigt et de marquer le point correspondant de la paroi postérieure. Celle-ci est traversée alors par chacune des aiguilles, à une distance égale à celle des trous établis dans les plaques en argent. J'introduis enfin une troisième plaque dans l'intérieur de l'estomac, je fais passer les deux chefs du fil de soie à travers les deux petits orifices qu'elle porte, et je les noue sur la plaque, en serrant autant que possible. La paroi postérieure est appliquée ainsi, par l'intermédiaire de la plaque située dans l'intérieur de l'estomac, contre la paroi intestinale soutenue par les deux plaques que renferme l'intestin. Le tuyau en caoutchouc placé entre ces deux dernières plaques exerce, grâce à son élasticité, une pression constante sur la plaque située dans l'estomac, et finit par amener au bout de cinq à huit jours la gangrène du segment des parois intestinales et stomacales compris entre les plaques, qui tombent ainsi et sont éliminées à travers l'intestin. Je facilite cette élimination en attachant à l'une des plaques situées dans l'intestin une olive en argent qui exerce par son poids une certaine traction.

Il est évident que ce procédé ne permet d'obtenir la communication entre les deux organes qu'au bout de cinq à huit jours, mais j'estime que c'est là un avantage pour la solidité de la réunion, le malade pouvant être nourri d'ailleurs par des lavements. On peut, du reste, perforer les plaques au milieu, et obtenir ainsi une communication immédiate. J'ai appliqué ce traitement 18 fois avec 2 décès seulement, dus l'un à l'inanition du malade, et l'autre à la perforation de la tumeur.

La même méthode peut être utilisée pour l'exécution des différentes variétés d'entéro-anastomose, en se servant de l'application « side to side » (application latérale).

M. Lindner (de Berlin) est d'avis que de nouvelles méthodes de gastro-entérostomie ne sont nullement nécessaires. Il est partisan du procédé de Wölfler qui lui a donné d'excellents résultats dans plus de 100 cas. Le point essentiel, pour arriver au succès, est le choix de l'endroit sur lequel porte l'anastomose. La régurgitation du contenu intestinal et la dilatation de l'anse duodénale supérieure se produisent exceptionnellement et peuvent être évitées ou guéries par l'entéro-anastomose telle que l'a conseillée M. Braun. Il serait donc rationnel de pratiquer cette opération après toute gastro-entérostomie. Il pense, d'une manière générale, qu'il serait plus utile de perfectionner la technique opératoire que d'inventer de nouveaux appareils.

M. Krönlein préfère, comme M. Lindner, la suture à tous les appareils anastomotiques, car elle lui paraît plus sûre. Cet avantage doit l'emporter sur celui d'une durée moindre de l'opération, qu'offre le bouton de Murphy. L'orateur déclare qu'après s'être servi autrefois de la méthode de Wölfler, il a adopté celle de M. von Hacker.

M. von Hacker (de Vienne) croit qu'il n'existe aucune raison de délaisser les méthodes actuelles de gastro-entérostomie. Il a appliqué son procédé dans 60 cas, sans avoir jamais constaté de symptômes sérieux de régurgitation. Il existe d'ailleurs, dans les publications faites sur la gastro-entérostomie, nombre de cas soi-disant opérés par sa méthode, mais n'ayant de commun avec elle que l'implantation de l'intestin sur la face postérieure de l'estomac. Le procédé qu'il a décrit, pour donner les résultats qu'il en a obtenus, doit être exécuté minutieusement d'après ses indications. L'anse jéjunale ne doit être ni trop longue, ni trop courte ; il faut que l'incision porte obliquement sur 4 à 5 centimètres et que la fistule soit établie assez près de la grande courbure.

Traitement du rétrécissement cicatriciel du pylore.

M. Kehr relate l'observation d'une malade chez laquelle il a été obligé de pratiquer la gastro-entérostomie à trois reprises différentes pour un rétrécissement cicatriciel du pylore. L'orifice établi lors de la première opération sur la face postérieure de l'estomac, à l'aide d'un bouton de Murphy, était devenu presque imperméable au bout d'un an. L'orateur pratiqua alors la gastro-entérostomie antérieure d'après la méthode de Wölfler. Au bout de six mois, les symptômes de rétention reparurent et M. Kehr put constater, au cours d'une troisième opération, qu'il s'était formé un éperon et que l'anse inférieure était comprimée par l'anse duodénale supérieure considérablement dilatée. Il remédia à cet inconvénient par une entéro-anastomose, et la malade guérit définitivement.

Sténose congénitale du pylore.

M. Kehr. — J'ai opéré avec succès 2 nouveau-nés atteints de rétrécissement congénital du pylore. Dans le premier cas, l'opération fut pratiquée à l'âge de huit semaines; le nourrisson, qui pesait 4 kilogrammes à la naissance, avait diminué d'un kilogramme. Je pratiquai la gastro-entérostomie d'après le procédé de Wölfler et j'obtins ainsi une guérison complète.

Le second cas fut opéré à la neuvième semaine après la naissance par le procédé de M. von Hacker. Le sujet était dans un état de cachexie complète. Les suites opératoires furent normales.

Les deux petits malades s'étaient bien portés durant les premières semaines de leur vie, et ce n'est qu'au bout d'un mois environ que les symptômes du rétrécissement du pylore commencèrent à se manifester. J'estime que cette affection est plus fréquente qu'on ne le croit généralement, et que, notamment, un certain nombre de faits à issue mortelle sont pris pour des gastrites.

Le nombre des cas opérés publiés jusqu'à présent s'élève à 6, avec 2 décès et 4 guérisons.

M. Löbker. — Le rétrécissement congénital du pylore présente un tableau clinique typique. Les premières semaines se passent normalement, puis les petits malades commencent à vomir et à ne plus avoir de selles, non pas par constipation, mais par inanition. La divulsion du rétrécissement, que l'on serait tenté d'essayer, n'offre aucune chance de réussite, car la sténose s'étend sur une certaine longueur du duodénum. Il ne peut être question non plus, pour la même raison, de pyloroplastie. Le seul traitement qui convienne à ces cas est la gastro-entérostomie, que j'ai pratiquée 2 fois avec 1 succès et 1 décès. La brièveté du mésentère de l'intestin grêle, chez les enfants atteints de cette affection, oblige à pratiquer la gastro-entérostomie postérieure, qu'il faut compléter en fixant l'intestin à la paroi de l'estomac sur une certaine longueur pour éviter la formation d'un éperon.

Le rétrécissement est dû à une hypertrophie de la paroi musculaire du pylore et du duodénum, affectant les caractères d'un véritable myome. Il ne paraît même pas impossible, *a priori*, que cette affection ne puisse présenter une marche progressive. Cependant il n'en est rien, si j'en juge d'après l'un de mes petits patients qui se porte très bien à l'heure actuelle, près de deux ans après l'intervention.

Les enfants opérés doivent être nourris un certain temps encore, au moins en partie, à l'aide de lavements nutritifs; il faut les traiter comme des enfants nés avant terme.

Ulcère du jéjunum après gastro-entérostomie.

M. Körte. — Les communications faites au Congrès de l'an passé par M. Braun et d'autres chirurgiens (Voir *Semaine Médicale,* 1899, p. 134) sur 3 cas d'ulcère jéjunal survenus après des gastro-entérostomies pratiquées pour ulcères de l'estomac, m'engagent à vous présenter les pièces anatomiques provenant d'un sujet que j'avais opéré pour un rétrécissement cicatriciel du pylore, et qui mourut subitement, trois ans plus tard, de péritonite foudroyante. L'autopsie montra qu'il s'était formé un ulcère peptique au niveau du jéjunum. Le fait ne s'étant jamais produit après la gastro-entérostomie pour cancer, je crois que la formation de cet ulcère ne doit pas être attribuée à l'opération elle-même, mais plutôt à la disposition pathologique qui avait déjà déterminé l'ulcère de l'estomac.

M. Steinthal relate une observation dans laquelle la perforation du jéjunum était survenue dix jours après une gastro-entérostomie pratiquée à l'aide du bouton de Murphy pour rétrécissement cicatriciel du pylore. Le malade étant athéromateux, l'orateur croit devoir attribuer la formation de ces ulcères, constatés à l'autopsie, à la dégénérescence des parois vasculaires.

M. Francke rappelle qu'il a récemment recommandé la gastro-entérostomie contre la maladie de Reichmann. Il croit cependant, après les communications de MM. Körte et Steinthal, qu'il y a lieu de ne pas poser cette indication d'une manière trop catégorique, de crainte de voir survenir des accidents semblables à ceux qui viennent d'être signalés.

De l'occlusion intestinale après la gastro-entérostomie.

M. Petersen. — J'ai observé 3 fois, à la clinique de Heidelberg, une complication post-opératoire de la gastro-entérostomie qui n'a encore jamais été signalée. Il s'agit d'un glissement d'une ou de plusieurs anses intestinales entre la portion pylorique de l'estomac et la partie supérieure de l'anse duodénale fixée à l'estomac. Dans la première de mes observations, ce fut une simple trouvaille d'autopsie, car cette dislocation intestinale n'avait produit aucun symptôme pendant la vie. Dans le second fait, la portion d'intestin glissée dans l'anneau formé par l'estomac et le duodénum était plus considérable et avait déterminé une forte compression de la partie supérieure du duodénum. L'opération consista dans la résection du pylore combinée à la gastro-entérostomie; la mort eut lieu par péritonite aiguë. Chez le troisième malade enfin, l'intestin grêle avait passé presque en totalité à travers cet anneau. Il en résulta une thrombose des veines mésentériques avec embolie pulmonaire et gangrène du poumon qui entraîna la mort.

Je crois que la cause principale de cette complication insolite consiste en ce que l'application du bouton de Murphy n'exige pas, comme la plupart des autres méthodes, une fixation étendue de l'anse jéjunale sur la paroi stomacale. On peut invoquer, en outre, le fait que l'on donne facilement à l'anse intestinale, quand on place le bouton de Murphy, une position défectueuse : on fait exécuter, en effet, un mouvement de rotation en avant et à droite à la partie inférieure de l'anse, ce qui prédispose à l'engagement de l'intestin dans l'anneau formé par l'estomac et le duodénum. On devra donc, à l'avenir, raccourcir l'anse duodénale, afin de rendre l'engagement de l'intestin plus difficile.

Quant au bouton de Murphy, nous l'avons employé, à la clinique de M. Czerny, 140 fois sur 180 gastro-entérostomies et nous n'observons plus du tout de symptômes persistants de régurgitation. Il ne faut pas croire que l'application du bouton de Murphy soit plus facile que l'établissement d'une suture intestinale; elle demande une habileté au moins égale, sinon supérieure. Le bouton de Murphy ne constitue donc pas une simplification, mais plutôt un perfectionnement de la technique, et ses avantages résident moins dans la facilité de son application que dans la rapidité de l'opération. Il importe de bien déterminer le point où siégera la fistule. J'ai pu me convaincre que, dans les cas de dilatation moyenne, il n'est pas nécessaire de suspendre l'anse intestinale sur la paroi stomacale par une suture spéciale.

La mortalité est absolument insignifiante dans les cas de rétrécissement bénin, et M. Czerny dispose actuellement d'une série de 43 cas sans un seul décès.

Les kystes congénitaux de la paroi intestinale comme cause d'invagination.

M. Sprengel. — J'ai observé une jeune fille de quinze ans qui présentait depuis quatre ans des crises intestinales douloureuses, périodiques et régulières. On sentait à la palpation une résistance transversale dirigée vers le côté gauche; je crus avoir affaire à une péritonite tuberculeuse avec épaississement de l'épiploon. L'opération montra qu'il s'agissait, au contraire, d'une invagination iléo-cæcale. La désinvagination fut facile; je pratiquai néanmoins, pour obtenir un succès définitif, la résection de l'intestin. Or, en examinant la pièce anatomique, je constatai l'existence d'un kyste tapissé de muqueuse intestinale et situé au niveau de la valvule de Bauhin.

Il me paraît incontestable que ce kyste, de nature probablement congénitale, était la cause de l'invagination; je me demande même si cette affection, si fréquente chez les enfants, n'est pas déterminée souvent par un état de tuméfaction inflammatoire de la valvule iléo-cæcale.

M. Hochenegg a constaté également, au cours d'une opération pour invagination iléo-cæcale, un kyste lymphatique de la grosseur d'une noisette, situé dans l'angle que forment l'iléon et le cæcum, qui avait contribué probablement à la formation de l'invagination. Il extirpa le kyste et pratiqua une anastomose entre la dernière anse de l'iléon et le côlon ascendant, de façon à éviter la récidive de l'invagination. La petite malade succomba néanmoins deux jours plus tard avec des symptômes d'iléus et l'autopsie montra qu'il s'était produit une nouvelle invagination dans le côlon ascendant, laquelle remontait jusqu'à l'orifice anastomotique qui était ainsi obturé.

Des tumeurs inflammatoires de l'épiploon.

M. Braun. — Il existe une affection inflammatoire de l'épiploon, à marche chronique, affectant souvent la forme de tumeurs volumineuses et donnant lieu à des erreurs de diagnostic. Cette affection, peu connue jusqu'à présent, a été décrite cependant par plusieurs auteurs français. On l'observe surtout après la résection de l'épiploon au cours de la cure radicale de hernie ou de certaines affections gynécologiques.

Cette épiploïte chronique est caractérisée par une vive douleur; on note une résistance étendue et parfois des symptômes de rétrécissement intestinal. L'infiltration de l'épiploon, cause de ces troubles, peut disparaître spontanément au bout d'un certain nombre de semaines ou de mois, ou aboutir à la formation d'un abcès. Le traitement doit consister essentiellement dans le repos absolu et l'application de compresses chaudes. On pourra se passer de l'intervention dans les cas où la résolution s'effectue spontanément, tandis qu'on opérera quand il se produit un abcès, ou lorsque la résolution tarde à survenir. Il arrive que l'on trouve, en pareille circonstance, au milieu de l'épiploon tuméfié, un abcès renfermant une ligature à la soie. Quant à la nature de l'intervention, il est généralement préférable de se borner à l'incision de l'abcès plutôt que de pratiquer l'excision ou la résection de l'épiploon.

Le point le plus important est la prophylaxie. On doit éviter ces accidents par une asepsie rigoureuse; dans les cas d'infections, on s'abstiendra de placer des ligatures sur une portion d'épiploon susceptible d'avoir été contaminée par un foyer microbien. Cette précaution est surtout nécessaire dans le traitement des adhérences de l'épiploon avec les organes du bassin chez la femme.

Les effets de la résection de l'épiploon et du mésentère.

M. Friedrich. — Ayant observé à trois reprises un ictère passager après des opérations pratiquées sur l'épiploon, sous narcose chloroformique, chez des sujets du sexe masculin, j'ai fait des expériences sur différents animaux pour étudier ce point. J'ai pu constater que la résection de l'épiploon produit régulièrement chez le cobaye des foyers de nécrose ischémique ou hémorrhagique dans le foie, et parfois des hémorrhagies et des ulcères de la muqueuse stomacale. Je me suis demandé si la narcose ou des lésions mécaniques des organes abdominaux lors de l'opération ne jouent pas un rôle dans la production de ces phénomènes, et j'ai pu constater qu'en l'absence de ces facteurs, la simple ligature des vaisseaux épiploïques peut produire le même résultat. Il s'agit donc très probablement d'embolies lancées dans la circulation de la veine porte et susceptibles d'entraver la nutrition de certaines parties du foie et de la muqueuse stomacale. Ce fait démontre l'importance de la circu-

lation de la veine porte dans la nutrition du foie.

Ces altérations se produisirent beaucoup plus rarement chez le lapin que chez le cobaye, et ne purent être provoquées ni chez le chien, ni chez le chat. Ces différences sont assez difficiles à expliquer; j'ai pu constater que ce n'est point la plus grande agilité du cobaye qui est en cause, comme je l'avais pensé tout d'abord, mais qu'il s'agit plutôt de dispositions individuelles, provenant peut-être des rapports qui existent entre les dimensions de l'épiploon et le volume de l'animal. Les résultats fournis par ces expériences ne suffisent pas à expliquer l'ictère constaté chez mes malades, mais ils engagent cependant à prêter une attention spéciale aux interventions pratiquées sur l'épiploon,

Greffe osseuse pour pseudarthrose du tibia.

M. Grosse (de Halle) relate une observation de pseudarthrose du tibia guérie par M. von Bramann, après plusieurs tentatives infructueuses, au moyen de l'implantation d'un fragment osseux emprunté à un tibia humain fraîchement amputé et stérilisé par l'eau bouillante. Le résultat fut excellent; le fragment osseux fut toléré par l'organisme sans aucune réaction, et la jambe présente actuellement une consolidation complète. La réunion entre les fragments du tibia et la greffe a été vérifiée par l'examen radiographique. Le fragment ostéoplastique paraît avoir subi une organisation complète.

La phonation après extirpation du larynx.

M. Gottstein (de Breslau) présente un malade chez lequel M. von Mikulicz a extirpé le larynx, il y a un an, pour un cancer. L'opération a été pratiquée d'après la méthode de M. Gluck, avec fixation de la trachée dans l'extrémité inférieure de la plaie et obturation complète de la communication entre cet organe et le pharynx. On avait construit pour ce malade un larynx artificiel analogue à celui que présenta M. Gluck au Congrès de l'an passé (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 135), mais le patient ne put s'en servir. On s'efforça alors de lui apprendre à utiliser son pharynx pour la phonation; actuellement, il parle d'une manière très perceptible dans une petite pièce; il arrive même à articuler les voyelles et à donner à sa voix une certaine modulation. Ce fait pourrait surprendre, puisqu'il n'existe aucune communication entre le pharynx et la trachée; mais il s'explique par cette circonstance que le malade se sert de son œsophage et de son pharynx comme réservoirs d'air; on constate, en effet, au niveau de la cicatrice pharyngienne un gonflement manifeste chaque fois que le sujet s'apprête à parler.

M. Gluck (de Berlin) montre 4 malades traités par l'extirpation totale du larynx pour des tumeurs malignes. 3 de ces sujets parlent comme celui qui a été présenté par M. Gottstein, en utilisant leur pharynx, tandis que le quatrième se sert d'un larynx artificiel, composé essentiellement d'un tube introduit dans l'extrémité supérieure de la trachée et amenant l'air dans le nez et le pharynx.

Œdème douloureux de la main et de l'avant-bras incisé quarante-cinq fois.

M. Friedrich montre une femme qui offre, au niveau de la main et du bras gauches, 45 cicatrices provenant d'incisions. Cette malade s'était blessée il y a un an à l'index de la main gauche. Il en résulta un phlegmon localisé au niveau de la main, qui fut incisé par le médecin traitant. Quelques mois plus tard, il survint une tuméfaction douloureuse au niveau de l'avant-bras, traitée de nouveau par l'incision; depuis, des poussées analogues, consistant en une forte tuméfaction accompagnée de douleurs violentes, se reproduisirent à des intervalles plus ou moins réguliers. Les incisions pratiquées par divers médecins, qui crurent avoir affaire à des phlegmons, n'ayant jamais ramené de pus, on supposa qu'il s'agissait d'hystérie; mais la malade n'offre aucun stigmate de cette affection. Bien qu'une biopsie pratiquée lors de la dernière poussée n'ait pas fourni une explication suffisante des manifestations observées chez la malade, il paraît néanmoins très probable à l'orateur qu'il s'agit d'une affection d'origine nerveuse.

Sur les tumeurs tératoïdes de la cavité abdominale et leur traitement opératoire.

M. Lexer (de Berlin).— Le diagnostic des tumeurs embryonnaires de la cavité abdominale présente de grandes difficultés, et n'est généralement précisé qu'au moment de l'opération.

Il convient de distinguer trois catégories de ces tumeurs : la première comprend les kystes dermoïdes formés par une invagination de l'ectoderme au moment de la fermeture de la cavité abdominale. Ces kystes sont généralement situés sur la ligne médiane de la paroi de l'abdomen. Un deuxième groupe est constitué par les kystes dermoïdes provenant des restes du canal de Wolf, qui se rencontrent de préférence dans la région lombaire, et ont une localisation rétro-péritonéale. Ils peuvent cependant siéger aussi au niveau de l'insertion du mésentère, ou entre les feuillets de cet organe. Dans la troisième catégorie, il ne s'agit pas de simples kystes dermoïdes, mais de tumeurs plus complexes, de nature tératoïde, et présentant toutes les phases d'organisation, jusqu'à l'inclusion fœtale complète. Certaines de ces tumeurs sont d'origine ovarienne, bien que détachées complètement des annexes et émigrées dans une partie quelconque de la cavité abdominale. Plus rarement il s'agit, ainsi que nous en avons observé des exemples dans la clinique de M. von Bergmann, de tumeurs embryonnaires développées dans un testicule abdominal. Quant aux tumeurs ne relevant ni de l'ovaire ni du testicule, elles se localisent surtout au niveau du mésocôlon transverse, ou dans le tissu rétro-péritonéal, de préférence du côté gauche de la colonne vertébrale, ou enfin dans l'arrière-cavité des épiploons.

L'étude du développement embryonnaire du tube digestif permet de reconnaître que la localisation des tumeurs des deux premiers groupes est secondaire, la tumeur se formant dans la cavité péritonéale elle-même pour n'arriver que plus tard entre les feuillets du mésentère ou derrière ces feuillets, au moment de leur soudure.

Ces tumeurs tératoïdes renferment toujours les éléments des trois feuillets embryonnaires, et présentent tous les degrés de développement, jusqu'à la formation d'organes complets.

Quant au traitement opératoire, les résultats ont été jusqu'à présent fort médiocres, l'opération n'ayant réussi dans aucun des 3 cas où elle a été tentée. Le fait observé dans la clinique de M. von Bergmann, et que je vais relater brièvement, paraît donc unique jusqu'à ce jour. Il s'agit d'une jeune fille, opérée ailleurs depuis un certain temps pour une tumeur abdominale que l'on prit pour un kyste hydatique. On pratiqua la fixation de la poche au niveau de la paroi abdominale, puis son ouverture secondaire. Le liquide qui s'écoula ne présentait pas les caractères du liquide hydatique, car il était de consistance visqueuse. Il s'établit une fistule persistante, et la malade entra chez M. von Bergmann pour s'en faire délivrer. Nous crûmes avoir affaire aux restes d'un kyste ombilical, mais l'opération nous montra qu'il n'en était rien. La fistule traversait l'épiploon gastro-hépatique pour pénétrer dans l'arrière-cavité des épiploons. M. von Bergmann réussit, non sans difficultés, à décoller la tumeur et à en pratiquer l'extirpation sans léser les organes voisins. La malade guérit; elle est actuellement en parfaite santé.

L'examen de la tumeur démontra qu'elle se composait, dans sa partie solide, de tissu adipeux renfermant des fragments osseux et cartilagineux et plusieurs petits kystes; l'un de ces derniers, entouré en partie de cartilage et renfermant de l'épithélium à cils vibratiles, paraissait constituer un rudiment de bronche ou de trachée. Le diagnostic de tumeur tératoïde fut ainsi établi d'une manière indiscutable.

Traitement du torticolis musculaire.

M. Hoffa (de Wurtzbourg). — S'il est des cas où la simple ténotomie suffit pour obtenir la guérison radicale du torticolis musculaire, il est d'autres malades chez lesquels cette intervention est suivie de récidive; il est donc préférable d'avoir recours au procédé indiqué par M. von Mikulicz, qui consiste dans la résection partielle du muscle sterno-mastoïdien.

Je vous présente 3 sujets chez lesquels j'ai pratiqué cette opération avec un succès complet. Les malades peuvent exécuter tous les mouvements de la tête, qui est maintenue, d'ailleurs, en position normale. Cette méthode offre l'avantage de dispenser de tout traitement orthopédique post-opératoire.

M. Trendelenburg est d'avis que la simple ténotomie fournit des résultats aussi durables, pourvu qu'on l'exécute d'une manière complète en sectionnant le sterno-cléido-mastoïdien avec sa gaine aponévrotique, au lieu de se borner, comme on le fait souvent, à la simple section de la portion sternale du muscle. La ténotomie donne, en outre, un résultat meilleur au point de vue esthétique.

M. Franke (de Brunsweig) rapporte un fait qui montre que l'on peut observer des récidives, même après l'opération de M. von Mikulicz.

M. Bunge (de Königsberg) relate également 2 observations dans lesquelles la guérison ne put être obtenue qu'au prix d'une excision complète du sterno-mastoïdien, la résection partielle ayant été suivie de récidives dues à des cicatrices très étendues et très résistantes.

M. Helferich insiste sur ce fait que le sterno-mastoïdien est avant tout destiné à immobiliser la tête. Ce n'est donc pas par les mouvements habituels de flexion, d'extension et de rotation de la tête que l'on peut juger de l'état fonctionnel de ce muscle, mais par le maintien de la tête quand on fait exécuter des mouvements lents, en ordonnant, par exemple, de relever la tête à des malades couchés horizontalement.

Etiologie de la phlébite des sinus de la dure-mère.

M. Riese (de Berlin). — J'ai eu l'occasion d'observer récemment 2 cas de phlébite des sinus de la dure-mère consécutive à des infections dentaires. Dans le premier fait, il s'agissait d'une femme qui présenta, après l'extraction d'une dent de la mâchoire inférieure, de la protrusion des yeux, un décollement de la rétine et des symptômes cérébraux très graves. La malade succomba, et, à l'autopsie, je trouvai une thrombose purulente des sinus de la dure-mère. Dans le second cas, il s'était formé, après l'extraction d'une molaire inférieure, un abcès local, puis il survint de l'œdème au niveau du cou et des symptômes cérébraux. Je diagnostiquai une thrombose de la veine jugulaire interne et du sinus transverse. Ce diagnostic fut confirmé au cours de l'opération, qui me permit de constater, en outre, que l'infection était arrivée à la jugulaire interne par l'intermédiaire de la veine faciale antérieure remplie de pus. La thrombose s'était étendue au sinus transverse, dont je dus pratiquer l'ouverture. Le malade guérit après cette intervention. L'examen bactériologique fit reconnaître la présence du streptocoque pyogène.

Recherches sur la désinfection des mains.

M. Sarwey (de Tubingue). — J'ai étudié, avec M. Paul, les différents procédés de désinfection des mains, en employant des précautions qui avaient pour but de soustraire les mains, après leur stérilisation, à toute contamination par les microbes de l'air ambiant. Pour arriver à ce résultat, l'examen des mains était pratiqué dans une boîte en fer-blanc; à l'aide de morceaux de bois taillés comme des allumettes et stérilisés, on frottait l'épiderme en divers points, puis on ensemençait des plaques d'agar.

Nos recherches ont porté avant tout sur le simple lavage à l'aide d'eau chaude, de savon et de brosses stérilisés. Cette désinfection fut pratiquée sept fois de suite pendant cinq minutes chaque fois. Nous avons constaté qu'il est impossible d'obtenir ainsi la stérilisation des mains, qui présentent un nombre de germes encore assez considérable, même après le septième lavage.

Dans une autre série d'expériences, nous avons étudié le procédé indiqué par M. Schleich, consistant en l'emploi de savon au marbre pulvérisé; nous avons pu nous convaincre que cette méthode, malgré l'observation stricte des règles indiquées par son auteur, ne donne pas de meilleurs résultats, lors même que la désinfection est pratiquée pendant trente minutes consécutives. La contradiction de ces constatations avec celles qu'a faites M. Schleich lui-même résulte de ce

que les méthodes d'investigation employées par cet auteur ne sont sans doute pas suffisantes.

Nous avons expérimenté aussi la méthode de M. von Mikulicz basée sur l'usage de la teinture de savon. Ce procédé n'amène pas la stérilisation complète des mains. Il diminue cependant dans une proportion très considérable le nombre des germes adhérents à la peau.

Il en fut de même, dans une dernière série d'expériences, de la désinfection par un lavage énergique au savon pendant cinq minutes, suivi d'une désinfection durant cinq autres minutes avec de l'alcool à 96°, d'après la méthode de M. Ahlfeld.

M. Vollbrecht (de Dusseldorf) recommande la solution de savon à l'huile de coco dans de l'alcool à 97°, employée sans eau. Cette préparation, d'une consistance presque solide, agirait de la même manière que la teinture de savon préconisée par M. von Mikulicz et présenterait l'avantage d'être facilement transportable. L'orateur dit en avoir obtenu de très bons résultats; ils ne furent pas meilleurs après l'addition de formaline à cette pâte.

M. Krönig (de Leipzig) est d'avis qu'une stérilisation complète des mains ne saurait être obtenue qu'à l'aide des antiseptiques mercuriels.

Pathologie et traitement des différentes formes de gangrène des extrémités inférieures.

M. Bunge (de Königsberg). — La gangrène dite spontanée des extrémités inférieures, chez des sujets relativement jeunes, a été attribuée par M. von Winiwarter à une endartérite primitive. M. Zöge von Manteuffel, par contre, est d'avis que la cause de cette affection, pour laquelle il propose le nom de *gangrène présénile*, est une artériosclérose produisant des thromboses secondaires : ce serait, d'après lui, l'occlusion de l'artère par le thrombus, et non pas l'endartérite elle-même, qui produirait l'interruption de la circulation artérielle.

J'ai pratiqué un examen microscopique minutieux dans tous les cas de gangrène spontanée, de gangrène sénile et de gangrène diabétique observés à la clinique chirurgicale de Königsberg, et j'ai pu me convaincre que le point de départ de l'occlusion artérielle est toujours une plaque d'artériosclérose localisée au voisinage de l'abouchement des branches secondaires, soit directement à côté de cet abouchement, soit sur la paroi opposée. Ces plaques, qui sont dans la plupart des cas en voie de métamorphose régressive, et qui présentent, principalement chez les diabétiques, des infiltrations calcaires, rétrécissent la lumière de l'artère sans constituer cependant un obstacle suffisant pour produire la gangrène; cette dernière ne survient qu'au moment où l'endartérite se complique de la formation de thrombus, qui, localisés d'abord au niveau des plaques artérioscléreuses, s'étendent ensuite à une grande partie du vaisseau. La nutrition de l'extrémité est compromise d'autant plus rapidement que la thrombose s'établit au niveau de l'abouchement des artères collatérales.

Quant au traitement des différentes formes de gangrène, j'estime que l'amputation devrait être assez précoce, l'expérience ayant prouvé que la thrombose est susceptible parfois de remonter vers les parties centrales de l'artère. J'estime par contre, d'accord avec M. Zöge von Manteuffel, qu'il n'est pas nécessaire de pratiquer dans tous les cas, et de parti pris, l'amputation de la cuisse, car il suffit bien souvent de faire l'ablation audessous du genou.

Il est très important enfin de reconnaître les symptômes prémonitoires de la gangrène, afin d'instituer en temps utile le traitement préventif. J'attribue une grande valeur, à ce point de vue, à l'apparition d'une douleur intermittente pendant la marche et à la disparition ou, du moins, à la diminution d'intensité des pulsations de la pédieuse. Il est de toute nécessité, quand on constate ces signes, d'administrer l'iodure de potassium, qui est susceptible non seulement d'arrêter les progrès du mal, mais même de le faire rétrocéder dans certains cas.

Névromes d'amputation.

M. Kölliker (de Leipzig) présente 2 névromes d'amputation extirpés par lui chez un malade qui souffrait de névralgies intenses au niveau des nerfs sectionnés. L'orateur estime que la présence de ces névromes ne suffit pas à occasionner la névralgie, mais qu'il s'y ajoute des irritations de diverse nature. C'est ainsi que l'un des névromes extirpés présentait une adhérence étroite à l'un des muscles de l'avant-bras, et l'autre à une artère. M. Kölliker pense que, dans ces cas, c'est la traction musculaire ou le battement de l'artère adhérente qui avaient déterminé la névralgie.

De la suture des vaisseaux et des nerfs.

M. Payr (de Gratz). — J'ai expérimenté sur le chien un nouveau procédé de réunion artérielle basé sur l'emploi de tubes en magnésium pourvus d'une rainure circulaire. J'introduis un de ces tubes dans l'extrémité périphérique de l'artère sectionnée, puis je retrousse l'extrémité de cette artère sur le tube, en la fixant au moyen d'une ligature. Je fais glisser alors le bout central de l'artère sur le bout périphérique en pratiquant une nouvelle ligature. Cette méthode permet d'établir le contact au moyen d'une large surface de la tunique interne du vaisseau; on évite ainsi d'avoir à faire le moindre point de suture.

J'ai choisi le magnésium, ce métal présentant la particularité de se dissoudre dans l'organisme. La résorption d'un de ces tubes, pesant 0 gr. 10 centigr., s'opère en moyenne au bout de trois semaines.

J'ai aussi appliqué cette méthode avec un succès complet, sur l'animal d'abord, puis sur l'homme, à la réunion de troncs nerveux sectionnés.

De la coxa vara.

M. Behr (de Hannovre). — M. Sudeck a fait l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 132) une communication dans laquelle il a émis l'hypothèse que la coxa vara est causée par l'insuffisance primitive d'une partie du col fémoral. Cette partie épaissie, en forme de crête, à laquelle M. Sudeck attribue un rôle important dans le maintien de la forme du col, me paraît cependant jouer un rôle tout différent, et ma manière de voir est confirmée par l'opinion de plusieurs anatomistes. Cette crête ne me semble point constituer un élément important dans la structure du col fémoral, car elle dépasse la surface de l'os tout comme les saillies sur lesquelles s'insèrent les tendons et les ligaments. Elle représente plutôt, à mon avis, la ligne d'insertion d'une partie importante des fibres de la capsule articulaire, et je crois que c'est la traction anormale exercée sur cette partie de la capsule dans les cas de coxa vara qui amène une hypertrophie de la crête en question.

Quant à l'étiologie de la coxa vara, j'estime qu'il ne faut pas l'attribuer exclusivement à la station debout avec extension complète du fémur, comme l'admettent la plupart des auteurs. Je crois, au contraire, que des efforts exercés sur le fémur dans la position de flexion plus ou moins complète peuvent également amener l'abaissement du col fémoral, et surtout la rotation de la tête en arrière.

Pathologie et traitement de la fracture de la grosse tubérosité de l'humérus.

M. Wohlgemuth (de Berlin). — La fracture de la grosse tubérosité de l'humérus, comme complication de la luxation de l'épaule, est connue depuis longtemps. Bien que cette affection ait été étudiée déjà par nombre d'auteurs, elle présente cependant quelques points intéressants qui ne sont pas encore complètement élucidés. Il serait particulièrement utile de déterminer si la fracture a lieu avant, pendant ou après la luxation, et ensuite si elle peut se produire indépendamment de la luxation.

Je suis d'avis, comme M. König, que la luxation précède la fracture et que celle-ci est la conséquence d'un mouvement de levier opéré par l'humérus, le bord de la cavité glénoïde étant le point d'appui, la tubérosité représentant le petit bras du levier, et le corps de l'humérus, le grand bras. J'estime aussi, en me basant sur des considérations du même ordre, que, dans les cas peu nombreux de fracture isolée de la tubérosité, il se produit d'abord une subluxation avec réduction spontanée, la fracture survenant ici encore au moment où la tête humérale appuie sur le bord de la cavité glénoïde, alors que le malade s'efforce de faire un mouvement avec son bras luxé.

Quant au traitement, il doit avoir pour but d'éviter la consolidation vicieuse de la fracture, car la tubérosité présente la tendance de glisser toujours vers le haut, comme j'ai pu le constater dans deux cas. La position qui convient le mieux, à ce point de vue, est l'abduction avec rotation en dehors. Le traitement opératoire, consistant soit dans la fixation de la tubérosité à sa place normale, soit dans l'ablation de cette dernière dans les cas anciens où elle s'est soudée en mauvaise position, peut être nécessaire, car le fonctionnement de l'épaule est souvent très compromis après cette fracture.

Topographie des abcès ganglionnaires rétro-pharyngiens.

M. Most (de Breslau). — J'ai étudié la topographie des ganglions et des vaisseaux lymphatiques rétro-pharyngiens, et j'ai pu constater qu'on trouve de chaque côté, chez tous les sujets, un ganglion entre la paroi postérieure du pharynx et la colonne vertébrale, à peu près au niveau de l'amygdale. Dans de rares cas, le nombre des ganglions situés en cet endroit est de deux ou trois. Ces ganglions sont le point de départ des abcès rétro-pharyngiens. J'ai trouvé, en outre, des ganglions très petits situés dans la même région, mais se rapprochant davantage de la ligne médiane. Ces derniers s'atrophient à partir d'un certain âge, et ne se rencontrent plus chez les sujets adultes, tandis que le ganglion principal que je viens de décrire existe sur des cadavres de tout âge. Il est atteint parfois de tuberculose ou de dégénérescence cancéreuse.

Sur un cas de fissure congénitale du nez.

M. Lexer présente un malade atteint d'une fissure médiane congénitale du nez. Cet organe est séparé en deux moitiés assez éloignées l'une de l'autre. Il existe, en outre, des anomalies au niveau de l'œil droit et du côté droit du maxillaire supérieur, ce qui permet d'admettre que la malformation du nez est la conséquence d'adhérences amniotiques et d'une compression d'une partie de la figure par ces adhérences.

M. Göpel (de Leipzig) montre des treillis en fil d'argent fin, destinés à être fixés sur les orifices herniaires, surtout au niveau de l'ombilic et de la paroi abdominale, pour empêcher les récidives. Sur 18 cas traités de la sorte, l'orateur a obtenu 16 succès.

M. Bessel-Hagen préconise, pour le traitement des hernies ombilicales et de la ligne blanche, un procédé qui consiste à former, au niveau des deux muscles grands droits, un lambeau musculaire que l'on fixe ensuite sur l'orifice herniaire au moyen d'une suture.

M. von Eiselsberg communique une série d'observations relatives à des interventions pour des rétrécissements du pylore, particulièrement des sténoses consécutives à l'ingestion de substances caustiques.

Dr F. de Quervain,
Chirurgien de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds.

DIX-HUITIÈME CONGRÈS ALLEMAND
DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Wiesbaden du 18 au 21 avril 1900.

(Suite et fin. — Voir notre précédent numéro.)

Sur la tachycardie paroxystique.

M. Aug. Hoffmann (de Dusseldorf). — L'accès de tachycardie paroxystique débute subitement, le plus souvent sans raison apparente. Le rythme est régulier pendant la crise; par contre, on observe, avant et après, des irrégularités passagères. La tachycardie cesse aussi rapidement qu'elle a commencé. On a invoqué les causes les plus diverses pour expliquer ces accès; mais les recherches anatomopathologiques n'ont jusqu'à présent donné qu'un résultat : elles ont éliminé la myocardite comme condition essentielle de cette affection. On trouve assez fréquemment, il est vrai, de la myocardite interstitielle ou parenchymateuse, mais elle paraît être alors une conséquence du surmenage du muscle cardiaque. La dilatation idiopathique du cœur, considérée par Martins comme

la cause des accès, ne se rencontre pas dans tous les cas.

La sécrétion urinaire présente des caractères particuliers pendant la crise. Un malade qui, immédiatement avant l'accès, a émis, par exemple, une centaine de grammes d'urine d'un poids spécifique supérieur à 1,020, présente, au cours du paroxysme, une polyurie considérable, le poids spécifique de l'urine descendant à 1,002; cette polyurie prend fin avec l'agitation cardiaque; l'urine ne contient pas d'éléments anormaux. On observe, en outre, pendant la crise, de l'inégalité pupillaire, une coloration vive de la peau, des sueurs, quelquefois aussi des vomissements; tous ces symptômes permettent de localiser la cause de l'affection dans le système nerveux central.

Une analyse minutieuse des courbes sphygmographiques m'a conduit à considérer l'accès de tachycardie comme dû à une accumulation de systoles supplémentaires. Cet état pathologique ne doit pas être considéré comme une entité morbide, mais comme la résultante de l'action de différentes causes sur un individu prédisposé. La dénomination de tachycardie paroxystique me paraît impropre, car il faut distinguer l'état du cœur dans cette affection d'avec celui que l'on observe dans les palpitations. Je propose de remplacer ce nom par celui de *Herzjagen*, ou emballement du cœur.

M. Nothnagel. — J'ai le premier attiré l'attention sur les analogies qui existent entre l'épilepsie et la tachycardie paroxystique. Je crois que l'on doit accorder à cette dernière affection les caractères d'une individualité pathologique. En effet, si les facteurs les plus divers peuvent, tout comme pour l'épilepsie, provoquer l'explosion de la crise, il n'en reste pas moins qu'il faut une prédisposition spéciale de l'individu. Souvent, d'ailleurs, nous observons des accès dont il est impossible de reconnaître la cause.

M. Rosenstein. — J'ai publié, en 1872, un fait de tachycardie paroxystique sans dilatation du cœur; or, il suffisait au malade de prendre la position verticale la tête en bas, pour éprouver un soulagement immédiat. Dans chaque cas, on doit examiner soigneusement s'il existe une lésion organique du cœur; ainsi, j'ai soigné un jeune garçon atteint de tachycardie paroxystique, qui présentait une dilatation cardiaque, manifeste surtout à droite du sternum.

J'ai observé, chez un malade, deux accès pendant lesquels on comptait 250 pulsations. Huit jours après, le patient était subitement frappé d'hémiplégie sans perte de connaissance; cet accident paraît avoir été causé par une embolie.

Ictère chronique héréditaire avec splénomégalie.

M. Minkowski (de Strasbourg). — J'ai observé dernièrement un homme atteint depuis l'enfance d'ictère chronique avec tuméfaction considérable de la rate. Le malade n'attachait aucune importance à la coloration anormale de sa peau, le fait étant commun dans sa famille. Une enquête me révéla, en effet, que les deux enfants du patient présentaient depuis leur naissance de l'ictère avec tuméfaction de la rate et coloration brun foncé de l'urine. Le frère du malade et quatre de ses enfants ont aussi de l'ictère chronique et chez les ascendants on a déjà noté, paraît-il, plusieurs cas de cette affection. Cet état semble sans influence sur la santé générale : ainsi, la mère du sujet a dépassé l'âge de quatre-vingts ans. La contrée habitée de tout temps par la famille est indemne de paludisme. L'examen du sang révéla chez mon patient un certain degré de leucocytose; dans l'urine, je trouvai de l'urobiline, mais pas d'hématoporphyrine.

Le malade ayant succombé à une pneumonie, j'ai pu pratiquer l'autopsie. A l'examen macroscopique, le foie ne présentait rien d'anormal, en particulier pas de signes de cirrhose. Au centre des lobules, on constatait la présence d'amas plus ou moins denses de pigment ocre. La rate tuméfiée n'offrait rien de particulier. Par contre, l'écorce rénale avait une coloration brune; traité par le ferrocyanure de potassium, l'organe donnait la réaction du fer; le pigment, accumulé dans les tubes contournés, était de nature albumineuse et contenait une très forte proportion de fer, comme on pouvait s'en convaincre en faisant agir sur lui le sulfhydrate d'ammoniaque à chaud. C'était donc un corps analogue à la ferratine. Les autres organes ne renfermant pas de fer, on ne peut admettre qu'il s'agissait, dans ce cas, d'hémosidérose ou d'hémochromatose ordinaire.

M. Senator. — J'ai eu deux fois l'occasion d'observer de l'ictère chronique avec splénomégalie. Dans les deux cas, on invoquait le paludisme comme cause; or, je n'ai pu constater la présence d'hématozoaires. Hasenclever a publié cinq cas d'ictère chronique dans la même famille.

M. Albu (de Berlin). — J'ai observé plusieurs faits analogues. Chez une femme, entre autres, il existait constamment un léger ictère qui augmentait d'intensité par accès; on notait en même temps de la tuméfaction du foie. Au cours de ces accès, l'affection présentait tous les caractères de la cirrhose; après quoi, l'ictère diminuait et le foie reprenait son volume normal. La malade eut trois de ces rechutes en un an. Elle les attribuait à un refroidissement accompagné d'angine.

La fièvre de Malte.

M. E. Neusser (de Vienne). — Sous le nom de fièvre de Malte, on désigne une maladie infectieuse qui sévit spécialement à Malte, à Chypre, aux îles Baléares, dans les îles de l'archipel Grec, en Asie Mineure, à Gibraltar, en Sicile, en Sardaigne, en Corse, à Gênes, à Naples, en Dalmatie, à Alexandrie, à Tunis et à Alger, mais que l'on a rencontrée aussi sur les côtes de la mer Rouge, aux Indes orientales, aux Açores, aux îles Canaries, au Vénézuéla et à Porto-Rico.

Le début est marqué par une élévation de température qui peut dépasser 40°5, et qu'accompagnent des maux de tête, des douleurs dans les reins et dans les membres, de l'insomnie et de l'inappétence, fréquemment aussi des nausées et des vomissements. En outre, on observe une constipation opiniâtre et des sueurs abondantes, qui ont valu à la forme aiguë de cette maladie le nom de fièvre sudorale et à sa forme chronique celui de phtisie méditerranéenne.

La fièvre dure de une à cinq semaines. Par la suite, il peut survenir des fluxions articulaires, de l'inflammation du testicule et de la glande mammaire et des névralgies diverses. Comme signe caractéristique de l'affection, on a signalé des rechutes se produisant à intervalles irréguliers, ce qui fait que dans certains cas la maladie peut se prolonger pendant des mois et des années.

La fièvre de Malte laisse parfois à sa suite une série de troubles nerveux moteurs et sensitifs, tels que céphalées, douleurs à la nuque et dans le dos, douleurs en ceinture, hyperesthésies, anesthésies, paresthésies, et spécialement des névralgies rebelles du trijumeau, du nerf occipital ou du sciatique. Les réflexes sont diminués ou absents. Tous ces troubles sont dus à des polynévrites avec prédominance des symptômes sensitifs.

Le diagnostic de l'affection est parfois très difficile; on l'a confondue avec la fièvre paludéenne, la fièvre typhoïde, la tuberculose, l'endocardite, spécialement dans les cas accompagnés de douleurs articulaires. La recherche de l'agent infectieux spécifique, décrit en 1897 par Bruce sous le nom de *Micrococcus melitensis*, permet de poser un diagnostic certain. Le sérum des malades possède un pouvoir agglutinant allant de 1 : 20 jusqu'à 1 : 1,000. On ne connaît pas de thérapeutique efficace contre cette affection.

La fièvre de Malte intéresse spécialement les services sanitaires de la marine et des troupes coloniales; les hommes frappés sont condamnés à garder le lit pendant une période moyenne de quatre-vingt-dix jours, et restent longtemps invalides à cause de la fréquence des rechutes.

Interprétation physiologique des arythmies cardiaques.

M. Wenckebach (d'Utrecht). — Les récentes découvertes de la physiologie nous ont permis de pénétrer plus avant dans l'étude des irrégularités du rythme cardiaque. Les contractions du cœur sont sous la dépendance de trois facteurs principaux : 1° l'excitabilité automatique du muscle cardiaque; 2° la faculté que possède la fibre musculaire de transmettre les excitations motrices aux fibres voisines; et 3° la contractilité de la fibre musculaire. Ces trois éléments, quoique autonomes, sont susceptibles néanmoins d'être influencés par le système nerveux. Le trouble survenant dans l'un ou l'autre provoque une arythmie de forme spéciale.

L'excitabilité automatique est très souvent exagérée et se traduit par l'apparition de systoles supplémentaires, qui correspondent, dans la plupart des cas, aux contractions frustes du muscle cardiaque et déterminent, du côté du pouls, les modifications connues sous les noms de pouls bigéminé, trigéminé, etc.

La faculté de transmettre des excitations motrices peut être diminuée ou exagérée. Dans le premier cas, il en résulte un pouls intermittent proprement dit, sans systoles supplémentaires, affectant le type dit allorythmique. Ces intermittences peuvent produire une véritable bradycardie, lorsque de deux excitations consécutives la première reste sans effet, la seconde étant seule suivie d'une contraction du ventricule. Si à cette exagération de la faculté de transmission vient se joindre une augmentation de l'excitabilité de la fibre musculaire, on observe l'état connu sous le nom de délire cardiaque. L'arythmie produite par la diminution de contractilité me paraît correspondre au pouls géminé.

Les troubles de chacune de ces trois fonctions peuvent s'observer isolément ou combinés ensemble. Ils sont durables s'ils résultent d'une altération musculaire, passagers lorsqu'ils sont causés par une influence nerveuse.

Les affections goutteuses de l'estomac et de l'intestin.

M. Grube (de Neuenahr). — Dans la goutte, l'appareil digestif est fréquemment le siège de manifestations morbides auxquelles on n'attache généralement pas l'importance qu'elles méritent. Leur nature est évidente quand on les observe soit chez des malades en puissance de goutte ou ayant eu antérieurement cette affection, soit chez des individus appartenant à une famille de goutteux.

Les manifestations stomacales se présentent sous deux formes principales. Dans un premier groupe de faits, le chimisme gastrique est intact et les malades souffrent simplement de dyspepsie nerveuse avec gastralgie. Dans la seconde forme, au contraire, on note des éructations, des nausées, des vomissements et des douleurs après les repas; l'acide chlorhydrique manque tout à fait ou est en quantité insuffisante; il se produit parfois de l'acide lactique. L'appétit n'est que peu ou pas troublé.

Les troubles intestinaux consistent en constipation et en météorisme; le symptôme principal est constitué par des évacuations alvines très fétides. J'ai observé fréquemment cette fétidité particulière des matières fécales immédiatement avant l'apparition de l'accès de goutte; elle disparaissait, au contraire, après la crise. L'urine contient régulièrement de l'indogène. Les selles sont chargées de mucosités.

M. Minkowski. — Les rapports qui existent entre la goutte et les troubles de l'appareil digestif sont nombreux. Je ne crois cependant pas que l'on soit autorisé à considérer ces troubles comme l'expression d'une localisation de la diathèse goutteuse. Il faut tenir compte du genre de vie habituel des goutteux, suffisant à lui seul pour modifier profondément les fonctions digestives. En outre, les médicaments dont ils font usage, et spécialement les préparations de colchique, irritent fortement la muqueuse intestinale et peuvent provoquer les symptômes en question. L'état pathologique de certains organes, particulièrement des reins, peut aussi se répercuter sur les voies digestives. Il n'en reste pas moins certain que, parfois, on est autorisé à admettre une localisation gastro-intestinale de la goutte. Malgré de nombreuses recherches à ce sujet, nous ignorons encore les conditions qui déterminent la production de ces accidents.

M. von Noorden (de Francfort-sur-le-Mein). — Je crois peu probable, comme M. Minkowski, que les manifestations digestives soient en relation directe avec la goutte. On les observe chez les gens riches, tandis que dans la clientèle d'hôpital elles font entièrement défaut.

M. His. — J'ai rencontré dans la classe pauvre des cas de goutte accompagnés de troubles gastriques. Nous savons qu'au moment des accès

l'acide urique se dépose de préférence dans les articulations et sur les séreuses. Or le péritoine est une séreuse, et une accumulation d'acide urique en ce point peut avoir pour effet d'irriter les parties sous-jacentes et de provoquer ainsi un catarrhe de l'intestin. Cette hypothèse est, il est vrai, difficile à démontrer, vu la rapidité avec laquelle ces dépôts disparaissent. Les documents anatomiques dont nous disposons sont trop peu nombreux pour autoriser une conclusion définitive.

Sur l'hématozoaire de la leucémie myélémique.

M. Türk (de Vienne). — M. Löwit a décrit comme parasites des corpuscules qu'il a observés dans le sang des leucémiques. J'ai pu me convaincre que ces corps soi-disant spécifiques sont produits artificiellement par le traitement auquel on soumet les granulations des cellules lymphatiques du sang. Traitées par des solutions aqueuses de matières colorantes basiques, ces granulations se déforment et l'on obtient des productions identiques aux hématozoaires de Löwit. On peut se convaincre que, dans les préparations traitées par la méthode de cet auteur, le nombre des cellules qui renferment les prétendus hématozoaires correspond au nombre des cellules lymphatiques contenues dans les préparations traitées par un autre procédé. La technique employée par Löwit a de plus pour effet de faire disparaître la plus grande partie des cellules lymphatiques. Enfin, on trouve les corpuscules en question dans le sang normal traité par la méthode de Löwit, pourvu que ce sang contienne des cellules lymphatiques.

Détermination des limites du cœur.

M. Smith. — J'ai expérimenté un procédé subjectif de détermination des limites du cœur qui m'a donné des résultats satisfaisants, mais qui a l'inconvénient de dépendre de la précision des indications fournies par le malade. Si l'on place une électrode indifférente sur un point quelconque de la moitié gauche du thorax et que l'on applique l'autre électrode d'un circuit faradique sur la matité cardiaque, en renforçant graduellement l'intensité du courant, il arrive un moment où le malade accuse à l'intérieur de la poitrine une sensation distincte de celle que provoque l'irritation cutanée. On rapproche graduellement l'électrode exploratrice de la matité cardiaque, ce qui permet de marquer exactement le point où le malade commence à éprouver cette sensation. En explorant de cette façon dans tous les sens, on obtient une figure qui correspond exactement à celle que l'on obtient par la méthode de Bianchi.

Etude statistique sur 200 cas de cancer du tube digestif.

M. I. Boas (de Berlin). — Je me suis efforcé de réunir, suivant un plan arrêté d'avance, les principaux facteurs du cancer du tube digestif, afin que les matériaux ainsi rassemblés présentent l'ordre indispensable à des recherches comparatives fructueuses. Les difficultés qu'offre la statistique du cancer sont si grandes, qu'il est nécessaire de procéder à l'avenir avec une méthode beaucoup plus minutieuse qu'on ne l'a fait jusqu'ici, spécialement en ce qui concerne l'hérédité.

Mes observations personnelles m'ont montré, touchant l'influence du sexe, une prédominance sensible des hommes sur les femmes, spécialement au point de vue du cancer de l'estomac et de l'œsophage. 35 % des cas ont été observés chez des malades âgés de trente à cinquante ans, 60 % concernaient des sujets entre cinquante et soixante-dix ans. Je n'ai constaté l'hérédité que dans 9 % des faits, si bien que j'en suis arrivé à mettre le rôle de ce facteur en doute. L'influence familiale, par contre, qui se manifeste chez des individus vivant en commun, qu'il s'agisse d'époux ou de frères et sœurs, me paraît plus réelle. J'ai pu en recueillir 22 exemples, dont 2 se rapportaient à des cas de vie en commun prolongée. *Ces observations, corroborant des données semblables émanant d'auteurs anglais et français, rendent nécessaires des mesures de prophylaxie spécialement en ce qui concerne les déjections des cancéreux, ainsi que les objets dont ils se servent : vaisselle, couverts, objets de toilette.* Quant au genre de vie, j'ai pu constater, il est vrai, une prédominance du cancer chez des individus se nourrissant spécialement de viande ; mais les végétariens en sont assez fréquemment atteints. L'influence délétère de l'eau-de-vie mérite une mention particulière : je l'ai notée dans 40 % de mes observations. Le traumatisme favorise ou provoque incontestablement le développement des tumeurs cancéreuses de l'appareil digestif. La phtisie, le diabète et la syphilis paraissent agir dans le même sens. L'opinion courante que le cancer frappe ses victimes en pleine santé n'est donc pas justifiée, car de nombreux cancéreux souffrent, longtemps avant d'être atteints, de désordres du tube intestinal.

Un phénomène paralytique curieux chez un hystérique.

M. Fr. Pick. — J'ai eu l'occasion d'observer un phénomène intéressant au point de vue de l'explication des troubles moteurs, spécialement dans l'hémiplégie. Il s'agit d'un hystérique atteint d'hémianesthésie gauche avec perte totale de la conscience des mouvements de ce côté, et chez lequel on note, de plus, une diminution de la motilité du même côté : le malade ne peut lever le bras qu'à la hauteur de l'épaule, et tandis que le dynamomètre marque 50 kilogrammes à droite, il n'en accuse que 15 à gauche. Les yeux fermés, le patient est dans l'incapacité absolue de mouvoir le bras. Les mouvements passifs du bras gauche ne sont pas perçus et ne peuvent être imités à droite. Par contre, le sujet reproduit avec le bras gauche, qu'il est dans l'impossibilité de mouvoir spontanément, les mouvements passifs exécutés par le bras droit. Ce phénomène, que l'on pourrait dénommer *parallélokinésie*, n'a encore été décrit nulle part, autant que j'ai pu m'en rendre compte. Seul, Anton (de Gratz) en fait mention dans la description de 3 cas de lésions localisées à la zône motrice, mais il ajoute expressément qu'il l'a recherché en vain dans l'hystérie. Ce phénomène est aux paralysies motrices ce que l'aphasie motrice transcorticale est aux troubles du langage.

Recherches sur le corps protéique de Bence-Jones.

M. Magnus-Lévy (de Strasbourg). — Mes recherches sur le corps protéique de Bence-Jones m'ont conduit à des résultats notablement différents de ceux qu'ont obtenus les auteurs qui se sont déjà occupés de la question. Tandis que, jusqu'à présent, on a considéré ce corps comme une albumose, j'ai trouvé qu'il se rapproche, tant par les conditions dans lesquelles il se précipite que par ses produits de décomposition, des albumines proprement dites. J'ai réussi à l'isoler à l'état cristallisé. Sa présence pour ainsi dire constante dans certaines variétés de tumeurs de la moelle des os (myélomes) a porté à admettre qu'il se forme dans ces tumeurs elles-mêmes. Cette opinion n'est pas justifiée si l'on tient compte des quantités énormes d'albumine excrétées, et qui peuvent s'élever jusqu'à 70 grammes par jour. Ce corps doit évidemment prendre naissance ailleurs, peut-être dans le foie ou dans la paroi de l'intestin.

Contribution à l'étiologie de la gastro-entérite aiguë des nouveau-nés.

M. Sonnenberger (de Worms). — A côté des intoxications alimentaires produites par l'invasion de bactéries, on doit distinguer toute une série d'intoxications chimiques causées par l'absorption de toxines contenues dans le lait ou dans les différents aliments. Il faut se rappeler, en effet, que la glande mammaire n'est pas seulement un organe sécréteur, mais qu'elle joue aussi le rôle d'émonctoire; les poisons absorbés par la mère peuvent ainsi passer en plus ou moins grande quantité dans son lait. Suivant la qualité du fourrage donné au bétail, le lait animal contient aussi parfois des substances toxiques : ainsi les pousses de pommes de terre contiennent de la solanine, dont les propriétés nuisibles sont connues, et les animaux nourris de déchets de vieilles pommes de terre fournissent un lait impropre à l'alimentation des nourrissons. Il en est de même des résidus de la distillation des alcools de grain, de betteraves ou de pommes de terre. Dans le fourrage des prairies naturelles mal entretenues il se trouve souvent une quantité de mauvaises herbes, vesces, folle avoine, chiendent et autres, inoffensives pour le bétail, mais pouvant communiquer au lait des propriétés qui le rendent nuisible.

Les préparations alimentaires artificielles renferment fréquemment aussi des toxines qui irritent le canal intestinal, si sensible dans les premiers mois de la vie. La gastro-entérite aiguë, qui résulte souvent de l'absorption de ces substances nuisibles, ne peut être évitée que si l'on apporte la plus grande attention à la qualité du fourrage donné aux vaches laitières.

De l'excrétion de l'acétone.

M. Leo Schwarz (de Prague). — J'ai étudié dans un grand nombre de cas les conditions d'excrétion de l'acétone par l'urine et par l'air expiré, chez l'individu sain et chez le diabétique. La quantité d'acétone éliminée par les poumons est parfois considérable. Ainsi, j'ai observé des sujets qui exhalaient pendant des semaines jusqu'à 1 gr. 30 centigr. d'acétone en vingt-quatre heures. Dans un cas, cette quantité s'est élevée à 3 gr. 60 centigr. chez un individu sain. L'air expiré contient régulièrement aussi de l'acétone, à la quantité moyenne de 0 gr. 10 centigr. par jour. Il ne paraît pas exister de relation directe entre l'excrétion de l'acétone et les repas.

Le rapport de l'acétone respiratoire à l'acétone urinaire varie suivant la nature du diabète. Dans le diabète léger, la majeure partie de l'acétone est éliminée par les poumons. Cette quantité diminue proportionnellement à la gravité de la maladie. La suppression des aliments hydrocarbonés a pour effet d'augmenter le taux de l'acétone dans l'urine, chez l'homme sain aussi bien que chez le diabétique. Les produits d'oxydation de la glycose, l'acide gluconique et l'acide saccharique, ont pour effet d'entraver l'excrétion de ce corps. Par contre, on observe une augmentation sensible de l'acétone urinaire chez le diabétique après l'ingestion de grandes quantités de matières grasses, ainsi que j'ai pu m'en convaincre chez 7 malades. Dans un cas, l'absorption de 2 kilogr. 500 gr. de beurre a eu pour effet l'élimination d'une quantité d'acétone supérieure de 25 grammes à celle qui était excrétée d'ordinaire pendant une période de même durée. L'acide butyrique contenu dans le beurre ingéré aurait suffi à produire 45 grammes d'acétone. L'absorption d'acide butyrique a également pour effet d'augmenter notablement la production de ce corps, qui peut donc être considérée comme la conséquence d'une destruction active des matières grasses dans l'organisme.

Recherches sur les fonctions de l'estomac.

M. Straus (de Berlin) expose le résultat de ses recherches sur le point de congélation du suc gastrique (variant entre — 0°38 et — 0°44) et sur la pression osmotique de ce liquide (inférieure à celle du sang). Il pense que la pression osmotique est en relation étroite avec les phénomènes de sécrétion et de résorption gastriques, de même qu'avec les fonctions motrices de l'estomac. La tendance du suc gastrique à maintenir constante sa pression osmotique lui paraît destinée d'une part à protéger l'intestin et de l'autre à empêcher une augmentation brusque de la pression osmotique des liquides organiques.

M. His relate une série de recherches, faites en collaboration avec M. Paul, sur la solubilité de l'acide urique et de ses sels, desquelles il résulte qu'il n'est pas possible de dissoudre les concrétions uriques de la goutte par l'emploi des sels de potasse ou de lithine.

M. Biedl (de Vienne) fait connaître les résultats d'expériences qu'il a faites avec M. Kolisch sur la glycosurie phloridzique.

M. Schott (de Nauheim) fait une communication concernant les effets de l'influenza sur le cœur sain ou malade.

M. Gumprecht (d'Iéna) dit avoir trouvé constamment de la choline (produit de décomposition de la lécithine) dans le liquide céphalo-rachidien, le cerveau et les nerfs.

Dr A. Jaquet,
Professeur à la Faculté de médecine de Bâle.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Necker. — M. Rendu.

Anévrysme artério-veineux de l'aorte.

Au n° 8 de la salle Trousseau se trouve un graveur, âgé de quarante-sept ans, qui est entré dans le service depuis quelques jours. Il présente deux symptômes prédominants : d'une part une oppression très marquée, de l'autre une cyanose qui dénonce une gêne circulatoire évidente. Ce malade ne peut rester dans le décubitus dorsal par suite de l'orthopnée qui l'oblige à dormir assis dans son lit, le thorax fléchi en avant. Il est, d'ailleurs, incapable d'aucun effort. En somme, il donne l'impression d'un sujet atteint d'une maladie de cœur, mais d'une affection cardiaque bien spéciale.

Vous savez que dans les crises asystoliques ordinaires on constate un œdème diffus avec de la cyanose généralisée; les phénomènes sont généralement le plus intenses aux membres inférieurs. Ici, il n'en est plus de même et la différence est bien tranchée entre le haut et le bas du corps. Au-dessous de l'ombilic, en effet, la pâleur des téguments témoigne d'un état anémique assez marqué; on ne voit pas d'œdème, sauf partiellement, au niveau du scrotum. Toute la partie supérieure du corps, au contraire, la face comme le tronc, est œdématiée et cyanosée. Il s'agit d'un œdème dur, peu douloureux, ne formant pas de godet sous la pression du doigt. La peau est sèche, plissée, rugueuse, présentant même un aspect lichénoïde aux bras, sur des points où ont été placés des vésicatoires. Cet œdème prédomine du côté droit, où l'on remarque une voussure thoracique énorme.

La cyanose est variable suivant les régions. Sur le thorax et au cou, la coloration est rosée, hortensia, violet clair. La face est colorée, les pommettes sont injectées, les joues rouges, les lèvres et les oreilles bleuâtres. Les yeux sont saillants, humides et brillants; il y a de la congestion des conjonctives et de l'œdème des paupières. Les pupilles sont égales et normales. Le malade a par instants la sensation qu'un brouillard affaiblit sa vision, mais il n'existe pas d'autre trouble de la vue.

De même que la peau, les muqueuses participent à la cyanose : les lèvres, la langue sont violacées, sans dilatations variqueuses; la luette est grosse, la voix un peu voilée. La déglutition s'opère facilement, mais la mastication est pénible et le malade se plaint d'étouffer en mangeant. Le cou est œdémateux et tendu; les jugulaires sont gonflées et saillantes; le creux sus-claviculaire est effacé.

Sur le thorax, on voit un œdème diffus, surtout du côté droit, et des plaques violacées. Cette région du corps est le siège d'une circulation supplémentaire évidente. Les réseaux veineux disséminés et les pelotons variqueux sont particulièrement prononcés aux parties inférieures du thorax, au voisinage des côtes, dans les régions sus-ombilicale et dorsale.

Les veines se dessinent moins nettement dans les régions sous-claviculaires droite et gauche; les veines épigastriques et abdominales ne participent pas à la circulation supplémentaire.

Les réseaux veineux sont peu développés dans les régions scapulaires, bien que des dilatations variqueuses violacées se montrent là encore sur quelques points.

Une explication satisfaisante de ce syndrome ne peut être donnée que par l'hypothèse d'un obstacle dans la zone d'irrigation de la veine cave supérieure : la stase dans les troncs brachio-céphaliques détermine l'œdème et la cyanose des bras; les phénomènes observés du côté de la face, du cou et du thorax témoignent de la gêne apportée à la circulation dans les jugulaires et dans le système des azygos et des intercostales. Le reflux du sang dans la veine cave inférieure par l'azygos provoque la dilatation collatérale des veines épigastriques et sous-cutanées diaphragmatiques, d'où exagération des plexus variqueux sous-costaux.

Cet obstacle au niveau de la veine cave supérieure étant admis, il reste à en déterminer la cause, la nature et le siège.

L'oblitération ou la compression de ce vaisseau peuvent être réalisées par une tumeur du médiastin : cancer, adénopathie trachéo-bronchique ou tumeur vasculaire, anévrysme par exemple.

Nous pouvons éliminer ici le cancer, qui ne se développe guère que chez des gens âgés, progresse lentement et s'accompagne de phénomènes cachectiques et d'une dyspnée graduelle. Comme la lésion siège en général au niveau des poumons, très rarement dans les ganglions bronchiques, la veine cave supérieure échappe le plus ordinairement à la compression. Le cancer du médiastin s'accompagne souvent d'une adénopathie sus-claviculaire, qui fait défaut chez notre malade.

L'hypothèse d'un lymphadénome du médiastin serait plus plausible. Un pareil néoplasme se rencontre chez des sujets encore jeunes; il détermine des dilatations veineuses, de l'œdème, des suffusions séreuses dans les plèvres et le péricarde. Mais sa marche est lente; la cyanose est peu marquée; on n'observe pas une teinte violacée aussi générale, ni s'arrêtant aussi nettement à la région xiphoïdienne.

Le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique est peu acceptable. Cette affection succède, en effet, à des bronchites répétées, amène du cornage, de la toux sous forme d'accès coqueluchoïdes et s'accompagne peu ou point de cyanose et d'œdème. Son évolution est très lente, sauf dans le cas de poussées de congestion pulmonaire.

Dans le cas particulier que nous étudions, la marche des accidents, l'évolution des symptômes, l'analyse des signes physiques montrent qu'il s'agit d'un anévrysme.

Les accidents sont survenus soudainement, alors que la santé avait toujours été excellente jusque-là. On ne relève pas de maladie infectieuse dans les antécédents du malade. Il n'a jamais éprouvé auparavant d'oppression ni d'angoisse respiratoire; sa profession de graveur est d'ailleurs sédentaire et ne met pas à l'épreuve les fonctions cardiaques ou respiratoires.

Le 17 décembre dernier, il était assis à son atelier, lorsqu'il ressentit brusquement une angoisse très vive, accompagnée de douleur précordiale et de constriction thoracique.

Instantanément, il se développa un œdème énorme du cou et de la face; celle-ci devint violette en même temps que le patient éprouvait une sensation très nette de strangulation et présentait des phénomènes asphyxiques menaçants.

Quelques jours plus tard, son état s'était amendé à la suite d'applications de sangsues, mais il persistait un œdème diffus de toute la région thoracique et des bras; des crises d'étouffement survenaient au moindre mouvement et le malade était en proie à une somnolence insurmontable.

Au bout d'une semaine, l'angoisse diminua en même temps que s'établissait une circulation collatérale et qu'apparaissaient des varicosités commençantes.

Cependant, dans ces huit derniers jours, les accidents dyspnéiques et les crises paroxystiques ont reparu.

Le début si soudain des accidents permet d'éliminer à peu près complètement l'idée d'une tumeur ou d'une adénopathie, mais s'accorde au contraire très bien avec l'hypothèse d'un anévrysme. L'étude des signes physiques que révèle l'examen confirme, d'ailleurs, cette opinion.

L'inspection thoracique montre, en effet, une voussure marquée à droite; mais il n'existe pas de battements appréciables ni de tumeur au niveau de la région aortique.

La main perçoit un *thrill* ou frémissement systolique à la base du cœur, vers le troisième espace intercostal, le long du sternum, à l'origine de l'aorte.

En percutant la base du cœur, on trouve une large zone de matité, qui occupe une étendue de 8 à 9 centimètres dans la région aortique. Cette zone de matité ne s'étend pas beaucoup à gauche, mais elle est considérable à droite; sa limite exacte est d'ailleurs difficile à déterminer, à cause de l'état du poumon droit refoulé par un épanchement pleural.

On entend à la base, dans le second espace intercostal droit, un souffle systolique énorme, rude et râpeux. Par instants, il semble qu'il y ait un second souffle diastolique plus doux; mais l'interprétation en reste douteuse: il s'agit peut-être d'un bruit respiratoire pendant l'inspiration, qu'explique l'état dyspnéique du malade. Le cœur, bien qu'il semble peu hypertrophié, est abaissé et dévié, car sa pointe bat à quatre travers de doigt au-dessous du mamelon et en dehors de la ligne mamelonnaire. Les battements en sont réguliers, normaux; il n'y a pas de souffle à la pointe. On est frappé du contraste qui existe entre la rudesse du souffle de la base et le peu d'étendue de son expansion; il ne se propage que dans le sens de l'aorte.

En même temps que ces symptômes d'importance majeure, on observe encore quelques phénomènes secondaires : les sous-clavières paraissent élevées; la zone de matité remonte très haut sous la fourchette sternale.

Il est évident qu'il existe une grosse ectasie de la crosse aortique, occupant toute la région sternale et comprimant la trachée, car il y a du cornage.

Le souffle ne peut dépendre d'un rétrécissement aortique; il se produit trop haut et est trop étendu. D'autre part, on ne constate ni expansion, ni battements. L'absence de ces signes pourrait faire songer à une oblitération partielle du sac par des caillots ou encore à un épanchement diffus du sang dans le tissu cellulaire du médiastin.

Le pouls est dur, mais non bondissant. On le perçoit malaisément à droite, à cause de l'œdème du bras. Les pulsations radiales des deux côtés ne présentent pas de retard exagéré sur la systole cardiaque et sont égales et synchrones.

Passons maintenant à l'examen des poumons. Du côté gauche, tout est normal. A droite, il existe un épanchement pleural que révèlent une voussure énorme, de la matité, la suppression du murmure vésiculaire, l'égophonie et la pectoriloquie aphone.

Le foie, moins abaissé qu'on ne pourrait le croire, ne dépasse les côtes que d'un travers de doigt.

Il est certain que l'épanchement pleural contribue pour une large part à la dyspnée et aux crises paroxystiques.

En résumé, les notions acquises jusqu'ici par l'examen du malade nous permettent de conclure à une dilatation de la crosse aortique et à une tumeur anévrysmale avec souffle énorme un peu au-dessus de l'orifice aortique. Il existe en même temps un épanchement pleural à droite.

Nous trouvons là une explication suffisante de la dyspnée, mais non de la cyanose, et nous ne saisissons pas encore la cause de la soudaineté des accidents, car la compression de la veine cave supérieure par la tumeur n'aurait guère pu provoquer des phénomènes aussi brusques et, d'ailleurs, cette veine échappe souvent à la compression en pareil cas.

L'apparition instantanée des troubles chez notre malade peut donner lieu à plusieurs interprétations plausibles : le développement subit d'une expansion de l'anévrysme accroissant tout à coup la compression; l'oblitération de la veine cave par un caillot; ou, enfin, la pénétration, par une fissure, du sang de l'aorte dans la veine cave.

La première hypothèse est peu vraisemblable. Une pareille expansion succède à un effort; ici, on ne note rien de pareil; de plus, les battements

deviennent alors brusquement appréciables. Quant à l'oblitération de la veine cave supérieure, elle est beaucoup plus admissible. C'est, en effet, un accident moins rare. Le caillot peut siéger dans la veine cave ou même dans la veine azygos, comme dans le fait qu'a rapporté Dujardin-Beaumetz. Il s'agissait d'un cocher de quarante-trois ans, syphilitique, qui avait ressenti quelques douleurs vagues dans la région sous-claviculaire et avait craché un peu de sang. Un jour, il fut subitement pris d'oppression et de cyanose, la coloration bleuâtre du tronc s'arrêtant à l'abdomen. On constatait chez lui, à la région précordiale, un souffle qui se propageait en arrière le long de la colonne vertébrale. L'autopsie montra que la veine azygos était oblitérée par un caillot.

Quant à l'irruption du sang artériel dans la veine cave, elle est assez fréquente; Pepper et Griffith (1) en rapportent 29 exemples. Ce phénomène succède parfois à l'usure et à l'ulcération des parois, comme dans le cas de Boinet et Vaillard, où une femme de soixante-quinze ans, après un effort, est prise de crises dyspnéiques; il se fait un épanchement pleuro-péricardique; la malade meurt, et on constate à l'autopsie la communication artério-veineuse.

Il peut encore être consécutif à une véritable invagination de l'anévrysme aortique dans le calibre de la veine cave. On en a relaté une observation, en 1898, à la Société anatomique. Il s'agissait d'un menuisier de cinquante-huit ans qui fut pris de défaillances, d'éblouissements et de vertiges, en même temps que se produisait un œdème diffus du cou, du pharynx et de la luette, de la face et du thorax s'arrêtant au rebord costal; on percevait un double souffle aortique. Après la mort, qui survint au bout de cinq jours, on trouva un petit anévrysme cupuliforme qui comprimait la veine cave et l'avait pénétrée par invagination.

Dans tous ces faits, la symptomatologie reste à peu près identique.

Chez notre malade, il est difficile d'affirmer ce qui s'est produit. L'oblitération veineuse n'est pas inadmissible, mais la rupture de l'anévrysme dans la veine, par simple ulcération, est plus vraisemblable, sans que l'effort soit intervenu comme cause occasionnelle. Peut-on tirer quelque indication de la nature du souffle systolique qu'on perçoit ici? Assurément, car son intensité, son timbre râpeux et le fait qu'il est parfois continu avec renforcement systolique rappellent les caractères du souffle des anévrysmes artério-veineux.

Un pareil souffle peut cependant se rencontrer sans qu'il y ait oblitération veineuse, ni communication du sac avec une veine. Il peut alors être produit par le passage du sang dans la poche anévrysmale ou même relever d'un simple rétrécissement en amont du sac. Inversement, il peut faire défaut, alors que la communication artério-veineuse s'est établie (observation de Poulain).

Il est à noter que dans les faits de cet ordre il ne s'agit pas d'anévrysmes considérables, mais de petites ectasies sacciformes, situées à la partie postérieure de la crosse, très adhérentes, et ne comprimant pas la veine cave. C'est ce qui explique l'absence de troubles antérieurs; assez souvent, néanmoins, un examen attentif aurait pu révéler quelques phénomènes prémonitoires. Chez le malade qui fait l'objet de cette leçon, nous n'avons relevé aucun trouble fonctionnel avant les accidents qui ont marqué le début de l'état pathologique actuel.

Puisque nous nous arrêtons au diagnostic d'anévrysme artério-veineux aortique, pouvons-nous préciser le point où siège la communication? Cela ne paraît guère possible. C'est le plus souvent la veine cave supérieure qui est intéressée. Mais l'anévrysme peut mettre aussi en rapport l'aorte avec le tronc brachio-céphalique droit. Tel était le cas dans une observation de MM. Œttinger et Poulain : un maçon de cinquante-cinq ans, sans tare alcoolique ni syphilitique, présentait des signes d'anévrysme latent depuis 1898. Le 15 juin 1899, il fut subitement pris d'une violente douleur précordiale, avec congestion de la face et du cou. Ces accidents n'avaient pas été provoqués par un effort, car le malade était tranquillement assis en train d'écrire; il y a là une analogie très grande avec ce qui s'est passé pour notre patient. Peu après se produisit un œdème considérable envahissant même les muqueuses, avec cyanose de la moitié supérieure du corps et réseau veineux supplémentaire. On n'observait ni voussure, ni souffle à l'auscultation; les bruits cardiaques étaient simplement assourdis. Malgré une saignée, la mort survint rapidement dans le délire, la cyanose de la face progressant toujours et l'œdème ayant envahi les viscères. On trouva à l'autopsie une poche anévrysmale en arrière de l'aorte, grosse comme une orange, adhérente. Le sac était rempli de caillots. Il existait une thrombose de la veine cave supérieure et du tronc brachio-céphalique et une communication entre ce dernier vaisseau et l'aorte par perforation des parois. Dans ce cas, il y avait à la fois oblitération veineuse et anévrysme artério-veineux.

La communication peut s'établir aussi avec l'artère pulmonaire; mais alors les troubles sont plus généralisés encore. Il se développe un œdème pulmonaire précoce avec hémoptysies. La teinte violacée des téguments est générale; l'œdème ne s'arrête pas à l'épigastre et s'étend fréquemment aux membres inférieurs.

Rien dans le cas que nous étudions actuellement n'est favorable à l'hypothèse que l'anévrysme aortique se soit ouvert dans l'artère pulmonaire.

Un anévrysme artério-veineux de l'aorte entraîne des conséquences qu'on peut pour ainsi dire prévoir à coup sûr. L'œdème ne tarde pas à s'étendre au tissu cellulaire du médiastin; il envahit le poumon et la plèvre droite; ces dernières modifications sont peut-être sous la dépendance de la compression des veines pulmonaires au niveau du hile du poumon.

La gêne de la circulation des veines sous-clavière et axillaire détermine de l'engourdissement et de l'œdème du bras.

La stase cérébrale entraîne de la somnolence, des étourdissements, des éblouissements, du délire. Chez notre patient, la somnolence fait défaut et nous n'avons relevé que quelques troubles visuels.

Pour compléter notre diagnostic, il nous reste encore à déterminer la cause de l'anévrysme aortique. Dans le cas particulier qui nous occupe, cette recherche n'est pas aisée; car nous ne trouvons dans les antécédents aucune maladie infectieuse, ni rhumatisme, ni fièvre typhoïde. Il n'existe non plus ni alcoolisme, ni impaludisme, ni syphilis. Il faut cependant faire quelques réserves à propos de cette dernière affection, qui reste souvent méconnue, ignorée; notre homme avoue d'ailleurs avoir eu des blennorrhagies et souvent la suppuration d'une balanite, masquant un chancre, est prise par les malades pour un simple écoulement uréthral. On sait d'ailleurs que la syphilis est un des facteurs les plus communs des anévrysmes aortiques circonscrits.

Quel est l'avenir de cette affection? On peut dire qu'elle est presque fatalement mortelle. Chez notre malade, nous nous trouvons en présence d'une double menace imminente : d'une part, l'accroissement de l'épanchement pleural qu'annonce l'augmentation de fréquence et d'intensité des crises paroxystiques; de l'autre, la tendance à la généralisation de l'œdème, dont témoigne déjà l'envahissement du scrotum.

Cependant, jusqu'à présent, le poumon gauche reste indemne; les reins sont intacts, car les urines ne contiennent pas d'albumine. On connaît des exemples de survie assez longue. Ici, il y a déjà trois mois que les accidents ont débuté; la cyanose et l'œdème sont moins prononcés que les premiers jours. M. Comby a donné l'observation d'un malade présentant des signes d'oblitération de la veine cave supérieure datant de trois ans. Il est probable qu'il ne s'agissait pas d'un anévrysme, mais d'un fibrome ou d'un lymphadénome avec sclérose. On conçoit cependant qu'une pareille éventualité puisse se réaliser avec une poche anévrysmale oblitérée par des caillots. Mais ici le processus est certainement actif.

Deux indications thérapeutiques s'imposent à nous : nous devons combattre les symptômes asphyxiques et nous attaquer à la cause première de l'anévrysme.

L'obligation la plus pressante est d'évacuer l'épanchement pleural. Nous nous sommes assurés qu'il s'agit d'une sérosité citrine et non de liquide sanguin, constatation qui n'est pas sans importance, car des anévrysmes ont été pris pour des épanchements pleuraux.

L'évacuation doit-elle être complète? Non, car il faut éviter des modifications trop considérables de la pression intra-thoracique pouvant décomprimer brusquement la poche anévrysmale. D'ailleurs, une évacuation rapide peut amener une syncope. Il faut donc ne recourir à la ponction que pour obvier au danger immédiat d'asphyxie, et ne vider que partiellement la plèvre, quitte à renouveler l'opération au fur et à mesure que le liquide se reproduit.

Il est douteux que la saignée trouve ici son indication; une syncope serait à craindre; nous y aurions cependant recours dans le cas d'asphyxie excessive.

Quant aux agents thérapeutiques qui pourraient avoir une action sur l'anévrysme lui-même, ils se réduisent à l'iodure de potassium et aux injections mercurielles, étant admise l'hypothèse d'une syphilis ignorée. Il est d'ailleurs peu probable que leur effet soit très efficace.

Le régime lacté presque exclusif contribuera à la diminution des œdèmes.

Enfin les crises de suffocation bénéficieront de l'emploi du nitrite d'amyle, de l'éther ou de la morphine en injections sous-cutanées. Encore faut-il ne manier ce dernier médicament qu'avec beaucoup de circonspection et ne l'administrer qu'à très petites doses, car s'il peut donner quelque soulagement, il peut aussi provoquer un engourdissement qui favoriserait une asphyxie mortelle.

P. S. — Quatre jours après cette leçon, le malade succomba et on put pratiquer l'autopsie qui confirma entièrement le diagnostic porté pendant la vie. Sur le côté droit de la portion ascendante de la crosse aortique existait un anévrysme gros comme une orange. Sa poche s'ouvrait par un orifice arrondi, ayant les dimensions d'une pièce de cinq francs et à bords mousses, dans la cavité de la crosse aortique, dont la tunique interne présentait seulement quelques lésions athéromateuses peu prononcées. Le sac anévrysmal ne contenait que de rares caillots récents, non stratifiés. Les parois de la poche ne dépassaient pas sensiblement, en épaisseur, celles d'une aorte normale; elles étaient même fort amincies sur certains points. A la face interne de l'anévrysme, les lésions athéromateuses étaient très avancées et consistaient en plaques étendues, calcifiées ou chondroïdes, en ulcérations, avec suffusions sanguines. L'amincissement de la paroi était particulièrement marqué au fond du sac sur une étendue ayant à peu près les dimensions d'une pièce de deux francs. Au centre se voyait une perforation qui communiquait avec la veine cave inférieure par sa paroi antérieure, sensiblement au milieu du trajet de ce vaisseau. Cette perforation s'ouvrait par un orifice arrondi, dont le diamètre était celui d'une lentille et dont les bords légèrement irréguliers étaient taillés à pic. La veine cave n'était pas oblitérée par des caillots et les troncs veineux qui y aboutissent n'étaient pas thrombosés.

(1) W. Pepper et J. Crozer Griffith. Varicose aneurisms of the aorta and superior vena cava. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct. 1890.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 avril 1900.

Mécanisme de la sénilité et de la mort des cellules nerveuses.

M. Marinesco. — Le problème de la sénilité et de la mort des différents éléments de l'organisme a, jusqu'à présent, fort peu attiré l'attention des biologistes. Tout récemment, M. Metchnikoff a fait une étude intéressante de cette question : d'après lui, l'atrophie sénile serait le résultat de phénomènes cellulaires intimes, d'une lutte des éléments des tissus, lutte dont le tissu conjonctif sortirait victorieux, les macrophages amenant la disparition des éléments nobles incapables de se défendre. Le moyen d'arrêter cette dégénérescence sénile serait la destruction des macrophages au moyen d'un sérum approprié.

Or, des recherches pratiquées sur un grand nombre de préparations provenant du système nerveux d'individus âgés de soixante à cent dix ans m'ont montré, contrairement à l'opinion de M. Metchnikoff, que l'atrophie sénile est le résultat de modifications intimes qui se passent dans la cellule nerveuse. Ces modifications peuvent se résumer de la manière suivante : 1° raréfaction et désorganisation des éléments chromatophiles donnant naissance à une sorte de chromatolyse sénile, périnucléaire ou diffuse; 2° formation en quantité considérable d'une substance inerte (prétendu pigment de certains auteurs), provenant en grande partie, ainsi que je l'ai montré autrefois, de la destruction des éléments chromatophiles et diminuant la capacité nutritive et respiratoire de la cellule; 3° disparition d'un certain nombre de prolongements de la cellule; 4° diminution variable, peu accentuée en général, du corps cellulaire, aboutissant néanmoins, pour certaines cellules, à une véritable atrophie.

On ne voit donc nulle part, dans ces tissus nerveux de vieillards, des cellules nerveuses dévorées par des phagocytes. Par contre, au cours de divers états pathologiques, surtout lorsque la substance achromatique est désorganisée, les cellules névrogliques se multiplient et envahissent la cellule nerveuse, jouant le rôle de *neuronophages*. Ce processus de *neuronophagisme*, qui dépend d'une altération profonde de la substance achromatique, est très apparent dans certaines myélites, dans la moelle des animaux chez lesquels on a pratiqué la ligature de l'aorte abdominale, etc.

La raison de la sénilité de la cellule nerveuse doit être recherchée, d'après moi, dans un défaut de synthèse chimique qui entraîne une désorganisation de l'élément se traduisant par la réduction de volume et du nombre des granulations chromatiques, par la chromatolyse sénile, par la formation de substance dite pigmentaire, etc. Pour empêcher ces manifestations de dégénérescence, il faudrait stimuler la synthèse chimique de la cellule nerveuse par l'administration d'une substance dynamogénique, par exemple de sérum d'animaux jeunes.

M. Barbieri envoie une note sur l'*hétéroplastie*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 avril 1900.

De l'asepsie opératoire.

M. Quénu. — Je vous ai communiqué l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 109) une étude sur l'asepsie opératoire, insistant en particulier sur les services que pouvait rendre l'emploi des gants en chirurgie. Je désire attirer de nouveau votre attention sur ce point.

Quoi qu'on en ait dit, la stérilisation des mains est impossible à obtenir, et, à ce point de vue, l'usage des gants de caoutchouc simplifie singulièrement notre pratique chirurgicale, car, sans cette précaution, on devrait d'une façon générale renoncer à toute intervention et à toute exploration septique, quarante-huit heures au moins avant une opération aseptique.

La statistique intégrale de mon service pendant le cours de l'année dernière comprend 321 opérations (dont 102 laparotomies) avec 14 décès, parmi lesquels 9 survinrent chez des malades atteints d'affections septiques; des 5 autres, aucun n'est imputable à une faute d'asepsie pendant ou après l'intervention.

M. Rochard. — Je voudrais savoir ce que M. Quénu pense, au point de vue de la stérilisation des mains, des chirurgiens qui fréquentent régulièrement les amphithéâtres d'anatomie.

M. Quénu. — Je crois que la précaution de protéger ses mains avec des gants de caoutchouc est suffisante pour permettre les travaux d'anatomie, ainsi que la chirurgie septique ellemême; mais je considère qu'en règle générale un chirurgien ne devrait jamais pénétrer dans une salle d'autopsie, dont la propreté laisse toujours à désirer.

M. Bazy. — Il m'est arrivé d'être obligé de faire deux laparotomies après l'ouverture d'un phlegmon gangreneux péri-uréthral; sachant que je pouvais arriver à désinfecter suffisamment mes mains, je n'ai pas hésité à opérer, et les deux malades ont parfaitement guéri.

M. Tuffier. — Pour ma part, je refuserais formellement de me laisser opérer par un chirurgien qui aurait fait auparavant une opération septique.

En ce qui concerne l'emploi des gants de caoutchouc, je le réserve uniquement aux interventions et explorations septiques, le considérant comme absolument nécessaire dans ce cas.

Pour les opérations aseptiques, je me sers de gants de fil, et j'ai pu me convaincre que l'usage de ces gants diminue certainement la contamination des mains au cours de l'intervention.

Mais, avant tout, la rapidité de l'acte opératoire est un facteur essentiel dont il ne faut pas oublier l'importance au point de vue de la durée de l'asepsie dans les interventions.

M. Nélaton. — En opposition avec les deux cas heureux que M. Bazy vient de citer, je puis vous rapporter le fait suivant : au mois de janvier dernier, j'ai dû panser moi-même une plaie septique; j'employais pour cela des gants de caoutchouc; or, après être resté quatre jours sans faire ce pansement, j'ai cru pouvoir pratiquer une laparotomie pour une cure radicale de hernie ombilicale, et cette opération a été suivie de mort.

M. Quénu. — Je préfère aux gants de fil ceux de caoutchouc, qui peuvent être nettoyés plus ou moins complètement par immersion dans des liquides aseptiques, ce qui est impossible avec les premiers.

M. Tuffier. — J'estime que, à la fin de l'opération, les gants de caoutchouc sont aussi septiques que les gants de fil.

M. Schwartz. — L'emploi des gants de caoutchouc serait plus répandu si l'on pouvait aisément s'en procurer de faciles à mettre.

M. Guinard. — Si l'on veut mettre rapidement des gants de caoutchouc, il suffit de les remplir préalablement d'eau.

Traitement des anévrysmes par l'extirpation.

M. Pierre Delbet. — Dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 134), M. Monod a rapporté un cas d'anévrysme poplité traité par l'extirpation. A ce propos, je tiens à déclarer que, à mon avis, l'extirpation est la meilleure méthode de traitement des anévrysmes artériels, chaque fois que son application est réalisable. Par ce procédé, on diminue considérablement les chances de gangrène, si redoutables avec la ligature.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 avril 1900.

Des infections naso-pharyngées consécutives à la grippe.

M. Faure relate un certain nombre d'observations qui prouvent la fréquence, à la suite de la grippe, des inflammations de la muqueuse naso-pharyngienne (rhinite, sinusite frontale, amygdalite, etc.). Ces inflammations sont sujettes à des exacerbations au cours desquelles on observe des signes manifestes d'infection : fièvre, malaise général, sueurs nocturnes, etc. Dans l'intervalle de ces exacerbations, on constate souvent de petites ascensions thermiques qui prouvent que le processus infectieux n'est pas éteint.

C'est ainsi que peut s'expliquer l'état de malaise persistant qui s'observe si souvent à la suite de la grippe et qui cesse complètement lorsqu'on traite les inflammations naso-pharyngées par l'antisepsie locale et par des injections de sérum antistreptococcique. C'est en effet le streptocoque qui, d'après l'orateur, serait l'agent principal de ces infections et c'est aux toxines streptococciques sécrétées au niveau de la muqueuse naso-pharyngienne qu'il faudrait attribuer les névralgies rebelles, les douleurs rhumatismales et les accidents névropathiques divers qui compliquent si souvent la grippe chez les sujets prédisposés.

M. Rendu. — J'admets la réalité des inflammations grippales de la muqueuse nasopharyngienne signalées par M. Faure, mais je ne crois pas que l'on doive les combattre par l'emploi du sérum antistreptococcique. Ce n'est pas, en effet, toujours le même microbe qui est en cause dans ces inflammations et ce serait, selon moi, s'exposer à de cruelles méprises que de les croire justiciables de la thérapeutique antistreptococcique.

M. Béclère. — A l'appui de ce que vient de dire M. Rendu sur l'inutilité et peut-être même le danger du sérum antistreptococcique, je puis citer le cas d'une malade atteinte d'érysipèle dont l'affection a envahi presque toute la surface du corps et a récidivé deux fois malgré l'injection de 250 c.c. de sérum antistreptococcique.

M. Balzer. — Les bains de nez et les irrigations nasales avec une solution faible de tannin (0 gr. 30 centigr. à 0 gr. 50 centigr. pour 1 litre) constituent, selon moi, le meilleur remède à opposer aux rhinites et aux sinusites grippales.

Mort subite au cours d'une tuberculose caséeuse des capsules surrénales sans mélanodermie.

M. Achard. — J'ai observé récemment une jeune fille de dix-huit ans, chez laquelle s'était développée progressivement une faiblesse considérable accompagnée de palpitations, de céphalalgie et de pertes de connaissance, accidents qui avaient tous été attribués à l'hystérie. Depuis un mois, l'asthénie musculaire avait augmenté, à la suite d'une sorte de paralysie subite et transitoire des quatre membres. Lorsque je vis la malade, il n'existait pas de paralysie, mais la faiblesse était très grande, les réflexes rotuliens avaient disparu, la station debout était difficile et la démarche titubante. J'éliminai l'hystérie dont la patiente ne présentait aucun stigmate et je songeai à une polynévrite ou à une lésion cérébelleuse, me réservant de compléter plus tard mon examen. Mais la nuit suivante, après quelques vomissements, cette jeune fille mourut subitement.

A l'autopsie, je trouvai une fonte caséeuse complète des deux capsules surrénales, avec quelques foyers caséo-calcaires dans les ganglions bronchiques. Les nerfs périphériques et les centres nerveux, examinés par la méthode de Nissl, ne présentaient aucune altération.

Il est vraisemblable que l'asthénie profonde, engendrée par l'insuffisance capsulaire, avait privé la malade de toute résistance, si bien qu'une cause légère, telle que les troubles digestifs et les vomissements, a pu déterminer une syncope mortelle.

Sur deux cas d'angiocholite sans ictère.

M. P. Lereboullet communique, au nom de M. Gilbert et au sien, deux cas d'angiocholite subaiguë ayant pour trait commun l'absence complète d'ictère pendant la plus grande partie de leur évolution, réserve faite du début.

Dans l'un de ces faits, il s'agissait d'une angiocholite infectieuse ascendante spontanée qui remontait à plus d'un an et s'était manifestée tout d'abord par un ictère léger à allures d'ictère catarrhal, sans phénomènes douloureux; ce n'est qu'au bout de cinq mois que ces derniers apparurent, d'ailleurs passagèrement et simulant la lithiase; puis survinrent des accès intenses de fièvre intermittente accompagnés d'hypertrophie hépatique, mais sans trace d'ictère. On nota en même temps une exagération notable du volume de la rate, une albuminurie massive, mais on ne constata pendant plus de six mois ni ictère cutané, ni cholémie, ni cholurie appréciable. Le sulfate de quinine eut d'abord une

action remarquable sur les accès fébriles, mais cet effet n'ayant pas persisté, on fut obligé d'avoir recours au drainage de la vésicule biliaire. En transformant la chasse biliaire physiologique en chasse biliaire permanente, cette opération, qui fut pratiquée par M. Michaux, paraît avoir exercé une influence heureuse sur la fièvre, l'état général, la néphrite, le volume de la rate et celui du foie. L'agent pathogène de cette infection biliaire était le colibacille que l'on trouva dans la bile et dans les urines.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'une angiocholite infectieuse ascendante subaiguë, ayant aussi débuté par un ictère à allures d'ictère catarrhal. La jaunisse disparut rapidement alors que l'hypertrophie du foie persistait; en même temps on notait une fièvre peu élevée à type inverse (à maximum le matin), sans hypertrophie de la rate, et un prurit très prononcé. La malade en question est actuellement très améliorée.

Maladie d'Addison ayant simulé une péritonite chez un enfant.

M. Netter rapporte, au nom de M. Nattan-Larrier et au sien, l'observation d'un enfant de treize ans qui fut pris en pleine santé d'étourdissements, de vomissements et de diarrhée, avec fièvre, prostration et vives douleurs abdominales. Le facies, le pouls, les vomissements porracés et la température du petit malade semblaient indiquer l'existence d'une péritonite. Une légère pigmentation des téguments pouvait seule faire penser à une maladie d'Addison, mais rien dans les antécédents ne venait à l'appui de ce diagnostic. Le malade ayant succombé trois jours après le début des accidents, on trouva, à l'autopsie, une tuberculose ancienne des capsules surrénales; les plaques de Peyer étaient tuméfiées mais non ulcérées. La rate était très volumineuse et les ensemencements de sa pulpe donnèrent une culture pure de streptocoques.

De la cirrhose biliaire hypersplénomégalique.

M. Gilbert fait remarquer que le fait relaté dans la dernière séance par MM. Landrieux et Milian (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 124), est un nouvel exemple de cirrhose biliaire splénomégalique ou mieux hypersplénomégalique, affection essentiellement caractérisée par une hypertrophie du foie moins notable que dans la maladie de Hanot et par une hypertrophie énorme de la rate, beaucoup plus considérable par conséquent que dans la cirrhose biliaire.

L'orateur ajoute que les notions pathogéniques que l'on possède actuellement sur la cirrhose hypersplénomégalique, qu'il a décrite le premier avec M. L. Fournier il y a cinq ans (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 248), ne peuvent pas encore servir à la classification nosographique.

Ecchymoses spontanées avec hématidrose.

M. Béclère montre une jeune fille de treize ans et demi, jouissant du reste d'une bonne santé, qui présente au niveau des membres et des seins des taches ecchymotiques disposées symétriquement. C'est dans le cours de la neuvième année qu'ont apparu les premières de ces taches; chacune d'elles dure environ une quinzaine de jours et disparaît après avoir subi toutes les transformations des ecchymoses traumatiques. Ces macules se développent tantôt sans cause appréciable, tantôt à la suite d'émotions. A leur niveau, la sensibilité cutanée est exagérée; en outre, on voit sourdre de temps en temps à leur surface de petites gouttelettes de sang. Ces ecchymoses spontanées, dont l'origine nerveuse est indiscutable, sont donc accompagnées d'hématidrose.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 avril 1900.

Action du cacodylate de soude sur la capacité respiratoire du sang.

M. Langlois. — J'ai constaté, au cours d'expériences sur l'action du cacodylate de soude, que les lapins qui reçoivent ce médicament en injections sous-cutanées (0 gr. 075 milligr.) ne tardent pas à maigrir et à succomber, tandis que ceux auxquels on l'administre par la voie veineuse aux mêmes doses ne présentent aucune altération de la santé générale.

Ce fait, en apparence paradoxal, est peut-être dû à ce que l'élimination du médicament est plus rapide lorsqu'il est injecté directement dans le système circulatoire.

J'ai observé, en second lieu, que la capacité respiratoire du sang diminue sensiblement chez les lapins soumis à la médication cacodylique. Au lieu de trouver dans le sang de ces animaux de 20 à 21 % d'oxygène, comme dans le sang des lapins normaux, on n'en trouve plus que de 16 à 17 %.

Sur l'accoutumance des animaux dans la commotion médullaire expérimentale.

M. J. Lépine (de Lyon) dit avoir remarqué que la paraplégie transitoire produite chez l'animal par des chocs portant sur la région dorsale ou lombaire, à travers les téguments, devient beaucoup plus difficile à provoquer après plusieurs expériences, et que les animaux présentent alors une accoutumance limitée à la région de la moelle soumise à la commotion. Les régions sus-jacentes de la moelle restent, en effet, excitables si les chocs ont toujours porté sur le même point, mais elles peuvent présenter à leur tour cette accoutumance si l'on applique sur elles les excitations.

Ce phénomène semble en rapport avec la susceptibilité des cellules des cornes antérieures, susceptibilité qui s'atténue par le retour des mêmes excitations.

Absence de la réaction agglutinante dans le liquide d'un kyste hydatique du poumon chez une typhoïdique.

MM. Thiercelin, Bensaude et **Herscher.** — Nous avons noté que la réaction de Widal était absente dans le liquide non albumineux d'un kyste hydatique du poumon, chez une femme atteinte de fièvre typhoïde. Le sang agglutinait le bacille d'Eberth dans une dilution à 1/50.

Les recherches de MM. Widal et Sicard sur les rapports des substances agglutinantes avec les albumines des humeurs pourraient faire penser à une relation entre le défaut de réaction et l'absence d'albumine dans le liquide du kyste de notre malade.

Mais MM. Achard et Bensaude ont constaté la propriété agglutinante dans un kyste hydatique chez le lapin. Et peut-être pourrait-on mieux expliquer ces résultats variables par le degré de perméabilité de la membrane hydatique : suivant l'intensité plus ou moins grande de la réaction agglutinante dans le sérum sanguin, la paroi du kyste se laisserait forcer ou bien demeurerait imperméable. Il se passerait ainsi quelque chose d'analogue à ce que M. Achard a observé à propos du placenta.

Toxicité du persulfate de soude.

M. J. Nicolas. — Il résulte de mes expériences sur la toxicité du persulfate de soude que les doses mortelles de ce sel sont : *a*) par la voie veineuse, de 0 gr. 40 centigr. par kilogramme chez le lapin et de 0 gr. 75 centigr. à 1 gramme chez le chien; *b*) par la voie sous-cutanée, de 0 gr. 25 centigr. par kilogramme chez le cobaye; *c*) par la voie gastrique, de 0 gr. 30 centigr. par kilogramme chez le cobaye. Le persulfate de soude étant beaucoup plus oxydant que les sels d'arsenic et de vanadium, tout en étant beaucoup moins toxique, pourrait peut-être trouver son emploi en thérapeutique.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 23 avril 1900.

Tuberculose cutanée multiple consécutive à une rougeole.

M. Du Castel présente une enfant dont la face et les membres sont couverts d'un grand nombre de petites plaques de lupus. Cette éruption généralisée est survenue un mois après une rougeole, qui paraît avoir provoqué l'apparition de ces manifestations cutanées.

M. E. Besnier. — La rougeole favorise certainement la production d'accidents tuberculeux. On constate particulièrement cette influence chez les jeunes soldats.

Quant à la nature des éléments qu'on observe dans les éruptions tuberculeuses généralisées, je crois qu'il convient de faire une réserve. Autrefois, on considérait indistinctement comme lupiques toutes les altérations cutanées développées en même temps qu'un lupus tuberculeux bien caractérisé. Actuellement, on en sépare tout un groupe de ces lésions sous le nom de tuberculides. Le lupus tuberculeux contient toujours, en si petit nombre que ce soit, le bacille de Koch; dans les tuberculides, ce dernier ne se rencontre jamais et on admet que l'affection est provoquée, non par le bacille lui-même, mais par ses toxines. Il semble aussi que les résultats thérapeutiques viennent confirmer, dans une certaine mesure, cette distinction, car l'action favorable des préparations mercurielles, des injections de calomel par exemple, sur certaines dermatoses tuberculeuses paraît se manifester particulièrement dans les cas où il s'agit de tuberculides et non de lupus.

M. Leredde. — Dans le lupus tuberculeux proprement dit, certaines lésions doivent relever aussi de l'action des toxines du bacille de Koch. J'en donnerai pour preuve qu'on y rencontre souvent des altérations histologiques, surtout au niveau des vaisseaux, absolument semblables à celles qu'on observe dans le lupus érythémateux, qui est un type de tuberculide. Leloir a donné le nom de *lupus colloïde* à un lupus tuberculeux dont les lésions cellulaires sont les mêmes que celles du lupus érythémateux. En étudiant microscopiquement un grand nombre de pièces de lupus et de tuberculides, on rencontre une série de cas qui, par leur aspect histologique, semblent constituer une transition entre ces deux sortes d'affections cutanées. C'est là, je crois, qu'il faut chercher l'explication de ce fait que le mercure, généralement efficace contre les tuberculides, peut aussi modifier heureusement certains points d'un lupus tuberculeux.

M. Moty. — Les relations qui unissent la rougeole et la tuberculose ne sont pas à proprement parler des rapports de cause à effet. La rougeole, comme beaucoup de maladies générales, provoque simplement dans la plupart des cas le réveil d'une tuberculose préexistante.

A propos de deux cas de lèpre.

M. Hallopeau. — Le malade que je vous présente est atteint de lèpre tuberculeuse en foyers multiples. La lésion la plus importante occupe la région rétroscapulaire droite et descend sur le bras, jusqu'au niveau du coude. Elle a subi dernièrement une évolution régressive et l'épiderme y présente un plissement des plus remarquables : ses saillies sont dirigées parallèlement sur une longueur de plusieurs centimètres et sont séparées par des plis profonds de 2 millimètres au moins; leur aspect est comparable à celui de crépons. Ce plissement épidermique, qui paraît spécial à la lèpre, peut s'expliquer de la façon suivante : la partie sous-jacente du derme, après s'être tuméfiée sous l'influence des infiltrats lépreux, s'affaisse lorsque ceux-ci ont subi une évolution régressive; l'épiderme, qui reste indemne et ne subit pas d'atrophie comme le derme (on sait qu'on n'y trouve pas le bacille de Hansen), a été distendu par les lésions du derme, de sorte qu'il se trouve trop large quand celles-ci disparaissent; il revient alors sur lui-même en se plissant.

L'huile de chaulmoogra, administrée chez ce malade pendant plusieurs mois à la dose de 300 gouttes par jour, semble avoir produit un effet favorable, car les lésions se sont constamment amendées depuis le début du traitement, tandis qu'elles s'aggravaient progressivement auparavant. Je fais faire, en outre, des applications locales de collodion bi-ioduré.

En revanche, le traitement intensif par l'huile de chaulmoogra s'est montré complètement impuissant dans un second cas, que je vous présente, et pour lequel j'ai d'ailleurs essayé sans succès les médicaments les plus divers. Rien n'a pu empêcher le retour des poussées aiguës de nodules qui se développent sur le trajet des lymphatiques.

M. E. Besnier. — Il doit exister dans la lèpre, comme dans la tuberculose, deux groupes de lésions distinctes, les unes provoquées par le bacille de Hansen, les autres par ses toxines. On sait que quelques médecins anglais préconisent les injections de calomel contre la lèpre; or, sous l'influence de cette thérapeutique, certaines altérations s'amendent notablement, d'au-

tres ne paraissent nullement influencées. Cette particularité peut s'expliquer par une différence d'origine des lésions.

M. Balzer. — Chez le premier des malades que vient de nous montrer M. Hallopeau, je crois que le plissement de la peau est dû à la destruction des fibres élastiques du derme. Il y a là une analogie frappante avec les vergetures que laissent après elles d'autres affections cutanées, telles que certaines syphilides.

Psoriasis aigu par choc moral.

M. le Secrétaire général lit, au nom de M. Audry (de Toulouse), l'observation d'un meunier qui tomba si malheureusement dans son moulin qu'il faillit être entraîné par une courroie de transmission et pris dans un engrenage. Il se remit rapidement de la grande frayeur qu'il avait éprouvée, mais le lendemain il ressentait par tout le corps des démangeaisons qui furent suivies d'une éruption généralisée de psoriasis. Il n'avait jamais eu auparavant la moindre atteinte de cette dermatose.

M. Barthélemy. — J'ai observé un malade qui attribuait la première poussée du psoriasis dont il était porteur aux émotions qu'il ressentit pendant la Commune où il faillit être fusillé. Mais je me suis toujours demandé s'il n'y avait pas là une simple coïncidence.

M. E. Besnier. — Un choc moral peut avoir, à mon avis, une influence indéniable sur le développement d'une éruption de psoriasis. Un jeune homme, qui avait été contusionné assez fortement dans un accident de chemin de fer, fut transporté dans mon service. Quelques jours après apparaissaient chez lui pour la première fois des éléments de psoriasis.

Molluscum contagiosum formant tumeur.

M. Balzer. — Je viens d'observer un malade qui présentait sur le bord externe du pied gauche une petite tumeur du volume d'une noisette, faisant saillie à la face plantaire. A première vue, je crus à une verrue que je tentai d'abraser à la curette; mais la tumeur était si profondément implantée qu'il fallut l'enlever au bistouri. L'examen histologique montra qu'il s'agissait de molluscum contagiosum. Ce fait présente trois anomalies : le développement relativement considérable de la tumeur, son siège insolite et l'absence de toute autre lésion de même nature sur le reste du corps.

Mycosis fongoïde mortel.

M. Hallopeau. — Le cas de mycosis fongoïde que je vous ai montré récemment (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 24) s'est terminé par la mort, après une poussée aiguë généralisée avec gonflement, douleur au niveau de chacun des foyers de la dermatose et ulcération et prolifération des éléments éruptifs. Cette poussée terminale semble témoigner d'une infection généralisée; cependant l'autopsie n'a permis de constater aucune manifestation viscérale.

J'avais inutilement institué dans ce cas le traitement par le chlorate de potasse à la dose quotidienne de 3 grammes.

LETTRES D'ITALIE

Naples, le 28 avril 1900.

L'étiologie, la prophylaxie et l'étude clinique de la tuberculose, d'après les travaux du Congrès de Naples.

L'Italie s'est lancée résolument dans le mouvement qui entraîne actuellement toutes les nations dans la lutte contre la tuberculose. Si le fait avait besoin d'être démontré, on en trouverait la preuve dans le nombre et l'importance des travaux sur la question publiés au cours de ces dernières années par les médecins italiens et dans l'organisation du présent Congrès par la Société italienne pour la lutte contre la tuberculose.

D'une façon générale, on peut classer les travaux communiqués à cette réunion internationale en quatre groupes distincts, selon qu'ils sont relatifs à l'étiologie générale, à la prophylaxie, à l'histoire clinique ou au traitement de l'affection.

Dans la première catégorie, il convient de signaler d'abord le discours d'ouverture prononcé par M. De Giovanni (de Padoue), qui rappelle que l'éclosion de la tuberculose exige deux facteurs : le bacille et le terrain, celui-ci lui paraissant beaucoup plus important que celui-là.

C'est ensuite M. Lannelongue (de Paris) qui relate le résultat de recherches faites sous sa direction sur l'influence du climat au point de vue de la résistance à la tuberculose. Sur une série de 150 cobayes inoculés le même jour avec un même poids de culture de bacille de Koch, un tiers, soit 50, fut expédié à la montagne, le second tiers sur les bords de la mer, tandis que les 50 derniers animaux restèrent dans le sous-sol du laboratoire, où ils étaient privés d'espace, de lumière et presque d'air. Or, ce furent ces derniers animaux, placés dans des conditions, semble-t-il, infiniment plus défavorables que les autres mais dans un milieu à température constante, qui survécurent en plus grand nombre. Deux autres essais, tentés également sur des lots de 150 cobayes, donnèrent des résultats tout à fait comparables. Le professeur de la Faculté de médecine de Paris conclut de ces expériences que l'influence du climat sur l'évolution de la tuberculose est loin d'être connue, et nécessite encore de nombreuses recherches.

Si le bacille et le terrain sont les principaux facteurs de la pandémie tuberculeuse, il est facile de comprendre qu'on puisse avoir sur ces éléments — et partant sur la diffusion de la maladie — une action réelle en modifiant les conditions hygiéniques et sanitaires, économiques et sociales d'un pays, d'une région ou d'une localité. Aussi les communications de la deuxième catégorie, celles qui concernent la prophylaxie, sont-elles de beaucoup les plus nombreuses. Bien entendu, tous les orateurs réclament l'intervention de l'Etat, seule capable de rendre efficace la lutte contre le terrible fléau; mais disons que tous n'ont pas paru prendre un égal souci de la liberté individuelle : tel M. Callivokas (d'Athènes), qui réclame l'institution d'un livret sanitaire suivant l'individu depuis sa naissance; tout sujet dont le livret ne serait pas blanc au point de vue de la tuberculose ne saurait être admis dans un emploi public ou privé, et, dès à présent, les administrations tant particulières que publiques devraient congédier ceux de leurs employés qui sont atteints de tuberculose.

Dans le domaine des choses pratiques, il faut signaler, par contre, le résultat auquel est arrivé le Comité romain de la Société italienne pour la lutte contre la tuberculose, qui a obtenu, dans plusieurs administrations importantes, que l'on ne confie aux employés tuberculeux que des services ne les mettant pas en contact avec le public. Le ministre italien des finances est même allé plus loin, car il a fait subir une visite médicale à toutes les ouvrières des manufactures nationales de tabac et a renvoyé avec une pension celles qui ont été reconnues tuberculeuses.

De son côté, le ministre de l'intérieur du royaume a préparé, d'après ce que dit M. Santoliquido, directeur de la santé publique, un nouveau règlement sanitaire qui s'occupe longuement de la tuberculose. Il prévoit notamment la déclaration obligatoire des cas de tuberculose constatés dans les dépôts de mendicité, les asiles de vieillards, les hôtels, les prisons, les couvents, les maisons de santé, les orphelinats, les collèges, et même dans les maisons particulières en cas de décès ou de changement de domicile du malade. Ce projet exige, cela va de soi, la désinfection minutieuse des crachats ainsi que de tous les objets que le médecin considère comme susceptibles d'être contagieux.

Cette déclaration des cas de tuberculose et la désinfection consécutive des locaux occupés par des tuberculeux seraient un moyen prophylactique efficace si la mesure était générale et si l'on obligeait, comme le demande M. Ausset (de Lille), le propriétaire de chaque maison à mettre à la disposition des futurs locataires le casier sanitaire de son immeuble, sur lequel seraient inscrites et les maladies infectieuses qui y ont été constatées et les opérations de désinfection auxquelles celles-ci ont donné lieu.

Mais ce ne sont pas seulement les appartements occupés par des tuberculeux qui doivent être désinfectés; il faut aussi faire subir cette opération à tous les moyens de transport public et spécialement aux voitures des chemins de fer, qui constituent aujourd'hui le mode le plus général de transport en commun. C'est de l'étude de cette question qu'était chargé M. Sanarelli (de Bologne) et elle a été on ne peut mieux traitée dans le rapport que notre confrère a présenté au Congrès. C'est là un point de grande importance, car ici toutes les conditions sont réunies pour faciliter l'infection : cubage d'air insuffisant, dessèchement rapide des crachats, dissémination des poussières par les trépidations des voitures, etc. Aussi rien d'étonnant que la Société des voyageurs de Paris ait remarqué que beaucoup de ses membres deviennent tuberculeux. Certaines Compagnies de chemins de fer font bien subir quelques désinfections à leurs wagons, mais pas en vue de la tuberculose; et pourtant les voitures qui ont servi au transport des voyageurs sont riches en bacilles de Koch, d'après les recherches faites à l'Office sanitaire impérial allemand. C'est chose, d'ailleurs, facilement compréhensible, si l'on tient compte des conditions particulières du transport par voie ferrée, aggravées, en certaines saisons de l'année, par l'exode d'un grand nombre de tuberculeux vers les stations hivernales. Combien dangereux peuvent être le contact et la cohabitation plus ou moins prolongés avec des phtisiques qui toussent et crachent, dans des voitures où chaque voyageur ne dispose que d'un mètre cube d'air en 1re classe, de trois quarts de mètre cube en 2e classe et d'un demi-mètre cube en 3e classe! On s'est un peu partout préoccupé de cette situation, mais la tuberculose n'étant généralement pas comprise parmi les maladies contagieuses, les Compagnies de chemins de fer ne sont pas tenues à désinfecter les voitures contaminées par les tuberculeux. Il faut donc, d'après M. Sanarelli, prendre des mesures pour protéger les voyageurs contre les germes de la tuberculose et voici celles qu'il propose : établissement de trois catégories de compartiments, une pour les voyageurs ordinaires, une pour les fumeurs et une pour les sujets non fumeurs qui crachent plus ou moins, cette dernière étant destinée aux phtisiques; substitution de linoléum aux tapis et remplacement des étoffes recouvrant les banquettes et les dossiers par des tissus susceptibles d'être lavés; suppression du chauffage à air chaud, là où il existe encore, et usage des thermosiphons, etc. Tel est aussi l'avis du Congrès qui émet un vœu dans ce sens.

M. Santoliquido vient déclarer alors que les délégués des Sociétés de chemins de fer italiens se sont réunis il y a une quinzaine de jours pour étudier cette question; comme premier résultat de leur conférence, on expérimente actuellement dans la gare de Rome deux voitures d'un nouveau modèle pouvant être facilement désinfectées.

A côté de la prophylaxie de la tuberculose il importe de placer ce qui se rapporte à son diagnostic précoce, le médecin pouvant intervenir d'une manière utile à la période de début de l'affection. Pour arriver à ce diagnostic, M. Petruschky (de Dantzig), et après lui M. Fränkel (de Berlin), préconisent à nouveau l'emploi de la tuberculine. M. Landouzy (de Paris) attire l'attention sur les signes de présomption qui sont fournis par l'aspect extérieur du sujet; l'analyse des urines, l'hématoscopie donnent souvent des indices précieux; mais la fièvre est encore le symptôme le plus sûr; au début, il faut la provoquer, car elle n'est pas constante; c'est ce que réalise la tuberculine. M. Landouzy, pour mettre cette légère hyperthermie en évidence, compare la température rectale du sujet immédiatement après une promenade de trois à quatre heures faite dans l'après-midi à celle que le patient présente après une marche de même durée exécutée le matin; si la première de ces températures est supérieure à la seconde, de si peu que ce soit, il se croit autorisé à affirmer l'existence de la tuberculose.

M. Bozzolo (de Turin) signale aussi certains symptômes précoces de l'infection : ainsi l'albuminurie, qu'il a vu précéder de plusieurs années l'apparition des lésions pulmonaires; certaines formes d'anémie, qui mériteraient bien le qualificatif de *prétuberculeuses;* la tachycardie *sine materia;* les douleurs rhumatoïdes; le zona, enfin, dont la forme ophtalmique se rencontrerait surtout en cas de méningite, tandis que la forme thoracique correspondrait aux altérations du poumon. Mais, comme le fait remarquer M. Papillon (de Paris), chaque sujet

réagit d'une manière particulière : chez les uns, c'est par l'estomac, chez les autres, c'est par le système nerveux ou l'appareil circulatoire, etc., que se manifestent les premiers symptômes de la maladie.

En terminant l'exposé succinct et forcément limité de cette première série des travaux du Congrès, nous signalerons deux communications, l'une de M. Sata (de Tokio), l'autre, de M. Maragliano (de Gênes), relatives aux infections mixtes et à leur importance dans la production des lésions tuberculeuses. Le professeur de la Faculté de médecine de Gênes déclare même qu'à côté de la tuberculose, due uniquement au bacille de Koch, il existe une affection causée par les infections mixtes : c'est la phtisie, qui comporte un pronostic et un traitement différents. D'ailleurs, il considère, de par ses études histologiques, que les altérations de nature purement tuberculeuse sont produites par les toxines microbiennes plutôt que par le bacille lui-même, de sorte qu'on peut introduire dans l'organisme des principes destinés à neutraliser ces toxines.

La question amenée à ce point vise déjà le traitement, partie des travaux du Congrès qui fera l'objet d'une prochaine lettre.

Dr ZANONI (de Gênes).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Introduction à l'étude des fièvres des pays chauds (région prétropicale), par M. E. LEGRAIN. In-8°, 332 p. Paris, 1899.

On sait combien variées, disparates même, sont les manifestations de l'infection paludéenne, telle qu'elle est décrite par les auteurs classiques ; on sait aussi combien les types morbides de l'impaludisme diffèrent suivant les latitudes, et, sous une même latitude, selon les régions. Frappé de ces différences, l'auteur du présent livre reprend l'étude des affections, fébriles ou même apyrétiques, qui sont rangées ordinairement sous la dénomination commune d'infection paludéenne, et considérées par suite comme justiciables de la quinine, quoique ce médicament se montre inactif dans bien des cas.

Le traitement quinique peut, cependant, être considéré comme la pierre de touche infaillible de l'infection malarique ; il permet de distinguer, dans le *caput mortuum* que représente le paludisme classique, deux sortes de fièvres, les unes qu'il influence d'une manière typique, les autres sur lesquelles il n'exerce qu'une action antithermique banale, et qui se terminent souvent par la cachexie et la mort. Ces variations dans l'action d'un médicament spécifique semblent indiquer une différence de nature des maladies étudiées, en vertu du vieil adage : *naturam morborum curationes ostendunt.* Il paraît donc utile de reviser la pathogénie exotique, « afin de voir si plusieurs entités morbides différentes ne se seraient pas indûment glissées dans le chaos de la malaria ». C'est ce qu'a tenté M. Legrain dans l'ouvrage que nous analysons.

Il est divisé en trois parties. La première, la plus courte, sous le nom d'*introduction à l'étude des pyrexies exotiques*, est une critique très serrée de la constitution actuelle du groupe morbide « paludisme ». L'auteur, par de nombreux exemples, s'attache à démontrer que des affections très diverses sont réunies sous cette étiquette, que la plupart des complications que l'on décrit à cette affection en sont tout à fait indépendantes, enfin que les prétendues formes chroniques et cachectiques n'ont rien de commun avec la « fièvre à quinine ». Ces propositions, qui ne sont qu'indiquées dans cette partie de l'ouvrage, sont d'ailleurs reprises et développées, avec une abondance d'arguments souvent impressionnante, dans les deux autres.

La seconde, en effet, est consacrée à l'étude de la *fièvre intermittente à quinine ;* c'est peut-être la partie la plus originale du livre, ce n'est sûrement pas celle qui soulèvera le moins de controverses. M. Legrain s'efforce d'y établir le type vrai du paludisme ; pour lui, ce type est réalisé *uniquement* par la fièvre intermittente, tandis que toutes les manifestations connues sous les noms de fièvres rémittentes et continues, bilieuses, hématuriques, de fièvres irrégulières, d'accès pernicieux à formes diverses, d'hépatosplénomégalie, de mélanémie, de cachexie palustres, etc., n'ont aucun rapport avec la malaria.

Dans cette dernière affection, d'une bénignité remarquable, qui ne pourrait être contractée, en Algérie du moins, que de juin à novembre, la fièvre affecterait donc toujours le type intermittent, avec ses formes quotidienne, tierce et quarte, simples ou redoublées. L'accès quarte, le plus constant et le plus régulier, est pris par l'auteur comme type de description, bien que cette modalité ne soit pas la plus fréquente, à beaucoup près. En effet, sur 116 cas qu'il a observés, M. Legrain a noté 80 doubles tierces, 14 quotidiennes, 10 quartes, 8 tierces et 4 triples quartes.

On n'observerait jamais, dans la malaria, d'augmentation de volume du foie ni de la rate, même après plusieurs accès non traités, pas plus que de cachexie ni de pigmentation des téguments. L'affection présenterait une évolution bien déterminée et aboutirait, toujours et rapidement, à la guérison complète. Enfin, la quinine aurait une action spécifique, que M. A. Treille a bien déterminée et que l'on peut énoncer ainsi : *dans la fièvre intermittente parfaite, la quinine, donnée à dose convenable au début d'un accès, n'influence en rien cet accès, mais coupe toujours les suivants pour une période minima de cinq jours.* Quant aux « doses convenables », elles seraient, d'après M. Legrain, de 0 gr. 25 pour les accès à type quarte, de 2 grammes pour la tierce, de 2 gr. 50 centigr. pour la quotidienne. Par contre, la quinine n'exercerait aucun effet curatif sur la fièvre intermittente, et M. Legrain pense même que, non traitée, cette affection disparaît sensiblement plus vite qu'après la médication quinique.

Comme corollaire de ces propositions, l'auteur estime que toute manifestation fébrile qui est *immédiatement* influencée par la quinine, mais dont l'évolution, pendant les jours suivants, reste non modifiée, n'est pas imputable au paludisme. Ajoutons qu'il considère les hématozoaires de Laveran, non comme des parasites, mais uniquement comme des formes d'involution des hématies, que l'on observerait, il est vrai, dans la fièvre à quinine, mais aussi dans tous les états anémiques ou cachectiques.

Enfin, dans la troisième partie de son ouvrage, l'auteur passe en revue, sous le nom de *pyrexies et cachexies des pays chauds*, un certain nombre d'affections très diverses, dont plusieurs s'observent sous nos latitudes et y sont considérées comme des entités morbides, alors que, d'après notre confrère, elles seraient toujours classées, en pathologie coloniale, parmi les manifestations paludéennes. Ce sont d'abord les infections colibacillaires, dont M. Legrain distingue deux formes, l'une affectant le type de fièvre rémittente, l'autre réalisant une entérocolite ; puis les bactériémies ou septicémies médicales, causées surtout par le colibacille, le staphylocoque blanc et le pneumocoque, et aussi, accidentellement, par le bacille fluorescent, le proteus, le bacille pyocyanique, le tétragène ; enfin la fièvre méditerranéenne, affection encore assez mystérieuse, bien que Bruce en ait décrit l'agent pathogène sous le nom de *micrococcus melitensis ;* cette infection, pour M. Legrain, constituerait une grande partie des cas considérés comme typho-malaria, car, s'il est vrai qu'elle est ordinairement bénigne, il faut néanmoins signaler sa gravité toute spéciale chez les enfants et les alcooliques.

L'auteur aborde ensuite l'importante question des fièvres bilieuses ; il est très catégorique à leur sujet : à son avis, elles n'ont rien de commun avec la fièvre intermittente, qui *respecterait toujours* le foie et la rate. Pour lui, l'association de ces deux éléments — hyperthermie et ictère — réalise un syndrome caractéristique de toutes les infections biliaires ascendantes, depuis l'angiocholite jusqu'à l'hépatite épithéliale aiguë et l'ictère grave, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir le paludisme pour expliquer sa production. Il ne considère pas comme impossible, la plupart des cas d'accès bilieux pernicieux ayant été observés dans les pays à fièvre jaune, que cette dernière affection puisse être incriminée dans certains cas de prétendue fièvre bilieuse.

Dans le chapitre suivant, M. Legrain, poursuivant toujours la même démonstration, passe en revue les hépatosplénomégalies des pays chauds. Ici encore, son expérience lui ayant démontré que la vraie fièvre intermittente, celle qui est justiciable de la quinine, n'atteint jamais le foie ni la rate, il s'efforce de faire rentrer les cas d'hépatosplénomégalie, si fréquents chez les coloniaux, dans un certain nombre de groupes morbides bien connus, parmi lesquels il incrimine plus particulièrement les cirrhoses biliaires, notamment la maladie de Hanot, et les cirrhoses pigmentaires, le plus souvent d'origine alcoolique. C'est à ces affections que correspondrait le « paludisme chronique avec hépatosplénomégalie » des auteurs classiques.

Les derniers chapitres, enfin, sont consacrés aux cachexies des pays chauds, dans la production desquelles M. Legrain dénie encore toute importance étiologique au paludisme ; il invoque comme causes, en se basant sur de nombreuses observations, les cirrhoses toxiques (presque toujours alcooliques, souvent dyspeptiques), les cirrhoses hépatospléniques tuberculeuses et syphilitiques et la cachexie amyloïde qui en est fréquemment la terminaison, les leucémies diverses, la splénomégalie primitive, enfin l'anémie grave, justiciable du traitement par la moelle osseuse.

Nous ne saurions mieux terminer cette analyse qu'en reproduisant l'ultime conclusion de M. Legrain, qui résume parfaitement la tendance doctrinale de tout le livre : « Quand, du cadre des pyrexies et cachexies des pays chauds, on élimine la colibacillose, les septicémies médicales, les infections biliaires, les cirrhoses toxi-infectieuses d'ordre intestinal, il ne reste plus guère qu'une quantité négligeable : la fièvre intermittente à quinine. » — F. F.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Thoracic resection for tumors growing from the bony wall of the chest. In-8°, 147 p. avec fig. Nouvelle-Orléans, 1899. — **Des résections de la paroi thoracique pour tumeurs d'origine osseuse**, par M. F. W. PARHAM.

Ayant eu l'occasion d'observer et d'opérer, à peu de mois de distance, deux cas de tumeur de la paroi thoracique — un sarcome et un chondrosarcome —, M. Parham en prend texte pour présenter quelques considérations basées sur l'étude des faits qu'il a observés ou qui ont été relatés par les auteurs.

Un premier point sur lequel il insiste avec raison est le caractère de malignité que l'on doit assigner aux enchondromes de la paroi thoracique, contrairement à l'opinion généralement admise d'après laquelle ces tumeurs présenteraient une bénignité absolue et constante. La marche fort lente et insidieuse qu'affectent ces néoplasmes peut, en effet, induire en erreur, car très fréquemment leur évolution s'étend à plusieurs années et ne s'accompagne point de phénomènes aigus ou douloureux. Cependant, ces tumeurs sont redoutables par leur tendance à infiltrer les tissus et les organes environnants, par les métastases auxquelles elles donnent naissance, ainsi que par la dégénérescence sarcomateuse qu'elles subissent quelquefois.

Les trois principales complications à redouter au cours de l'opération d'une tumeur de la paroi thoracique sont le pneumothorax, l'hémorrhagie et le choc opératoire.

Ce dernier sera combattu avec avantage par des injections sous-cutanées ou intraveineuses de sérum artificiel.

Quant à l'hémorrhagie due à une lésion des artères intercostales ou mammaires internes, il y a lieu de noter qu'elle est le plus souvent remarquablement insignifiante, au point que dans le second cas opéré par M. Parham, ce chirurgien n'a pas eu à poser une seule ligature sur une artère intercostale. Le poumon lui-même saignerait peu.

Mais le plus grand danger en présence duquel on puisse se trouver, au cours d'une pareille intervention, c'est le pneumothorax. On a vu, en effet, dans un certain nombre de cas, l'ouverture de la plèvre déterminer la mort. Le plus souvent, on constate alors l'existence de circonstances défavorables, telles que l'âge avancé du malade, un mauvais état général ou encore l'existence de complications cardiaques ou pulmonaires (tuberculose). Il faut également tenir

compte de la nature de la tumeur, de son siège, de son étendue ainsi que de ses rapports avec le poumon et le péricarde. Les facteurs de gravité sur lesquels il convient d'insister le plus sont le point où a lieu l'ouverture de la plèvre et le temps qui s'écoule jusqu'à sa fermeture. Dans les cas où l'on a noté des accidents alarmants, la plèvre était béante sur une étendue de la largeur de la paume de la main et l'extirpation de la tumeur avait exigé un temps assez long. Au contraire, quand la plèvre n'a été intéressée que dans une faible mesure, les symptômes de syncope et d'asphyxie se sont toujours rapidement amendés par l'application d'un simple tampon de gaze sur la perforation de la séreuse. Ces accidents ne se produisent pas non plus lorsque des adhérences pleurales limitent le pneumothorax. Le pronostic est, au contraire, aggravé si l'intervention, pour être complète, a nécessité la résection partielle du diaphragme ou du poumon. Il semble, cependant, que dans ces cas on doive mettre l'aggravation de l'opération plutôt sur le compte de la longue durée que sur celui de la nature même de l'intervention.

Le pneumothorax du côté droit est près de deux fois plus redoutable que celui du côté gauche. Quand, en effet, l'air pénètre dans la plèvre droite, le médiastin est refoulé et comprime les veines caves ainsi que l'oreillette droite. A gauche, au contraire, le pneumothorax exerce une pression sur le ventricule droit dont les parois sont beaucoup plus résistantes que celles de l'oreillette correspondante. Il en résulte que, dans le premier cas, l'afflux du sang des veines caves dans le cœur est sérieusement compromis. A ces dispositions particulières, il faut ajouter l'irritation réflexe qui ne manque jamais de se produire quand l'air fait irruption dans la plèvre.

En ce qui concerne les moyens propres à combattre les dangers du pneumothorax, ils ont été rangés par M. Parham en treize catégories. Sans entrer ici dans le détail de ces procédés, disons seulement que celui auquel l'auteur donne la préférence est l'appareil de Fell-O'Dwyer. — F. M.

Correction forcée de la difformité angulaire résultant de la carie spinale, par MM. E. H. Bradford et R. H. Vose.

Les auteurs font remarquer que dans les cas où une ankylose osseuse complète s'est produite, il serait contraire à une saine chirurgie de vouloir redresser la courbure dorsale. Une résection en coin de la colonne vertébrale ne leur paraît pas pouvoir être tentée à l'heure actuelle. Ils estiment que l'intervention est indiquée surtout dans les cas où l'ostéite ossifiante l'emporte sur l'ostéite destructive. Ce travail est accompagné d'une statistique de 610 cas provenant de vingt-neuf chirurgiens.

Quelle force doit-on employer pour redresser la déviation de la colonne vertébrale, et quel est le meilleur procédé pour l'appliquer? A la première de ces questions, MM. Bradford et Vose répondent que la force nécessaire est variable selon les conditions d'application, et aussi d'après le développement de l'ostéite cicatricielle. Quant au procédé opératoire, on se sert à l'hôpital des enfants de Boston d'un appareil dans lequel la saillie vertébrale est prise comme point de résistance, et le poids du corps employé comme force de redressement. Cet appareil consiste en un cadre supportant une tige qui peut s'élever ou s'abaisser au moyen d'une vis. A l'extrémité de cette tige se trouve une plaque de zinc rembourrée, qui vient presser de chaque côté de la colonne vertébrale. On pourrait à la rigueur augmenter la force de redressement par des tractions; mais les auteurs du présent mémoire sont opposés à toute manœuvre violente, et se contentent de régler la force employée par l'élévation plus ou moins grande de la plaque; dans ces conditions l'anesthésie n'est pas nécessaire. Dès qu'on a obtenu un certain redressement, on se hâte d'appliquer un corset plâtré qui comprend parfois la tête du malade. MM. Bradford et Vose sont d'avis qu'il vaut mieux procéder graduellement, quitte à intervenir plusieurs fois. Le corset plâtré est, pour eux, le meilleur appareil à employer au début.

Un autre procédé, plus simple et également recommandable, consiste à soulever la partie déformée au moyen d'une sangle rembourrée, et à appliquer par-dessus cette sangle un bandage en sparadrap.

La conclusion de ce travail est que le nombre des malades qui peuvent bénéficier du traitement est limité, d'abord parce qu'il faut choisir les cas favorables, et ensuite parce que la guérison est longue à obtenir, le processus de cicatrisation s'accomplissant lentement. Or, il serait absurde de redresser la colonne vertébrale d'un malade et de lui faire courir ainsi certains risques, sans être certain de pouvoir mener à bonne fin le traitement consécutif. (*Ann. of Surgery*, novembre 1899.) — E. C.

Une méthode de traitement pour la régénération complète du tibia nécrosé à la suite d'ostéomyélite, par M. H. W. Cushing.

La principale difficulté du traitement des suites de l'ostéomyélite consiste à choisir le moment favorable pour la séquestrotomie. En effet, une opération faite trop tôt risque de léser le périoste et d'entraver le procesus de régénération de l'os. Si l'intervention est, au contraire, trop tardive, le séquestre se trouve enfermé dans une boîte osseuse et, les tissus destinés à combler le vide qui résulte de l'ablation du séquestre ne pouvant se développer librement, il ne se produit pas d'obturation. L'époque la plus favorable pour opérer paraît, en conséquence, être celle où le périoste est dans sa phase régénératrice la plus active, mais où la calcification des trabécules osseux n'a pas encore enfermé le séquestre dans une coque compacte. M. Cushing estime que le meilleur moyen de préciser ce moment est d'examiner fréquemment au microscope des fragments de périoste. Il faut intervenir dès qu'on constate la présence de nombreux ostéoblastes et de petits trabécules dans lesquels les sels de chaux commencent à se déposer.

L'opération préconisée par l'auteur consiste à inciser le périoste suivant la longueur du membre et à extraire le séquestre. On suture ensuite la gaine périostique et on enferme ainsi dans le centre du membre une masse de périoste qui se trouve en pleine activité ostéogène. Si des zones importantes de calcification adhèrent à la surface interne du périoste, M. Cushing conseille de les enlever par dissection. Les parties molles de la peau sont suturées. Il se reforme de la sorte dans l'espace de dix-huit à vingt-quatre jours un os nouveau, rigide, pourvu d'une cavité médullaire.

L'auteur a appliqué ce procédé, avec succès, chez un jeune homme de seize ans, atteint d'ostéomyélite du tibia, et qui fut opéré le soixante-cinquième jour de sa maladie. (*Annals of Surgery*, octobre 1899.) — E. C.

En cas de grossesse extra-utérine, convient-il d'opérer avant ou après la mort du fœtus? par M. L. H. Dunning.

A propos d'un cas de grossesse extra-utérine — il s'agissait d'une femme opérée avec succès cinq semaines après la mort d'un fœtus de huit mois —, l'auteur se pose la question suivante :

Doit-on intervenir pendant que le fœtus est vivant, à une époque rapprochée du terme, ou bien convient-il d'attendre, pour opérer, la mort de l'enfant et la cessation de la circulation du placenta? On doit préférer, d'après M. Dunning, la solution qui sauvegarde le mieux les intérêts de la femme, car l'existence d'un enfant développé en dehors de l'utérus est le plus souvent bien précaire.

Récemment encore, l'auteur était d'avis de n'intervenir qu'après la mort du fœtus, l'étude des statistiques lui ayant montré qu'on a ainsi plus de chances de sauver la mère. Mais, d'après les dernières publications, il semble que la mortalité des femmes opérées pendant la vie de l'enfant a beaucoup diminué; en se basant sur les statistiques de Harris, d'Ayer et sur la sienne propre, ce qui constitue un total de 58 cas, M. Dunning arrive, en effet, à la conclusion que la mortalité est de 2.3 % moins élevée quand l'opération a lieu avant la mort du fœtus. Il conseille donc d'intervenir pendant que l'enfant est vivant, si possible près du terme, mais il avoue ne pas savoir s'il est moins dangereux d'opérer à six mois qu'à neuf.

En terminant son travail, l'auteur a soin de dire qu'il ne s'agit là que d'une indication générale, et que, dans certains cas exceptionnels, il peut être préférable d'attendre pour intervenir que le fœtus soit mort. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, novembre 1899.) — E. C.

PUBLICATIONS RUSSES

Un cas de fonctionnement des glandes mammaires durant depuis cinq ans, en l'absence de tout allaitement, par M. Tceitline.

La sécrétion lactée est considérée comme une fonction essentiellement intermittente, qui ne s'établit d'ordinaire qu'à l'époque de la parturition et n'est entretenue ensuite que par les succions répétées qu'exerce le nourrisson. Le fait relaté par M. Tceitline et qui paraît être unique en son genre montre, une fois de plus, jusqu'à quel point le fonctionnement des glandes mammaires se trouve sous la dépendance des phénomènes se produisant du côté de l'utérus.

Il s'agit d'une femme de trente et un ans, admise dans le service de M. Yastrebov, à Varsovie, pour une aménorrhée datant de plus de cinq années et accompagnée de douleurs dans le dos et au niveau du sacrum. Mariée à l'âge de vingt-cinq ans, cette femme ne tarda pas à devenir enceinte et accoucha au huitième mois. On avait eu affaire à une grossesse triple : deux garçons furent extraits à l'aide du forceps; le troisième enfant, une fillette macérée, fut expulsé spontanément. La mère resta alitée près d'un mois; elle avait de la fièvre et était tellement épuisée qu'elle se tenait tout à fait immobile dans le lit, ce qui amena la formation d'une eschare assez étendue au niveau du sacrum. Les lochies offraient une odeur désagréable, et, au bout d'une quinzaine de jours, on nota l'élimination, par les voies génitales, de débris de tissus, dont l'aspect rappelait, au dire de la malade, le blanc d'œuf coagulé. Le médecin consulté à cette époque déclara que les fragments en question provenaient du tissu utérin. Une fois rétablie, la patiente remarqua que ses glandes mammaires sécrétaient du lait, bien qu'elle n'allaitât point. Depuis, cette sécrétion n'a jamais cessé.

A l'heure actuelle, on constate que la matrice est en rétroversion avec antéflexion. Le corps de l'utérus paraît beaucoup plus mou que la partie cervicale de l'organe; l'orifice externe du col se présente sous forme d'une fente, comme s'il s'agissait d'une nullipare; la cavité utérine a presque complètement disparu, le cathéter introduit dans la matrice n'indiquant que 5 centimètres, y compris la longueur du canal cervical. On se trouve donc en présence d'une atrophie du corps de l'utérus consécutive à une *métrite dissécante*. Les ovaires sont également atrophiés. Par contre, les glandes mammaires sont très bien développées, et, à la pression, les orifices de certains conduits lactifères fournissent un liquide jaunâtre et assez épais, tandis que par d'autres pertuis on voit sourdre un liquide blanc bleuâtre. L'examen microscopique permet de déceler des globules du colostrum et des globules du lait.

L'auteur estime que le fonctionnement durable des glandes mammaires se trouve ici sous la dépendance du processus gangreneux subi par les tuniques muqueuse et musculaire de l'utérus. L'élimination de la couche musculaire avec les culs-de-sac glandulaires qui la pénètrent a rendu impossible la régénération de la muqueuse; or, comme l'intégrité de cette tunique constitue une des conditions *sine qua non* de la menstruation, on comprend qu'il y ait, dans le cas présent, absence de tout écoulement menstruel. On sait, d'autre part, que l'aménorrhée provoque assez souvent des congestions du côté de certains organes (hémorrhagies nasales, pulmonaires, etc.). Il se peut, par conséquent, que l'absence de flux menstruel ait déterminé, chez la malade dont nous venons de résumer l'histoire, une congestion analogue au niveau des glandes mammaires et que la sécrétion lactée persiste chez elle en raison de l'exagération de la tension sanguine dans le système vasculaire de ces glandes.

Quoi qu'il en soit, le fait relaté par M. Tceitline mérite d'autant plus d'être signalé que, sur 20 observations de métrite dissécante que l'auteur a trouvées dans la littérature médicale, aucune ne mentionne l'état des glandes mammaires chez les malades en question. (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, janvier 1900.) — L. CH.

Intoxication alimentaire à forme paralytique, par M. P. Préobragénsky.

L'auteur relate deux cas d'empoisonnement d'origine alimentaire à symptômes insolites, survenus chez une femme, âgée de quarante

ans, et chez son fils, âgé de quinze ans, qui avaient présenté jusqu'alors une bonne santé habituelle.

Les phénomènes morbides apparurent le lendemain d'un repas au cours duquel les deux malades avaient mangé force hors-d'œuvre, tels que anchois, harengs marinés, caviar, etc. Les symptômes consistèrent au début en troubles de la vue, de la déglutition et de la parole, accompagnés de vertige, mais sans céphalalgie. Ces manifestations étaient dues à une paralysie de l'accommodation et de certains muscles oculomoteurs, ainsi que des muscles du voile du palais et de la langue. Les malades présentaient du ptosis des deux côtés et de la diplopie; ils ne distinguaient qu'avec peine les petits objets, même rapprochés; toutefois, la réaction des pupilles à la lumière était normale, et le fond de l'œil n'offrait rien de particulier à l'examen ophtalmoscopique. Pendant la déglutition, les aliments liquides refluaient en partie par le nez; la voix était nasonnée, la parole embarrassée et la motilité de la langue, dans le sens latéral, se trouvait manifestement diminuée.

A ces symptômes, qui n'avaient été précédés ni de troubles gastro-intestinaux ni d'aucun autre prodrome, vinrent bientôt s'ajouter des parésies multiples intéressant la presque totalité des muscles volontaires, notamment ceux de la face, du cou, des membres supérieurs et du thorax. Les patients pouvaient à peine se tenir debout ou rester assis et se servaient difficilement de leurs bras; leur visage présentait l'aspect d'un masque rigide. L'étendue des mouvements respiratoires était sensiblement diminuée; les efforts de toux et l'expectoration étaient presque impossibles. Jamais on n'observa de fièvre, de symptômes psychiques, de phénomènes douloureux, ni de troubles de la sensibilité; les fonctions de la vessie et du rectum demeurèrent intactes. L'inspection de la gorge, répétée à plusieurs reprises, ne permit, à aucun moment, de constater d'angine, et l'examen bactériologique des produits de sécrétion recueillis au niveau des amygdales et des autres parties du pharynx demeura toujours négatif, au point de vue du bacille de Löffler.

Chez les deux malades, les phénomènes morbides, qui avaient présenté des variations d'intensité assez fréquentes, finirent par se dissiper peu à peu, après une durée de plus de deux mois.

M. Préobragénsky admet qu'il s'est agi, en l'espèce, d'une polio-encéphalo-myélite toxique, provoquée par un poison d'origine alimentaire agissant à l'instar de la curarine; il est porté à croire que certaines paralysies multiples, que l'on considère d'habitude comme la conséquence d'une maladie infectieuse, notamment de l'influenza, ne sont autre chose que des intoxications alimentaires à forme paralytique, dont la véritable nature est méconnue. (*Méd. Obozr.*, janvier 1900.)

Une auto-expérience d'inoculation du typhus exanthématique, avec résultat positif, par M. O. Motchoutkovsky.

Après sept tentatives infructueuses (dont cinq sur lui-même) de transmission du typhus exanthématique par inoculation du sang de sujets atteints de cette affection, l'auteur, à la suite d'un huitième essai du même genre, contracta un typhus grave et des mieux caractérisés. Cette expérience intéressante remonte à 1876; depuis lors, M. Motchoutkovsky s'était adonné à l'étude exclusive de la neurologie (il est le promoteur de la suspension comme moyen de traitement du tabes), et n'avait pu poursuivre ses recherches sur la transmissibilité directe des maladies infectieuses aiguës. Il vient néanmoins de se décider à faire connaître son auto-expérience positive, qui, bien qu'elle soit restée isolée, n'en est pas moins très concluante.

Le virus qu'il s'était inoculé provenait d'une jeune ouvrière entrée à l'hôpital pour un empoisonnement volontaire par le phosphore, et qui séjourna à cette occasion dans le voisinage de la salle réservée aux typhiques. Elle quitta bientôt le service complètement guérie de son intoxication, mais, trois semaines après, elle dût se faire admettre de nouveau à l'hôpital pour un typhus exanthématique typique. C'est au dixième jour, alors que la presque totalité de la surface du corps de la malade était recouverte de pétéchies, que M. Motchoutkovsky s'inocula du sang prélevé au moyen d'une incision à l'avant-bras.

Pendant dix-sept jours, l'auteur ne ressentit rien; mais le matin du *dix-huitième*, il fut pris d'un frisson intense, suivi d'une élévation rapide de la température à 40°3, avec délire et état comateux; ce dernier persista jusqu'à la fin de la période fébrile, c'est-à-dire durant quatorze jours. L'éruption roséolique fut constatée à partir du quinzième jour de la maladie par les médecins qui soignaient notre confrère; la desquamation commença onze jours plus tard et la convalescence s'annonça le vingt-troisième jour après le début de l'affection. La courbe thermométrique fut identique à celle de la malade dont M. Motchoutkovsky s'était inoculé le sang et qui guérit également. Cependant, chez cette dernière on n'avait constaté aucune complication, tandis que notre confrère présenta des symptômes cérébraux graves, de la bronchite, et, enfin, une myocardite avec arythmie cardiaque consécutive, ayant persisté pendant dix-huit ans.

Ces faits prouvent d'une façon irrécusable que le typhus exanthématique est transmissible directement à l'homme sain par l'inoculation du sang des typhiques, lequel contient, par conséquent, l'agent pathogène de la maladie. (*Roussk. arkhiv. patol., klin. méd. i baktériol.*, janvier 1900.)

Traitement de la pelvipéritonite purulente, par M. L. Linguen.

En se basant sur un nombre assez considérable de cas de pelvipéritonite purulente observés, pendant ces quatre dernières années, à l'hôpital Petropavlovsk de Saint-Pétersbourg, M. Linguen estime que les moyens purement médicaux, tels que les applications de glace sur l'abdomen, l'emploi de calmants, etc., restent indiqués contre cette affection tant que l'abcès pelvien ne proémine pas dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Si, malgré ce traitement associé au repos, l'exsudat, loin de se résorber, tend à bomber dans le vagin, il faut pratiquer la colpotomie postérieure, à l'aide du bistouri ou du thermocautère, au niveau du point le plus saillant. Il est rare qu'on soit obligé de choisir une autre voie. C'est ainsi que, sur 26 cas ayant nécessité une opération et dont *15 se trouvaient compliqués de pyosalpinx ou d'abcès de l'ovaire,* 4 seulement n'étaient pas justiciables de la colpotomie; dans 5 autres faits, il fut nécessaire de compléter ultérieurement l'incision du cul-de-sac postérieur par une nouvelle intervention. Au point de vue des résultats définitifs, on n'a eu à enregistrer que 3 décès (pelvipéritonite tuberculeuse, septicopyémie puerpérale avec abcès pulmonaires, pelvipéritonite due probablement à une appendicite); la plupart des malades ont été complètement guéries, d'autres ont conservé des empâtements ou des déviations utérines, mais toutes ont pu reprendre leur travail. (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, janvier 1900.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Un procédé perfectionné d'anesthésie cocaïnique de la membrane du tympan.

On sait que l'application d'une solution même concentrée de cocaïne sur le tympan n'insensibilise ce dernier que d'une façon insuffisante et n'empêche pas le patient d'éprouver une douleur plus ou moins vive au moment de la paracentèse. Cela tient à ce que le tympan est recouvert d'une couche cutanée qui empêche la pénétration du liquide anesthésique jusqu'aux ramifications terminales des nerfs sensitifs. Or, M. le docteur A. Gray, otologiste du Dispensaire central de Glasgow, a trouvé qu'il est possible d'obtenir une anesthésie complète de cette membrane, en se servant de cocaïne dissoute dans le mélange, très diffusible, d'alcool et d'huile d'aniline.

Voici la formule préconisée par notre confrère :

Chlorhydrate de cocaïne ..	1 gramme.
Alcool dilué	āā 10 grammes.
Huile d'aniline	

On verse dans le conduit auditif quelques gouttes de ce liquide, en recommandant au malade de tenir la tête inclinée du côté opposé pendant cinq minutes environ. Au bout de ce laps de temps, on peut opérer sans provoquer la moindre douleur.

Lorsqu'on a affaire à un tympan fortement épaissi par suite de sclérose avancée, il faut employer une solution ainsi formulée :

Chlorhydrate de cocaïne.......	2 grammes.
Alcool absolu..................	6 —
Huile d'aniline	14 —

Cette préparation peut servir aussi pour l'anesthésie de la cavité de l'oreille moyenne, alors qu'il s'agit d'enlever à la curette des végétations, des polypes sessiles ou des fragments osseux.

Il faut noter que, sous l'influence de l'huile d'aniline, la transparence de la membrane tympanique augmente au point que l'on distingue beaucoup plus nettement que d'habitude la longue branche du marteau, la tête de l'étrier et la fenêtre ronde.

La cure des nævi vasculaires par l'air surchauffé.

Contre les angiomes caverneux ou plexiformes qui, en raison de leur étendue ou de leur siège (oreille, nez, lèvres), ne se prêtent pas à l'exérèse, M. le docteur E. Holländer (de Berlin) a recours avec succès aux applications d'air surchauffé qu'il a déjà préconisées dans le traitement du lupus (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 348, et 1899, p. 159).

Cette méthode permettrait d'obtenir, le plus souvent en une seule séance, la guérison radicale, sans effusion de sang ni cicatrice apparente, des télangiectasies les plus étendues. Sous l'influence de l'air surchauffé, la tumeur vasculaire pâlit et se ratatine au point qu'à son niveau la surface cutanée présente une dépression plus ou moins marquée, au lieu de la voussure qui existait auparavant.

On doit faire agir l'air chaud jusqu'à ce que la peau prenne la consistance de cuir sec, condition nécessaire à l'oblitération définitive des vaisseaux. Pour s'assurer qu'on est arrivé à ce résultat, on pratique une incision au bistouri : si aucun écoulement sanguin ne se produit, on peut cesser la séance; dans le cas contraire, on arrête la petite hémorrhagie par la compression et on procède à de nouvelles applications d'air surchauffé.

Par la suite, il est utile de badigeonner la partie traitée avec une solution de nitrate d'argent à 5 ou 10 %, afin d'empêcher le développement de granulations.

La position élevée du tronc dans le traitement post-opératoire de la péritonite septique généralisée.

Dans une série de 9 cas de péritonite septique généralisée pour lesquels il avait pratiqué la laparotomie suivie de la toilette du péritoine et du drainage de la cavité abdominale, M. le docteur G. R. Fowler, professeur de chirurgie à la New York Polyclinic, a obtenu la guérison de tous ses malades en maintenant le tronc dans une position déclive pendant la durée du traitement post-opératoire.

Pour ce faire, il suffit d'élever de 30 à 35 centimètres le chevet du lit. Un oreiller, plié en deux et fixé transversalement, sert de point d'appui aux fesses et empêche le patient de glisser. Cette attitude facilite singulièrement l'évacuation par les drains des produits de sécrétion péritonéale.

Pansement des plaies obstétricales au moyen de l'acétanilide.

Fréquemment utilisée en Amérique dans le pansement des plaies, l'acétanilide ne figure pas encore parmi les substances antiseptiques employées couramment en Europe. Or, d'après Mme O. V. Prokofiéva, docteur en médecine à Saint-Pétersbourg, ce produit constituerait un excellent moyen de pansement de toutes les érosions et pertes de substance résultant de l'accouchement, ainsi que des déchirures du périnée préalablement suturées.

Dans les nombreuses observations de Mme Prokofiéva, les plaies, saupoudrées d'acétanilide ou pansées au moyen de tarlatane imprégnée de ce produit, se sont toujours cicatrisées rapidement sans suppuration et sans le moindre symptôme d'intoxication. L'acétanilide a exercé, en outre, une action analgésique, particulièrement manifeste lorsqu'il s'agissait de solutions de continuité siégeant au niveau du clitoris, de l'orifice de l'urèthre ou de l'entrée du vagin.

TRAVAUX ORIGINAUX

Action de l'iodoforme sur les tissus normaux.

Lorsqu'on introduit de l'iodoforme dans la cavité d'un abcès tuberculeux, dans une plaie en suppuration ou dans un trajet fistuleux, il n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire d'expliquer exactement ce qui se passe dans les tissus pathologiques au contact de cet agent, en un mot de déterminer le comment et le pourquoi de son action.

Nous laisserons ici complètement de côté les effets généraux de l'absorption de l'iodoforme, qui sont bien connus depuis longtemps et qui ont été étudiés particulièrement au point de vue toxicologique.

De même, nous ne dirons qu'un mot de l'action de ce corps sur les agents microbiens, au sujet de laquelle on a écrit un nombre considérable de mémoires.

Au contraire, les effets de l'iodoforme sur les tissus normaux ont été peu étudiés, et cependant, à notre avis, c'est vraisemblablement dans les résultats des recherches faites dans cet ordre d'idées qu'on trouvera en partie l'explication de la façon dont agit l'iodoforme.

I

Nos expériences ont consisté en injections d'huile iodoformée à $^{1}/_{12}$ environ; sur 4 chiens, nous avons injecté 8 c.c. de cette solution dans le péritoine et 2 grammes dans l'articulation du genou; chez une lapine adulte, nous avons fait une injection de 2 grammes dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Enfin, nous avons, sur quelques cobayes, introduit de la poudre d'iodoforme dans le tissu cellulaire sous-cutané, après incision; nous pratiquions ensuite la suture.

Péritoine du chien. — Un premier chien a été sacrifié vingt-quatre heures après l'injection. Le péritoine ne contenait pas de liquide. Le grand épiploon était rétracté le long du côlon transverse, mais il se laissait facilement déplisser.

Après avoir étalé des feuillets épiploïques sur des lames de verre, on a traité les préparations par une solution à $^{1}/_{100}$ de nitrate d'argent, puis on les a colorées par une solution faible de bleu de méthylène ou de violet d'aniline.

Les cuticules des cellules endothéliales avaient toutes disparu et ces cellules elles-mêmes avaient été en partie détruites.

Sur les mailles, on voyait beaucoup de granulations graisseuses provenant de l'huile injectée, un petit nombre de globules blancs migrateurs, et, de distance en distance, des noyaux ovoïdes de cellules plasmatiques avec très peu de protoplasma.

En résumé, *destruction d'une grande quantité de cellules endothéliales dont on ne retrouvait pas de traces; disparition de toutes les cuticules cellulaires; diapédèse peu marquée.*

Un second chien a été sacrifié le troisième jour. L'ouverture du ventre de cet animal a permis de constater une péritonite très évidente, sans qu'il y eût, toutefois, de liquide dans la cavité péritonéale.

Une partie du grand épiploon était rétractée du côté de son insertion au côlon transverse et formait là un nœud irrégulier; on a pu, cependant, le déplier et l'étaler sans déchirure. En ce point, les lames épiploïques étaient chiffonnées comme une toile de batiste mouillée; il y avait entre elles un peu de fibrine qui les rendait adhérentes.

De plus, une portion de la membrane épiploïque était soudée à la vessie très distendue. Nous avons détaché cette partie de la vessie en ayant soin de ne pas décoller le péritoine adjacent, afin d'en pratiquer l'examen histologique complet sur des coupes.

Les préparations du grand épiploon, étalées sur des lames de verre et traitées par le nitrate d'argent, puis colorées, ne montrent plus de cuticules cellulaires.

Les travées des mailles épiploïques présentent beaucoup de granules et de gouttelettes de graisse provenant évidemment de l'huile injectée qui n'a pas été résorbée. Elles offrent aussi des lésions très nettes d'inflammation : on y trouve des leucocytes, généralement mononucléaires, en petit nombre, agglutinés à des fibrilles de fibrine qui passent par-dessus les mailles épiploïques ou s'insèrent sur le pourtour de leur paroi, et d'autres infiltrés dans le tissu conjonctif des travées épaisses. Sur les parois minces, on voit beaucoup de cellules endothéliales relevées, à pied, à protoplasma abondant, à noyaux ovoïdes volumineux, souvent doubles dans une même cellule.

Ces lésions histologiques existent sur tout le grand épiploon, mais elles sont particulièrement marquées dans le point où cette membrane s'était pelotonnée et au niveau de son adhérence à la vessie.

Nous avons fait, après durcissement, des préparations comprenant l'adhérence péritonéo-vésicale, la paroi musculeuse et la muqueuse de la vessie. Nous avons constaté sur ces coupes qu'une inflammation adhésive s'était produite, par l'intermédiaire de fibrine, de cellules plasmatiques et de leucocytes, entre une lame du grand épiploon enflammé et la surface péritonéale de la vessie. Nous ne donnons pas la description détaillée de ces coupes, parce qu'elles reproduisent exactement ce que l'un de nous a décrit à propos des adhérences du péritoine à la surface péritonéale de l'intestin à la suite des ligatures séro-séreuses (1).

Un troisième chien a été tué six jours après une injection péritonéale du même liquide et à la même dose. La surface du péritoine n'offrait chez lui rien d'apparent à l'œil nu; ni liquide épanché ni adhérences. Le grand épiploon était étalé sur l'intestin grêle et jusque dans le petit bassin. Il était très facile de le soulever, de séparer ses membranes en contact et d'en faire des préparations. Sur presque toute son étendue, la nitratation faisait apparaître très nettement les minces cuticules, visibles grâce à leur contour noirci. Les préparations colorées au bleu de thionine en solution faible montraient à la fois les cuticules, les noyaux et le protoplasma des cellules endothéliales situées au-dessous des cuticules. Ces cellules, qui n'avaient pas de rapport avec les cuticules, étaient volumineuses et nombreuses, anastomosées le plus ordinairement entre elles, et renfermaient chacune un ou deux noyaux ovoïdes volumineux. Ces détails indiquaient une inflammation antérieure presque terminée. Les travées plus volumineuses contenaient des globules blancs mononucléaires, restes de l'inflammation.

Dans les travées dont les cuticules n'étaient pas encore formées, les cellules endothéliales étaient presque toutes réappliquées aux filaments épiploïques, mais saillantes, gonflées, quelques-unes attachées à la paroi par un pédicule plus ou moins long. Il y avait à la surface des travées quelques gouttelettes graisseuses provenant de l'huile injectée. Parfois, les cellules endothéliales avaient passé sur une gouttelette huileuse et l'englobaient en la retenant appliquée contre la paroi.

En définitive, nous avions affaire dans cette expérience à une réparation presque terminée de l'endothélium du grand épiploon. Mais cette réparation s'accompagnait, comme dans les inflammations purement traumatiques, d'une formation nouvelle abondante des cellules endothéliales et des cellules du tissu conjonctif des cloisons vascularisées plus volumineuses de cette membrane.

(1) Cornil. Sur le mode de réunion séro-séreuse des anses intestinales. (*Semaine Médicale*, 1896, p. 302.) — Des modifications que subissent les cellules endothéliales dans les inflammations et en particulier dans les adhérences des membranes séreuses et dans la pneumonie. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv. 1897.)

Séreuses articulaires du chien. — Nous avons examiné la synoviale du genou de plusieurs chiens sacrifiés vingt-quatre heures, trois jours et six jours après une injection d'huile iodoformée.

L'articulation, ouverte et comparée à celle qui est restée saine, se montre plus congestionnée et contient plus de liquide. Ce liquide est muqueux, mais présente parfois, dans les premiers jours, quelques dépôts de fibrine.

Au bout de vingt-quatre heures, la lésion de la synoviale consiste essentiellement dans la chute des cellules endothéliales superficielles et dans une infiltration du tissu conjonctif et du tissu des franges adipeuses par une grande quantité de leucocytes pour la plupart polynucléaires.

Ainsi, dans la figure 1, qui représente une coupe de la surface de la synoviale, on voit en *a* deux cellules endothéliales seulement qui sont restées en place. Les autres sont tombées dans le liquide articulaire où elles sont devenues

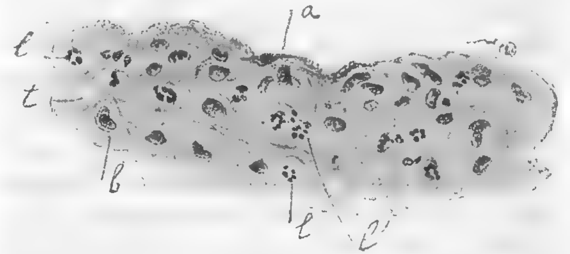


Fig. 1.

granuleuses et sphériques. Le premier effet de l'huile iodoformée est une action nécrosante sur l'endothélium. En même temps, il y a appel de leucocytes polynucléaires, *l*, *l*, dans tout le tissu conjonctif, *t*. Les cellules fixes de ce dernier sont conservées et leurs noyaux assez volumineux, comme en *b*.

Cette diapédèse leucocytaire est très généralisée et s'étend à tout le tissu cellulo-adipeux de la synoviale. Sur les nombreuses coupes que nous avons examinées, provenant de deux chiens sacrifiés après vingt-quatre heures, nous avons vu dans tous les bourrelets adipeux, dans les franges et dans tous les tissus graisseux que recouvre la séreuse une infiltration de leucocytes dans les mailles celluleuses qui circonscrivent les vésicules et cellules adipeuses, ainsi que cela est représenté dans la figure 2.

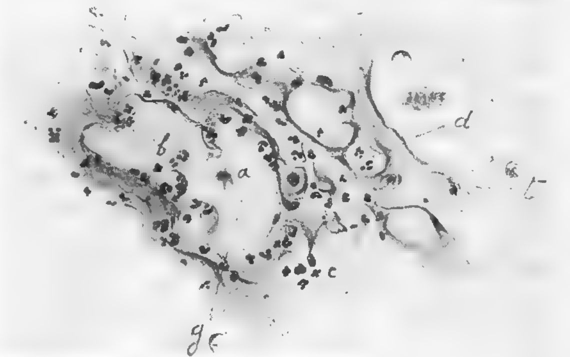


Fig. 2.

Les cellules adipeuses elles-mêmes sont rarement en place; parfois elles sont détachées et libres dans une vacuole adipeuse plus ou moins remplie de leucocytes, comme cela se voit en *a*. Les loges occupées par la graisse, *g*, *d*, sont souvent pleines de leucocytes presque tous polynucléaires, *b*, *d*. Il s'agit donc d'une inflammation assez intense, avec appel considérable de leucocytes polynucléaires, et ayant débuté par une mortification et une désintégration plus ou moins complète des cellules fixes. Vingt-quatre heures après le début de cette inflammation, on trouve déjà un grand nombre de ces leucocytes en voie de désagrégation et réduits à des grains de nucléine, leur protoplasma étant détruit.

Cette inflammation de la séreuse articulaire se continue ensuite par l'hypertrophie et la néoformation des cellules fixes, appartenant les unes à la surface de la séreuse, les autres à son

tissu conjonctif. Cette néoformation parallèle des cellules endothéliales superficielles et des cellules plasmatiques du tissu conjonctif s'accompagne de la disparition progressive des leucocytes.



Fig. 3.

Cette poussée cellulaire est surtout très marquée et exubérante le troisième jour après l'injection iodoformée. La figure 3 en est un exemple manifeste. Sur une coupe de la surface *s* de la séreuse, on voit en effet une couche superficielle épaisse de cellules endothéliales, *a*, *a*, dont les noyaux sont irrégulièrement ovoïdes ou discoïdes et dont les contours protoplasmiques ne sont pas toujours distincts. Dans le tissu conjonctif sous-jacent, *t*, on voit de nombreuses cellules du tissu conjonctif à noyaux volumineux. Il n'y a déjà presque plus de leucocytes, et les débris de ces éléments qui persistent sont réduits à de petits fragments de nucléine. En *v* est un vaisseau capillaire dont la lumière est bordée de cellules endothéliales. A ce moment, les préparations qui portent sur le tissu adipeux de la synoviale montrent les cellules adipeuses volumineuses, avec un protoplasma gonflé et granuleux et de gros noyaux ovoïdes. Il ne reste presque plus de traces de l'infiltration leucocytique notée le premier jour.

Six jours après le début de l'inflammation, les cellules de la surface de la séreuse, aussi bien que celles du tissu cellulo-adipeux, sont toujours hypertrophiées et en multiplication. Ainsi, à la surface, on trouve deux ou trois rangées de grosses cellules endothéliales dont le protoplasma est bien arrêté; quelques-unes sont munies d'un pied ou isolées et saillantes. Les cellules du tissu conjonctif et du tissu adipeux sont également plus volumineuses et plus nombreuses qu'à l'état normal.

Il résulte donc de nos expériences d'injection d'huile iodoformée à faible dose, dans le péritoine aussi bien que dans les séreuses articulaires, que cet agent détermine une inflammation d'une certaine intensité. Elle est caractérisée, au début, par une mortification des cellules fixes en contact avec l'iodoforme et par un appel plus ou moins considérable de leucocytes; puis, au second et au troisième jour, par une multiplication et une vitalité considérables de ces mêmes cellules, qu'elles appartiennent à la surface séreuse ou à son tissu cellulo-adipeux. Cette réaction ne diffère pas sensiblement de ce qu'on peut obtenir avec des agents irritants ou nécrosants, comme le nitrate d'argent, employés à faible dose. La multiplication des cellules et le renforcement de leur activité nutritive, qui persistent pendant une huitaine de jours après les injections iodoformées, en font un excellent agent d'inflammation substitutive.

Tissu conjonctif sous-péritonéal du lapin. — Nous avions pratiqué chez une lapine adulte une injection avec 2 grammes d'huile iodoformée à $^{1}/_{10}$, qui, au lieu de pénétrer dans la cavité péritonéale, s'était arrêtée dans *le tissu conjonctif intermédiaire au péritoine pariétal et aux couches musculeuses de la paroi abdominale.* L'animal fut sacrifié le septième jour après l'opération. A l'ouverture du ventre, le péritoine fut trouvé sain, sauf dans la partie où le tissu conjonctif sous-péritonéal avait été injecté. Là, du côté de la cavité du ventre, on voyait une plaque blanc jaunâtre de la grandeur d'une pièce de deux francs, opaque, couverte d'un léger exsudat fibrineux. Des cristaux d'iodoforme, restés dans le tissu enflammé, lui donnaient sa couleur jaunâtre.

Sur les coupes perpendiculaires à cette plaque inflammatoire, on peut suivre l'infiltration cellulaire par des leucocytes et l'épaississement du tissu conjonctif du péritoine qui atteignent leur maximum au centre et vont en décroissant jusqu'à la périphérie. Le revêtement endothélial du péritoine est également enflammé et épaissi.

Ainsi, en examinant, sur les coupes, le péritoine à la circonférence de la partie enflammée, on voit une seule couche de cellules plates et une mince épaisseur de tissu conjonctif. C'est

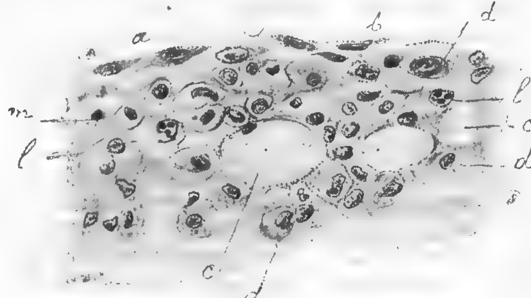


Fig. 4.

ce que représente la figure 4, où la surface péritonéale montre des cellules endothéliales, *a*, *b*, restées en place. Au-dessous d'elles, le tissu conjonctif du péritoine pariétal montre ses cellules plasmatiques, *d*, *d*, *d*, très volumineuses, de forme épithélioïde, et des leucocytes mononucléaires, *m*, ou polynucléaires, *l*. Les cellules adipeuses, *c*, *c*, ne sont pas notablement altérées. Mais, en se rapprochant du centre, on constate que les cellules endothéliales deviennent grosses, pressées, se relèvent (cellules à pied) et se rangent enfin en plusieurs couches, où elles sont mêlées à un dépôt de fibrine et à des leucocytes. Les cellules du tissu conjonctif sont également très tuméfiées et multipliées. Dans la partie la plus épaisse de ce tissu conjonctif, au centre de la plaque, nous avons vu des lésions très intenses et remarquables, que nous avons représentées dans les figures suivantes.

L'inflammation du tissu conjonctif sous-péritonéal, qui se continuait depuis sept jours, avait donné lieu à une irritation des vaisseaux lymphatiques caractérisée par l'hypertrophie et la multiplication de leurs cellules endothéliales.

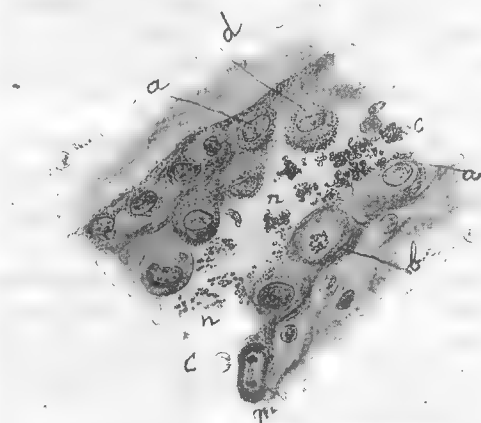


Fig. 5.

Ainsi, dans la figure 5 qui représente en *c*, *c*, la lumière d'un lymphatique, on voit des cellules endothéliales tuméfiées, *a*, parfois en division indirecte comme en *b* et en *m*, ou détachées de la paroi comme en *d*. Remarquons, en passant, que la lumière de ce vaisseau lymphatique présente des grains colloïdes bizarrement groupés, *n*, *n*, comme M. Ranvier en a signalé.

Dans ce même tissu conjonctif enflammé, les cellules adipeuses montrent une prolifération de leurs noyaux ou une accumulation de cellules dans l'intérieur des vésicules adipeuses où les nouveaux éléments ont pris la place de la graisse absorbée par l'activité de leur nutrition. Aussi ces logettes, au lieu de renfermer des gouttelettes graisseuses, sont-elles remplies par



Fig. 6.

de véritables cellules géantes, *a*, *b*, *c*, *d*; l'une d'elles, *a*, contient plusieurs cellules conjonctives dont le protoplasma se fusionne et montre une vacuole. En *v*, *v'*, *v''*, *v'''* sont des capillaires sanguins plus ou moins dilatés. Cette transformation de la graisse en cellules géantes, dans l'inflammation du tissu cellulo-adipeux du chien, a été représentée par Cornil et Ranvier dans la première édition de leur manuel (1).

Il s'agit, en somme, dans ce cas d'une inflammation analogue à toutes celles qu'on peut produire soit par un traumatisme, soit par un agent irritant aseptique.

II

Après avoir relaté les résultats de nos expériences, nous allons maintenant passer en revue les remarques faites par les auteurs concernant les divers points sur lesquels ont porté nos recherches.

Diapédèse : Binz (2) irritait d'abord le mésentère d'une grenouille en l'exposant à l'air et provoquait ainsi la diapédèse des globules blancs; puis il versait de l'huile iodoformée sur le mésentère. Au bout de quelques heures, il constatait que les globules qui avaient émigré n'avaient plus de mouvements, qu'ils étaient comme « fixés », tandis que les autres globules blancs n'étaient pas sortis des vaisseaux.

Haasler (3), ayant placé des cristaux d'iodoforme dans le canal médullaire de lapins, après avoir détruit la moelle, observa, dès les premiers jours, une grande quantité de leucocytes dans la néoformation médullaire au voisinage des blocs d'iodoforme, tandis qu'au contact même des cristaux et dans leurs interstices les leucocytes étaient relativement peu nombreux et en voie de destruction. Cette production leucocytaire était plus abondante avec l'iodoforme qu'après l'ablation pure et simple de la moelle.

Von Büngner (4), dans des expériences faites pour étudier l'action de l'iodoforme sur la formation des cellules géantes, introduisit dans le péritoine de cobayes des éponges imprégnées de cette substance; il constata bientôt une très forte infiltration de globules blancs à la périphérie du corps étranger, et en conclut que l'iodoforme possède une action chimiotactique positive sur les cellules migratrices.

Lomry (5), dont les recherches ont surtout porté sur les effets de l'iodoforme vis-à-vis des

(1) Cornil et Ranvier. Manuel d'histologie pathologique, p. 80. Paris, 1869.

(2) Binz. Ueber das Verhalten der Auswanderung farbloser Blutzellen zum Jodoform. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, LXXXIX, 3.)

(3) Haasler. Ueber die Regeneration des zerstörten Knochenmarks und ihre Beeinflussung durch Jodoform. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 1.)

(4) Von Büngner. Ueber die Einheilung von Fremdkörpern unter der Einwirkung chemischer und mikroparasitärer Schädlichkeiten. (*Arch. f. klin. Chir.*, L, 4.)

(5) Lomry. Ueber den antiseptischen Wert des Jodoforms in der Chirurgie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIII, 4, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 48.)

agents microbiens, a constaté que ce corps exerce une action à peu près nulle, mais plutôt un peu favorable, sur les mouvements amiboïdes et la fonction leucocytaire en général.

R. Meyer (1) a répété les expériences de von Büngner et n'admet pas les conclusions de cet auteur. Il n'a pas noté que les leucocytes fussent plus nombreux après l'emploi d'éponges iodoformées qu'avec des éponges phéniquées, par exemple. D'après lui, le fait mécanique seul de la présence du corps étranger suffit pour provoquer l'action chimiotactique.

Les expériences précédentes s'expliquent très facilement malgré leur contradiction apparente; Binz a vu que l'iodoforme tue les globules blancs sortis des vaisseaux; la première action de l'iodoforme est, en effet, nécrotique au contact des cellules; c'est ce que nous avons observé pour les cellules endothéliales du péritoine et des séreuses. Le grand traumatisme provoqué par Haasler ne permet pas d'analyser l'action spéciale de l'iodoforme.

Les injections que nous avons faites dans le péritoine et la séreuse articulaire du genou montrent qu'après l'action nécrosante de l'iodoforme sur l'endothélium superficiel, il y a appel de leucocytes en quantité plus ou moins considérable, mais que cet envahissement leucocytaire dure peu, et qu'il est suivi, dès le second ou le troisième jour, par une suractivité de nutrition et de formation des cellules endothéliales et plasmatiques.

Formation des cellules géantes : Marchand (2) et Meyer (3), par des expériences faites à l'aide d'éponges imprégnées d'iodoforme et introduites sous l'aponévrose dorsale du lapin, ont constaté qu'il ne se formait pas de cellules épithélioïdes et, dans la suite, pas de cellules géantes à la périphérie des éponges, contrairement à ce qui avait lieu quand ils se servaient d'éponges stérilisées ou imprégnées d'acide phénique.

Von Büngner (4), expérimentant sur le péritoine de cobayes à l'aide d'éponges stérilisées et iodoformées, a observé, contrairement aux auteurs précédents, une abondante pullulation de cellules migratrices autour des éponges; il a vu, au quatrième jour, des cellules granuleuses qui bientôt formaient des cellules géantes très volumineuses.

Il est assez difficile d'expliquer pourquoi les résultats de ces auteurs sont contradictoires. Il est possible que l'iodoforme non dissous constitue en un point donné un véritable corps étranger, enkysté en quelque sorte, et que, dès lors, des cellules géantes se forment autour de lui. C'est ce que nous avons noté dans l'une de nos expériences.

Action sur les épithéliums et les endothéliums : Stubenrauch (5), ayant injecté dans le rein de lapins 10 c.c. d'une émulsion gommeuse d'iodoforme, commença déjà à voir, au bout de douze heures, des traces de dégénérescence des tubes urinifères au contact des cristaux d'iodoforme, et plus tard, au bout de trois jours et de quatorze jours, il nota une dégénérescence granulo-graisseuse très étendue de l'épithélium rénal. Le processus aboutit en somme à la disparition d'un grand nombre de cellules. Stubenrauch a vu des traumatismes du rein déterminer les mêmes dégénérescences, mais limitées au voisinage du trauma, tandis qu'avec l'iodoforme les lésions portent sur une grande partie de l'organe. La quantité relativement considérable d'iodoforme injecté par Stubenrauch explique ces phénomènes de destruction.

Action sur le tissu conjonctif : Hübener (1), en introduisant dans le péritoine d'animaux de l'iodoforme en poudre ou en cristaux, a noté la formation rapide de tissu conjonctif embryonnaire. Stubenrauch (2), par l'action de l'iodoforme sur un tissu chroniquement enflammé — hydrocèle de la tunique vaginale —, a signalé une néoformation et une hyperplasie considérables des éléments du tissu conjonctif de la tunique vaginale.

Action sur les tissus pathologiques : Les notions précédemment exposées permettent d'apprécier en partie le rôle de l'iodoforme dans les faits complexes qui se passent dans la paroi des abcès tuberculeux, par exemple, à la suite des injections.

Bruns et Nauwerck (3) ont examiné des parois d'abcès traités par les injections d'iodoforme en solution dans la glycérine et l'alcool. Bien que, de ce fait, leurs résultats soient contestables au point de vue de l'action propre de l'iodoforme, nous devons les relater, d'autant plus que Stubenrauch a obtenu des effets semblables par l'emploi d'une émulsion gommeuse d'iodoforme. Donc, Bruns et Nauwerck ont noté que le processus de destruction des nodules tuberculeux, si bien décrit par Lannelongue (4), est hâté par une riche exsudation cellulaire. Les divers éléments du tissu conjonctif qui forment la membrane granuleuse prolifèrent et donnent naissance à un tissu de bonne nature qui évolue vers l'état fibreux.

Stubenrauch (5) a étudié un ganglion tuberculeux enlevé six jours après l'injection d'une émulsion gommeuse d'iodoforme. Il a vu que le tissu sain était séparé de la partie nécrosée des nodules par une zone de globules blancs. Dans les points où le processus tuberculeux cessait, on trouvait des amas de leucocytes et des cellules fusiformes. Le même auteur a examiné aussi deux parois d'abcès extirpées après deux et trois injections. La couche granuleuse était constituée par un tissu cellulaire riche en leucocytes; dans le premier cas, où l'on avait fait deux injections faibles, on trouvait encore quelques tubercules, mais dans l'autre, où l'on avait pratiqué trois injections plus fortes, la membrane granuleuse, au bout de vingt-deux jours, se présentait comme un tissu sain de granulation.

Pouvoir bactéricide : L'action de l'iodoforme sur les tissus est d'autant plus importante à connaître que, par lui-même, cet agent n'est qu'un médiocre bactéricide. Les expériences de Heyn et Rovsing, de Lübbert, de Neisser, etc. ont montré que des cultures des microorganismes de la suppuration, et en particulier du staphylococcus aureus, ne sont pas tuées par l'iodoforme. Pour ce qui concerne la tuberculose, Wagner (6) a constaté que les vapeurs d'iodoforme amènent la mort des bacilles au bout de quatre semaines; d'après Troje et Tangl (7), les cultures, au contact de l'iodoforme soit en poudre, soit en vapeurs, cessent de se reproduire au bout de quatre semaines, mais ne meurent qu'au bout de cinquante jours.

Cependant, l'iodoforme agit, et cela d'une manière évidente, dans les abcès tuberculeux dont il amène le plus souvent la guérison, parfois même très vite. On admet depuis longtemps que cette action est due à sa décomposition. Pour Högyes (1), l'iodoforme est décomposé dans l'organisme par les graisses; dans le pus, cette décomposition aurait pour agents soit les microorganismes, suivant Sattler (2), soit les ptomaïnes, d'après de Ruyter (3). De l'iode serait mis en liberté, et cet iode à l'état naissant aurait une action puissante sur les agents microbiens et leurs produits, les ptomaïnes, dont la virulence serait considérablement atténuée, sinon détruite. Des recherches ultérieures, parmi lesquelles nous signalerons celles de Karlinski (cité par Stubenrauch), de Maurel (de Toulouse) (4), de Stchégoleff (5), de Lomry (6) ont confirmé les résultats indiqués par Sattler et de Ruyter. Ces données s'appliquent non seulement au pus tuberculeux, mais à la suppuration en général.

C'est donc à sa décomposition, principalement à la mise en liberté de l'iode, que sont dues les propriétés remarquables de l'iodoforme comme agent de désinfection, propriétés que personne ne conteste et qui sont connues depuis bien longtemps. Actuellement encore, et malgré l'apparition presque journalière d'une foule de produits antiseptiques, on a volontiers recours à l'iode comme moyen de désinfection en chirurgie aseptique. C'est ainsi que Mikulicz (7), pour se garantir de l'infection par la peau dans les plaies à réunion immédiate, badigeonne le champ opératoire avec de la teinture d'iode avant l'opération, et recommande, pour l'asepsie des ongles, de tremper le bout des doigts dans la teinture d'iode.

De même, Quénu (8) préconise, après divers lavages antiseptiques des mains, des instillations de teinture d'iode sous les ongles.

Rydygier (9) conseille aussi, comme temps terminal du nettoyage des mains, l'essuyage avec de la gaze iodoformée imbibée de sublimé.

Ces pratiques ont leur raison d'être, car K. Brunner (10), dans ses recherches sur l'asepsie et l'antisepsie des plaies opératoires, a montré que l'iode en solution saturée dans l'alcool à 50 % constitue le meilleur désinfectant connu.

III

Nous savons maintenant que l'iodoforme agit, d'une part sur les tissus, d'autre part sur les agents microbiens et leurs produits, cette dernière action étant le fait de sa décomposition.

Sur les agents microbiens, l'iodoforme même décomposé n'a pas cependant une action très rapide et l'on ne peut attribuer à son pouvoir bactéricide seul la disparition des microorganismes. Ainsi, en ce qui concerne les abcès tu-

(1) Meyer. Beiträge zur Frage der Riesenzellbildung um Fremdkörper unter dem Einflusse des Jodoform. (*Arch. f. klin. Chir.*, LV, 3, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 301.)

(2) Marchand. Ueber die Bildungsweise der Riesenzellen um Fremdkörper und den Einfluss des Jodoforms hierauf. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, XCIII, 3.)

(3) Meyer. (*Loc. cit.*)

(4) Von Büngner. (*Loc. cit.*)

(5) Stubenrauch. Das Jodoform und seine Bedeutung für die Gewebe. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, XXXVII, 5-6.)

(1) Hübener. Ueber die mechanischen Verhältnisse bei der Resorption von Jodoform; ein Beitrag zur Lehre von der Jodoformintoxication. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XVIII, 1.)

(2) Stubenrauch. (*Loc. cit.*)

(3) Bruns et Nauwerck. Ueber die antituberkulöse Wirkung des Jodoform; klinische und pathologische Untersuchungen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, III, 1.)

(4) Lannelongue. Abcès froids et tuberculose osseuse. Paris, 1881.

(5) Stubenrauch. (*Loc. cit.*)

(6) Wagner. De l'influence exercée par certaines substances médicamenteuses sur le développement des cultures du bacille de la tuberculose (en russe). (*Vratch*, 1889, n° 42.)

(7) Troje et Tangl. Ueber die antituberkulöse Wirkung des Jodoforms und über die Formen der Impftuberkulose bei Impfung mit experimentell abgeschwächten Tuberkelbacillen; vorläufige Mitteilung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 mai 1891.)

(1) Högyes. Anmerkungen über die physiologische Wirkung des Jodoform und über seine Umwandlung im Organismus. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, X, 3-4.)

(2) Sattler. Ueber den antiseptischen Werth des Jodoforms und Jodols. (*Fortsch. der Med.*, 15 juin 1887.)

(3) De Ruyter. Zur Jodoformfrage, *in* Arbeiten aus der chirurgischen Klinik der Universität Berlin. 2e partie. Berlin, 1887. — De l'action de l'iodoforme comme antiseptique (*Semaine Médicale*, 1887, p. 178.)

(4) Maurel. Action comparée de l'iodoforme sur le staphylococcus et sur les éléments figurés du sang humain. (*Semaine Médicale*, 1893, p. 382.)

(5) Stchégoleff. Comment il faut interpréter l'action antiseptique de l'iodoforme. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov. 1894.)

(6) Lomry. (*Loc. cit.*)

(7) Mikulicz. De l'asepsie chirurgicale. (*Semaine Médicale*, 1898, p. 173.)

(8) Quénu. De l'asepsie opératoire (analyse d'un travail de M. Mikulicz). (*Rev. de chir.*, mars 1898.)

(9) Rydygier. Einige Bemerkungen über die auf unserer Klinik geübte Methode der Anti-und Asepsis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 nov. 1898.)

(10) Brunner. Erfahrungen und Studien über Wundinfektion und Wundbehandlung. 3 vol. Frauenfeld, 1898-99, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 298 et 475 et 1899, p. 227.

berculeux, Bruns et Nauwerck (1) pensent que le premier phénomène qui se produit après les injections d'iodoforme est la mort des bacilles, les modifications des tissus ne venant qu'ultérieurement. Les conclusions de ces auteurs sont controuvées par les recherches de Troje et Tangl, d'après lesquelles il faut un contact de treize à dix-huit jours avec l'émulsion iodoformée introduite en une ou deux injections assez fortes, pour que le pus ne provoque plus la tuberculose chez les animaux.

D'après ces derniers, et d'après Stubenrauch qui s'est rallié à leurs conclusions, la mort du bacille est secondaire et consécutive aux modifications survenues dans les tissus, et nous savons par nos expériences que ces modifications sont très rapides et commencent pour ainsi dire dès que l'injection est faite; pour Troje et Tangl, la mort des bacilles résulte de la dégénérescence graisseuse et de la nécrose de la couche granuleuse, dégénérescence qui enlèverait aux microbes leurs moyens de nutrition.

Nous devons conclure de toute cette étude que les modifications éprouvées par les tissus sous l'influence de l'iodoforme jouent un très grand rôle, le principal peut-être, dans les effets de cet agent. Il est évident que la néoformation cellulaire avec tendance à la sclérose constitue un terrain défavorable aux pullulations microbiennes. Mais il est possible qu'il y ait plus que cela dans cette réaction des tissus. Nous pouvons légitimement nous demander si les formations de leucocytes, particulièrement polynucléés, constatées dans quelques-unes de nos expériences, si les cellules plasmatiques, et surtout les grosses cellules à pied, à protoplasma volumineux, ne constituent pas des agents de phagocytose.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse qui est très plausible, les données précédentes nous semblent expliquer les bons résultats obtenus en pratique chirurgicale par l'emploi de l'iodoforme dans les suppurations en général, dans les abcès tuberculeux et dans les trajets fistuleux.

En ce qui concerne les *suppurations en général*, il n'y a pas lieu d'insister, car l'opinion des chirurgiens est faite; tous savent que le pansement iodoformé diminue la suppuration et dessèche les plaies.

Dans la cure des *abcès tuberculeux*, l'accord est à peu près absolu pour reconnaître les bons effets des injections iodoformées. Depuis von Mosetig-Moorhof, Mikulicz, Billroth, Verneuil qui ont, le premier fait connaître, les autres vulgarisé cette pratique, on ne compte plus les succès obtenus : Bruns (2), au Congrès allemand de chirurgie en 1887, indique 40 guérisons sur 54 cas; Kirmisson (3), au Congrès français de chirurgie en 1894, relate 12 observations d'abcès provenant du mal de Pott ou de la coxalgie et guéris par les injections d'éther iodoformé; et depuis l'on a cité un grand nombre d'autres cas du même genre, soit à la Société de chirurgie en 1897 et en 1899, soit dans la *Revue d'orthopédie* en 1897.

Henle (4), relevant les résultats obtenus à la clinique de Mikulicz (Breslau) de 1890 à 1896, a noté une proportion moyenne de 73 % de guérisons sur 166 cas traités par les injections iodoformées. Lannelongue (5) a obtenu sur 17 cas 11 succès.

Ces quelques chiffres, pris dans la masse des

(1) BRUNS et NAUWERCK. (*Loc. cit.*)

(2) BRUNS. De l'action antituberculeuse de l'iodoforme. (*Semaine Médicale*, 1887, p. 179.)

(3) KIRMISSON. Des injections iodoformées dans le traitement des abcès par congestion. (*Semaine Médicale*, 1894, p. 466.)

(4) HENLE. Die Behandlung der tuberkulösen Gelenkerkrankungen und der kalten Abscesse an der chirurgischen Klinik zu Breslau in den Jahren 1890-96. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XX, 2, 3 et fasc. suppl., et *Semaine Médicale*, 1898, p. 319.)

(5) LANNELONGUE. Traitement des abcès tuberculeux symptomatiques ou non d'une altération des os. (*Semaine Médicale*, 1899, p. 35.)

documents qui existent sur ce sujet, montrent les effets réellement satisfaisants de l'iodoforme sur les abcès tuberculeux. Bien entendu, on n'obtient pas la guérison avec une seule injection; deux, trois ou quatre, parfois plus, sont nécessaires pour arriver au but, mais on peut dire que, dans la moyenne des cas, deux ou trois injections suffisent.

Quant aux substances qui servent de véhicule à l'iodoforme ou l'accompagnent, l'importance en paraît médiocre ou nulle, si l'on s'en rapporte aux résultats cliniques. Ainsi Kirmisson et Jalaguier, qui ont conservé l'éther iodoformé employé par von Mosetig-Moorhof ont obtenu, autant qu'on peut l'apprécier, les mêmes succès que von Mikulicz, qui se sert de glycérine iodoformée, et que von Bruns, qui emploie l'huile iodoformée après avoir utilisé, avant 1890, la glycérine et l'alcool comme excipients. De même Lannelongue a eu les bons résultats cités plus haut, en adjoignant à l'éther iodoformé une petite proportion de créosote et une grande quantité d'huile, d'après la formule suivante :

Iodoforme.................. }	ãã 10 grammes.
Ether...................... }	
Créosote...................	2 —
Huile stérilisée...........	90 —

Relativement aux *trajets fistuleux*, on a utilisé l'iodoforme depuis qu'il a été appliqué à la tuberculose chirurgicale, soit en crayons, soit en injections variées. Ici, on ne se trouve plus dans des conditions aussi favorables; à défaut de bacilles qu'on ne rencontre pas toujours dans ces trajets, il s'y trouve en revanche des microbes divers, des corps étrangers plus ou moins adhérents aux tissus et provenant de la désorganisation et de la nécrose des parties molles ou des os. Il est évident que lorsqu'il y a des séquestres proprement dits, on doit commencer par les enlever. Mais la plupart du temps, lorsqu'il s'agit de trajets résultant d'abcès tuberculeux, les séquestres n'existent pas, ou, du moins, s'ils existent sans qu'on puisse les constater, ils n'empêchent pas la guérison. C'est ce que démontre l'analyse des faits. Ainsi Henle, dans le travail cité plus haut, mentionne que les trajets fistuleux peuvent être rendus aseptiques par les injections de glycérine iodoformée, faites soit directement dans les trajets, soit autour d'eux dans l'épaisseur des tissus; il a obtenu ainsi la guérison dans les deux tiers des cas. Kirmisson (1) déclare que seul le traitement conservateur — dont la médication iodoformée constitue la majeure partie — permet de guérir le plus grand nombre des fistules.

Il faut reconnaître cependant que, dans la pratique, on éprouve de réelles difficultés pour introduire l'iodoforme dans les trajets. Les projections de poudre avec des soufflets ne conviennent qu'aux fistules courtes et bien ouvertes. Les injections de glycérine, d'huile, d'éther iodoformés même ne laissent déposer l'iodoforme qu'après un temps considérable, de telle sorte qu'on fait pénétrer en réalité une faible quantité de produit dans un trajet qui est parfois long, complexe, insuffisamment drainé. Aussi l'un de nous (Coudray) a-t-il préconisé au commencement de l'année dernière un nouveau mode d'emploi de l'iodoforme, visant particulièrement ces fistules interminables ou suppurant abondamment, telles que celles qui résultent du mal de Pott ou de la coxalgie. A l'aide de « l'ipsileur », l'iodoforme en suspension dans le chlorure d'éthyle est projeté dans les plaies et les drains. Le chlorure d'éthyle bout à 10°; il suffit d'élever un peu la température pour qu'il sorte de l'appareil à l'état de gaz entraînant l'iodoforme, qui se dépose instantanément en couche mince et uniforme. De plus, la pression gazeuse, qu'on règle à volonté par la température donnée au liquide, chasse des trajets et des drains tous les corps étrangers et parcelles nécrotiques qui y créent autant de centres d'infection. Ce procédé réalise une bonne antisepsie et donne aussi des résultats intéressants au point de vue de l'élimination des produits tuberculeux.

(1) KIRMISSON. Traitement de la coxalgie. (*Semaine Médicale*, 1899, p. 413.)

V. CORNIL,
Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu.

COUDRAY,
Ancien chef adjoint de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 1er et 8 mai 1900.

Traitement chirurgical du prolapsus du rectum.

M. Delorme relate les observations de trois malades atteints de prolapsus du rectum, qui ont été traités par l'excision de la muqueuse rectale et par la suture au pourtour de l'anus des lèvres de la muqueuse excisée. Un de ces malades est mort, les deux autres sont complètement guéris, l'un depuis dix-huit mois, l'autre depuis dix mois. Chez tous deux il n'y a plus aucune procidence du rectum, même pendant les efforts de défécation; le sphincter anal a recouvré sa contractilité et on n'observe pas trace de tissu cicatriciel ni au pourtour ni à l'intérieur de l'anus.

D'après l'orateur, l'ablation de la muqueuse rectale, réservée jusqu'ici au traitement des prolapsus purement muqueux, est également applicable aux prolapsus intéressant toutes les tuniques de l'intestin.

Cette opération est indiquée surtout chez l'adulte et l'enfant dont les tissus présentent des conditions d'adhésion particulièrement favorables.

L'excision de la muqueuse ne doit pas être trop étendue; dans les prolapsus avec invagination même volumineux, l'ablation d'une portion de 20 à 30 centimètres de longueur paraît suffisante.

Le traitement consécutif a une importance considérable; il consiste à immobiliser la région anale jusqu'à production d'une cicatrice solide. Pour obtenir ce résultat, il faut appliquer un pansement occlusif qui assure d'une façon parfaite la contention des parties. Celle-ci sera encore favorisée par l'application de liens au niveau des genoux, de façon à empêcher les mouvements des membres inférieurs. Le malade devant rester plusieurs jours sans aller à la selle, on le soumettra immédiatement après l'opération à une diète rigoureuse, on lui prescrira de petites doses d'opium, et, jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie, on ne lui donnera qu'une alimentation aussi réduite que possible. Pour consolider la guérison, on n'autorisera le patient à marcher que tardivement.

Traitement de la myopie sans opération.

M. Panas lit, à l'occasion d'une observation de myopie guérie sans opération, adressée par M. Bettremieux (de Roubaix), un rapport que nous résumons ainsi :

Il s'agissait d'un enfant de quatorze ans dont la myopie, de 2 dioptries à l'âge de neuf ans, avait atteint au moment de l'examen 5 dioptries pour l'œil droit et 4 dioptries pour l'œil gauche.

Le traitement consista dans des instillations répétées d'un collyre à la pilocarpine, jointes à l'application d'un bandage ouaté compressif pendant la nuit.

Au bout de cinq mois, le petit malade, sans interrompre ses études, vit sa myopie décroître en sorte qu'elle ne mesurait plus que 3 dioptries 50 à droite et 2 dioptries 75 à gauche, ce qu'on peut expliquer par le raccourcissement de l'axe antéro-postérieur du globe oculaire sous l'influence de la compression et du collyre myotique.

En terminant, le rapporteur ajoute que la même méthode de traitement lui a donné d'excellents résultats dans une autre affection, le kératocone, où il y a lieu également de raccourcir l'axe antéro-postérieur de l'œil.

Traitement de la dipsomanie.

M. Crivelli (de Melbourne) lit une note dans laquelle il expose qu'après avoir vainement

essayé de guérir les alcooliques dipsomanes au moyen de sérums d'animaux alcoolisés, il n'a plus recours aujourd'hui qu'au traitement par la strychnine. Dans ce but, il injecte au malade, deux fois par jour, 3 gouttes d'une solution de sulfate de strychnine au centième, puis il augmente graduellement cette dose de 2 gouttes par jour jusqu'à l'apparition des premiers phénomènes toxiques. Ceux-ci ne se produisent guère qu'après l'administration de 24, 30, 36 et même 40 gouttes. Les doses sont ensuite graduellement diminuées jusqu'à ce que l'on soit revenu au point de départ.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 avril 1900.

Topographie de la sensibilité gustative de la bouche.

MM. Toulouse et **Vaschide**. — En employant la méthode que nous avons récemment préconisée (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 107), nous avons étudié la topographie de la sensibilité gustative sur 55 sujets normaux (24 hommes et 31 femmes). Nous avons ainsi constaté que les lèvres, les gencives, les joues, les dents, le plancher de la bouche et la voûte du palais ne perçoivent que les sensations acides : ces parties n'étant pas innervées par un nerf sensoriel, on peut se demander si la sensation d'acide n'est pas une modalité de la sensibilité tactile plutôt qu'une véritable saveur.

Les quatre saveurs, au contraire, sont perçues par la langue et l'isthme du gosier qui constituent ainsi les vrais organes gustatifs; néanmoins, le tiers antérieur de la langue sent mieux le salé, le sucré et l'acide, tandis que la base distingue mieux l'amer.

Il résulte de ces constatations que la partie antérieure de la langue, innervée par le facial, et sa partie postérieure avec l'isthme du gosier, innervés par le glosso-pharyngien, ont, à des degrés divers, les mêmes fonctions. Ce fait physiologique rend vraisemblable l'opinion de Carl, d'Urbantschitsch et de Mathias Duval, d'après laquelle un nerf unique, le glosso-pharyngien, présiderait à ces fonctions, en innervant par des filets directs la base de la langue et l'isthme du gosier, et par des filets indirects, empruntant la voie de la corde du tympan et du facial, la pointe de la langue.

M. Causse adresse une note *sur la présence de la tyrosine dans les eaux des puits contaminés.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mai 1900.

Gastrostomie par le procédé de Fontan modifié.

M. Poirier. — Dans un cas où je n'avais pas assez d'étoffe pour pratiquer la gastrostomie par le procédé de Fontan, j'ai dû modifier ce procédé de la façon suivante : à travers une incision du péritoine longue de 4 centimètres seulement, j'attirai avec une pince-érigne un cône stomacal au dehors; je pris ainsi, dans ce cône, les tuniques musculeuse et séreuse, séparées de la muqueuse. Après avoir fixé par quelques points de suture la tunique séro-musculeuse à la paroi abdominale et fermé la cavité péritonéale, j'incisai cette tunique et je saisis alors avec une pince la muqueuse gastrique, sur laquelle je pratiquai une petite incision. Au fond du tunnel constitué par le cône séro-musculaire attiré au dehors, j'obtins de cette façon un orifice valvulaire formé aux dépens de la muqueuse.

J'ai employé cinq fois cette opération, qui tient à la fois du procédé de Fontan et de celui de Pénières; j'ai toujours pu l'exécuter rapidement, sauf dans un cas où j'ai éprouvé quelque difficulté à trouver l'estomac.

M. Terrier. — Je crois que la valvule muqueuse obtenue par le procédé qui vient d'être décrit doit disparaître à la longue; en effet, il est habituel, après que l'on a cherché à créer un trajet indirect, de voir finalement ce trajet devenir direct.

M. Reclus. — J'ai employé à peu près toutes les méthodes de gastrostomie, et je puis dire qu'elles se valent toutes, à mon avis, si l'on a soin de placer la bouche gastrique aussi près que possible du cardia.

M. Rochard. — J'ai pratiqué six fois la gastrostomie par le procédé de Marwedel, et je n'ai jamais observé d'écoulement du suc gastrique.

M. Bazy. — Contrairement à ce que vient de nous dire M. Terrier, j'ai pu, dans une autopsie, constater la persistance d'un trajet oblique après l'opération de Marwedel.

M. Routier. — Je fais l'abouchement direct et je cherche toujours à éviter la hernie de l'estomac, en pratiquant la gastrostomie; il me paraît utile de placer l'ouverture gastrique aussi haut que possible, mais cela n'est pas toujours réalisable.

M. Tuffier. — Il est certain que, dans bien des cas, lorsque l'estomac est petit et le foie volumineux, il est absolument impossible de placer la bouche gastrique au voisinage du cardia; c'est dans ces cas que, quel que soit le procédé employé, la gastrostomie ne donne pas toujours de bons résultats.

M. Schwartz. — Je pratique régulièrement l'abouchement direct de l'estomac à la paroi abdominale, et j'ai toujours été très satisfait de cette méthode.

M. Reclus. — J'ai rencontré des estomacs extrêmement rétractés, et, malgré cela, j'ai toujours réussi à placer l'orifice gastrique assez haut.

M. Quénu. — Je crois qu'il est bon, dans la gastrostomie, d'attirer l'estomac suffisamment au dehors, pour pouvoir établir une continuité parfaite entre la muqueuse et la peau.

M. Lucas-Championnière. — Il est avant tout nécessaire de faire un orifice très petit, quel que soit le procédé employé.

M. Tuffier. — On peut reprocher à l'opération de Marwedel d'être d'une exécution beaucoup trop longue lorsqu'il s'agit de pratiquer la gastrostomie chez un malade très affaibli, comme cela nous arrive si fréquemment.

Ligature involontaire de l'aorte pour anévrysme diffus consécutif, développé aux dépens de l'iliaque externe.

M. Tillaux. — Au commencement du mois de février entrait dans mon service un homme de cinquante-six ans, porteur d'une tumeur de la fosse iliaque gauche. Depuis une année environ, ce malade présentait dans l'aine une petite tumeur pour laquelle on lui faisait porter un bandage; à la suite d'un effort, il avait ressenti une vive douleur à ce niveau, et la tumeur avait atteint assez rapidement le volume d'une tête d'adulte. Il s'agissait d'un anévrysme diffus consécutif, remontant presque au niveau de l'ombilic et débordant en bas l'arcade crurale d'un à deux travers de doigt.

Je décidai de pratiquer la ligature de l'iliaque primitive et, après avoir placé un fil aussi haut que possible sur le tronc artériel auquel la tumeur faisait suite, je pus constater la cessation absolue des battements; le lendemain, l'état du malade était très satisfaisant et il n'existait aucun trouble circulatoire du côté du membre inférieur gauche. Mais quinze jours ou trois semaines plus tard, la tumeur sembla augmenter de volume, et quelques battements peu distincts furent perçus à son niveau; en même temps, il survint de l'œdème dans toute l'étendue du membre inférieur gauche. Le malade s'affaiblit progressivement et succomba le trente-neuvième jour après l'opération. A l'autopsie, je pus constater, à mon grand étonnement, que j'avais placé la ligature, non pas sur l'iliaque primitive, mais sur l'aorte.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 mai 1900.

Association du syndrome basedowien avec la sclérodermie et la tétanie.

M. Dupré présente un malade atteint à la fois de goitre exophtalmique, de tétanie et de sclérodermie. Le goitre exophtalmique s'est progressivement développé depuis l'âge de treize ans; la sclérodermie a débuté à vingt-quatre ans au niveau des deux derniers doigts de chaque main et des régions nasale et frontale. Enfin la tétanie a fait son apparition à vingt-neuf ans et est restée limitée aux membres supérieurs; les contractures se sont montrées d'abord dans le domaine du cubital intéressé par le processus sclérodermique.

Ce complexus pathologique paraît devoir être attribué à la lourde hérédité qui pèse sur le malade : son père et sa mère étaient tous deux des alcooliques invétérés et lui-même est un type de dégénéré à stigmates physiques et psychiques.

L'association de la sclérodermie et du goitre exophtalmique, déjà notée par quelques auteurs, est un exemple de dystrophie tégumentaire d'origine thyroïdienne, comparable, mais opposée, à celle que réalise le myxœdème : dans les deux cas, la viciation pathologique de la sécrétion thyroïdienne commande le processus; elle aboutit cependant à des effets différents, suivant le sens de la perturbation sécrétoire déterminée par la lésion du corps thyroïde.

La coexistence absolument exceptionnelle du goitre exophtalmique avec la tétanie s'éclaire des expériences de Weiss, von Eiselsberg, von Mikulicz, Billroth, etc., qui, en réalisant à l'exemple des physiologistes la cachexie strumiprive, ont montré, sinon élucidé, les rapports de la tétanie avec les lésions de la glande thyroïde.

Dysenterie hypertoxique.

M. Roger. — J'ai examiné récemment plusieurs échantillons de matières fécales qui m'ont été adressés par M. Quelmé (du Faou) et qui provenaient de 5 malades atteints de dysenterie grave.

Dans tous ces échantillons j'ai trouvé un même microbe pathogène présentant tous les caractères du colibacille, mais remarquable par son activité et la virulence de ses toxines.

Ce qui tend à prouver que ce microbe est bien l'agent de la dysenterie, c'est qu'il existe un rapport très net entre son action sur les animaux et l'évolution de la maladie chez l'homme.

Les toxines de ce colibacille sont tellement virulentes qu'une dose de 4 gouttes en injection intraveineuse fait périr un lapin en quelques heures. Elles provoquent seulement de la diarrhée lorsqu'elles proviennent d'un colibacille relativement peu actif; quand on emploie, au contraire, un virus exalté par des passages successifs, la diarrhée fait défaut et les animaux meurent intoxiqués comme certains malades chez lesquels la diarrhée est souvent peu marquée. Ce qui caractérise, en effet, cette forme de dysenterie grave, que j'ai déjà signalée (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 342), c'est le peu d'intensité des accidents intestinaux et la violence des manifestations générales qui emportent le malade en trois ou quatre jours.

La clinique et l'expérimentation sont donc d'accord pour faire admettre que, dans certains cas, la dysenterie de nos pays peut revêtir une forme hypertoxique.

Méningite typhoïdique.

M. Troisier relate l'observation d'une femme de vingt-quatre ans qui fut prise, au vingt-troisième jour d'une fièvre typhoïde à évolution régulière, d'une céphalée intense avec vomissements bilieux, raideur de la nuque, irrégularités et lenteur du pouls, etc. Malgré l'absence du signe de Kernig, ces accidents, qui persistèrent pendant une semaine et dont la disparition coïncida avec le début d'une phlébite du membre inférieur, furent attribués à une méningite vraie, probablement d'origine éberthienne.

L'orateur insiste sur la grande fréquence de ces méningites infectieuses atténuées et essentiellement curables, qu'il faut bien se garder de confondre avec les accidents qu'on a décrits sous le nom de méningisme.

M. Dupré fait remarquer qu'en l'absence d'autopsie et d'examen du liquide céphalo-rachidien il est bien difficile d'affirmer qu'il s'est réellement agi d'une méningite éberthienne chez la malade de M. Troisier. L'apparition d'une phlébite à la fin de cette méningite tendrait plutôt à faire admettre l'existence d'une infection secondaire; l'examen du sang aurait pu seul trancher la question. Quoi qu'il en soit, l'appellation de méningisme ne saurait en aucun cas convenir au fait relaté par M. Troisier, cette dénomination devant être exclusivement réservée aux accidents hystériques qui prennent le masque de la méningite et à certaines manifestations infantiles non infectieuses dont l'origine hystérique, bien qu'impossible à établir avec certitude, ne reste pas moins très probable.

Endocardite infectieuse des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire.

M. Souques montre le cœur d'une femme malade depuis trois mois qui présentait à son entrée à l'hôpital une anasarque considérable, une dyspnée intense et un souffle systolique râpeux perceptible le long du bord gauche du sternum avec maximum au niveau du troisième espace intercostal gauche.

A l'autopsie, on trouva une végétation grosse comme un haricot sur une des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire : les autres valvules étaient le siège de végétations plus petites.

Le foie, la rate et les reins étaient hypertrophiés et présentaient des lésions infectieuses avancées.

M. Lion a également observé une endocardite infectieuse végétante localisée à l'orifice de l'artère pulmonaire.

Hémi-hyperesthésie sensitivo-sensorielle et neuro-musculaire.

M. Lacasse présente un malade chez lequel est survenue, à la fin d'une fièvre typhoïde, une hyperesthésie systématisée et totale du côté gauche. Cette hyperesthésie intéresse non seulement la peau, les masses musculaires et les nerfs, particulièrement le crural et le sciatique, mais encore la vue et l'ouïe, et très légèrement l'odorat et le goût. Le membre inférieur, qui était le siège d'une hyperthermie au début de ces accidents, offre maintenant une température inférieure à celle du membre opposé.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 mai 1900.

Des modifications histologiques et chimiques de la moelle osseuse dans l'inanition.

MM. Roger et **Josué**. — Lorsqu'on sacrifie des lapins soumis à un jeûne prolongé, on constate une abondante prolifération des cellules de la moelle osseuse; en même temps, on trouve les fibrilles épaissies et les cellules graisseuses profondément modifiées, leur graisse étant remplacée par une substance grenue, parcourue par une sorte de fin réseau qui va s'insérer sur les parois de l'aréole; le noyau gonflé émigre au centre de l'élément.

Chez des animaux soumis d'abord au jeûne puis remis au régime ordinaire, les modifications graisseuses et conjonctives disparaissent les premières, la prolifération cellulaire persistant plus longtemps. Mais tandis que dans le jeûne les myélocytes neutrophiles prédominent, les moelles des animaux alimentés après une période d'inanition sont remarquables par le nombre considérable de globules rouges nucléés qu'elles contiennent. Enfin, au bout d'un temps variable, la moelle reprend son aspect normal.

L'analyse chimique de la moelle osseuse de lapins inanitiés montre que l'eau dont le taux, d'ordinaire, oscille autour de 32 % peut dépasser 80 % ; en même temps la graisse se résorbe : de 50 %, elle tombe parfois au-dessous de 1 %. Les albumines solubles de 0.77 % montent à 3 ou 4 % ; les matières insolubles, au lieu de 2.7 %, atteignent 3.5 ou 4 %.

Chez les animaux qui ont repris l'alimentation commune, ces chiffres tendent à revenir à la normale. Cependant la proportion d'albumine et de substances insolubles reste assez élevée. Il semble donc que la moelle osseuse, qui a subi de si profondes modifications sous l'influence du jeûne, ne revienne pas à son état primitif, même après une période prolongée d'alimentation normale.

Il convient de noter que la moelle présente, au cours de l'inanition, des indices certains de suractivité. Les cellules proliférant, une grande quantité d'eau et d'albumine devient nécessaire à leur multiplication.

Action physiologique de l'inuline.

M. Desgrez. — J'ai montré précédemment que l'inulase des végétaux est un ferment spécifique qui ne se rencontre à aucun moment dans une partie quelconque de l'appareil digestif. On sait, d'autre part, que l'inuline injectée directement dans le sang n'est pas assimilable, mais que les acides étendus, notamment l'acide chlorhydrique à 10 %, saccharifient cette substance avec la plus grande facilité. Le suc gastrique paraît donc être l'agent normal de la digestion de l'inuline.

Contrairement à ce qu'on pourrait supposer, l'ingestion d'inuline ne modifie pas essentiellement la nature du glycogène du foie. Le glycogène extrait du foie d'animaux nourris pendant un temps relativement long avec des topinambours (végétaux riches en inuline) donne par hydrolyse du glucose dextrogyre.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 3 mai 1900.

Lupus érythémateux à forme insolite.

M. Brocq. — Voici d'abord une jeune femme de vingt-six ans qui est atteinte de crises d'albuminurie passagère et intermittente, atteignant parfois le chiffre de 4 grammes d'albumine par vingt-quatre heures. Depuis trois ans il s'est développé chez elle, aux mains et à la face, des lésions télangiectasiques analogues comme aspect à l'angiokératome de Mibelli. La face est tuméfiée, extraordinairement infiltrée, bien que les lésions cutanées soient relativement peu intenses; elle présente un certain degré d'érythème et de dilatation télangiectasique ayant l'apparence d'altérations purpuriques, ainsi que des squames adhérentes se prolongeant dans les orifices glandulaires. Par places l'infiltration est telle que la peau prend une consistance presque scléreuse. Les doigts offrent des modifications semblables à l'angiokératome; les ongles eux-mêmes sont altérés; sur les orteils on voit aussi quelques lésions identiques. La malade ne présente pas d'antécédents tuberculeux et cependant la dermatose dont elle est atteinte offre d'étroites relations avec l'angiokératome d'une part et le lupus érythémateux de l'autre; il s'agit certainement de tuberculides. Ce fait est particulièrement intéressant, en outre, par suite de l'existence de l'albuminurie intermittente et surtout de l'infiltration œdémateuse de la face; cette dernière n'est probablement pas sous la dépendance de l'albuminurie, étant donné qu'on n'a jamais constaté d'œdème sur aucun autre point du corps et que cet état pseudo-éléphantiasique a jusqu'ici résisté à toutes les tentatives thérapeutiques : compression locale, courants de haute fréquence, voire même électrolyse.

Le second cas, remarquable par son mode de début anormal, concerne une jeune femme de vingt-huit ans, présentant depuis plusieurs années, pendant l'hiver, des lésions des oreilles et des mains qui ressemblent à des tuberculides. Du côté du nez, des pommettes et de l'arcade sourcilière gauche s'est montrée une éruption aiguë, composée d'éléments jaunâtres, d'aspect papulo-pustuleux et rappelant l'hydroa vacciniforme. L'évolution ultérieure a prouvé qu'il s'agissait en réalité d'un début suraigu de lupus érythémateux, et actuellement ce diagnostic n'est plus douteux. On constate d'ailleurs, en même temps, de la tuberculose ganglionnaire et pulmonaire.

M. Hallopeau montre une jeune fille tuberculeuse chez laquelle un lupus érythémateux s'est développé au cours d'une sclérodermie avec asphyxie locale des extrémités et gangrène des phalanges. Ces divers processus morbides, qui évoluent parallèlement, ne semblent pas se modifier les uns les autres.

Pigmentations consécutives aux syphilides.

M. Danlos. — La jeune fille que je vous présente porte en plusieurs points, et notamment aux avant-bras, de larges macules bronzées; ce sont des taches pigmentaires consécutives à des lésions de phtiriase. Sur le tronc il existe une véritable moucheture de taches lenticulaires bistrées, consécutives à une éruption syphilitique. Il est intéressant de constater ainsi la coexistence de ces deux pigmentations d'origine différente.

M. Hallopeau montre deux malades chez lesquels des troubles de pigmentation et de vascularisation ont été provoqués par une éruption de syphilides secondaires. A la périphérie de chaque papule s'est développée une aréole non colorée, entourée elle-même d'une zône hyperémique. Ces faits expliquent le mode de formation des syphilides pigmentaires, surtout si l'on en rapproche la constatation fréquente, au centre des macules achromiques du cou, d'une petite papule pigmentée ou d'une tache qui en est le vestige.

M. A. Fournier. — Je tiens à insister sur la différence qui existe entre la syphilide pigmentaire proprement dite et les pigmentations consécutives à des lésions syphilitiques. La teinte bistrée, qui apparaît au cou chez certaines femmes pendant la période secondaire et qui a été dénommée syphilide pigmentaire, est une lésion primitive, n'ayant été précédée d'aucune autre manifestation cutanée. C'est en cela qu'elle diffère totalement des pigmentations secondaires que présentent les malades qu'on vient de nous montrer.

M. Balzer. — Je crois que les lésions pigmentaires des syphilitiques sont toujours secondaires. Mais elles reconnaissent pour origine tantôt des éléments éruptifs apparents, tantôt des modifications sous-cutanées, hypodermiques, appréciables seulement au microscope.

Traitement de l'épithélioma de la face par la méthode de Cerny-Trunecek.

M. Barthélemy. — Voici un exemple remarquable de ce que l'on peut obtenir dans certains cas des applications d'acide arsénieux suivant la méthode de Cerny-Trunecek (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 161-164). Le malade que je vous présente a eu 17 ou 18 foyers d'épithélioma localisés à la face, à la voûte crânienne et sur quelques points de la poitrine. Vous voyez qu'actuellement les lésions sont toutes cicatrisées. Sauf à la commissure des lèvres, où j'ai pratiqué le raclage à la curette et la destruction des éléments néoplasiques à l'aide du caustique de Filhos, et au tronc, où j'ai fait des applications de chlorure de zinc déliquescent, partout ailleurs l'excellent résultat obtenu est dû à la méthode de Cerny-Trunecek. J'ai traité ces lésions par des badigeonnages, répétés tous les deux jours, d'acide arsénieux à $^1/_{150^e}$ d'abord, puis à 1 %. J'appelle votre attention sur la gravité et l'étendue des ulcérations qui existaient à la voûte crânienne; non seulement le squelette était dénudé, mais encore le néoplasme avait envahi l'os, rendant impossible toute intervention chirurgicale. Sous l'influence de l'acide arsénieux, de larges lamelles de l'os malade se sont détachées et cette exfoliation a été suivie d'un processus de réparation qui a donné lieu aux cicatrices que vous constatez.

Mélanodermie des vagabonds.

M. Danlos. — Le vieillard que voici présente une teinte bronzée des téguments généralisée à tout le corps, avec pigmentation de la face interne des joues et de la voûte palatine et hyperpigmentation des extrémités et du scrotum. Il y a chez lui une hyperesthésie très marquée de toute la surface cutanée; aussi se gratte-t-il continuellement, et ses ongles sont-ils devenus très blancs, polis, littéralement éburnés. Il s'agit d'une maladie qui ne se rencontre que chez certains miséreux et que les Anglais ont appelée « Vagabond's disease ».

M. E. Besnier. — J'ai observé, en 1889, un malade qui présentait un aspect identique à celui-ci, mais qui avait en plus de la pigmentation de la muqueuse du gland. Vous remarquerez que chez le sujet que nous montre M. Danlos, les lésions de grattage sont insignifiantes, bien que le prurit soit très intense, et qu'il n'y a pas d'eczématisation alors que tout semble réuni ici pour en favoriser le développement.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 30 avril 1900.

Anévrysme de l'aorte abdominale avec bruit de souffle diastolique.

M. von Leyden présente un homme de quarante-six ans, atteint d'un anévrysme de l'aorte abdominale probablement d'origine traumatique, car le patient n'est ni syphilitique, ni alcoolique.

Depuis le mois de février, ce malade a été traité par la gélatine administrée à l'intérieur et par la voie sous-cutanée, et par le repos au lit. Depuis l'institution de ce traitement, la tumeur anévrysmale a un peu diminué de volume. Une particularité intéressante de ce cas est l'existence d'un bruit de souffle diastolique dont l'intensité augmente en allant de la base vers l'extrémité du sternum, point où commence la dilatation anévrysmatique. L'orifice de l'aorte n'étant le siège d'aucune lésion, ce souffle est probablement dû à un reflux du sang du sac anévrysmal dans l'aorte à chaque diastole.

Tuberculose de la vessie consécutive à la blennorrhagie.

M. Casper. — Je viens d'observer trois cas de tuberculose vésicale consécutive à la blennorrhagie. Le diagnostic de cette affection est souvent très délicat; en dehors des signes habituels de cystite — douleurs, ténesme vésical, pyurie —, qui n'ont rien de caractéristique, il ne peut guère s'appuyer, en effet, que sur la constatation du bacille dans l'urine; je dois signaler, cependant, que les instillations de nitrate d'argent, si efficaces contre les autres variétés de cystite, n'agissent pas sur la cystite tuberculeuse ou au contraire l'aggravent, constatation qui peut être utile au point de vue diagnostique.

La tuberculose vésicale doit être combattue par des moyens s'adressant surtout à l'état général et par les médicaments usités d'ordinaire contre la tuberculose. Comme traitement local, j'ai recours aux instillations intravésicales avec une solution de sublimé dont le titre varie de 1 pour 10,000 à 1 pour 1,000, selon le procédé de M. Guyon.

Lorsque le cystoscope démontre que les lésions tuberculeuses sont très circonscrites, on peut pratiquer avec succès le curettage ou l'abrasion des parties malades.

M. Litten fait une communication dans laquelle il appelle l'attention sur les dangers qui peuvent résulter de l'emploi du suc gastrique de chien chez les sujets atteints de lésions organiques de l'estomac.

Dr VILLARET.

LETTRES D'ITALIE

Naples, le 29 avril 1900.

Le traitement de la tuberculose, d'après les travaux du Congrès de Naples.

La diversité même des médicaments préconisés contre la tuberculose est la preuve du peu de valeur de chacun d'eux ; dans la lutte contre cette affection, c'est la prophylaxie qui doit occuper la première place, ainsi qu'il ressort des travaux résumés dans ma précédente lettre; au point de vue curatif, le traitement hygiénique, et particulièrement le séjour dans un sanatorium, constitue la ressource la plus efficace dont nous disposions à l'heure actuelle. Ce n'est pas à dire, cependant, que le traitement médicamenteux doive être entièrement laissé de côté; si aucun remède n'exerce d'action spécifique sur le bacille de Koch, quelques-uns n'en sont pas moins précieux à titre d'adjuvants, en soutenant l'organisme dans sa lutte contre la maladie. A ce point de vue, bien que les communications faites au Congrès n'apportent pas de faits nouveaux, certaines d'entre elles cependant sont intéressantes parce qu'elles permettent de juger de la valeur de quelques produits déjà connus.

Il ressort du rapport de M. de Renzi (de Naples) sur la question, que les deux médicaments le plus à recommander contre la tuberculose sont la créosote et l'iode. Le premier de ces produits diminue sensiblement l'expectoration; par contre, il ne paraît pas exercer d'influence sur les lésions tuberculeuses, même à la dose de 3 à 4 gr. 50 centigr. par jour. Ce résultat s'explique, si l'on tient compte de certaines expériences qui montrent qu'il ne faudrait pas moins de 50 grammes de créosote pour rendre les tissus d'un individu de taille moyenne impropres au développement du bacille de Koch. Le gaïacol et son carbonate n'offrent sur la créosote d'autre avantage que celui d'une pureté plus grande.

Quant à l'iode et à ses nombreux composés, ils n'ont également qu'une action relative, qui se manifeste surtout par la diminution de la toux et des crachats.

Comme autres moyens de traitement susceptibles de se montrer parfois utiles, M. de Renzi cite encore l'emploi de l'acide cinnamique, préconisé par Landerer, ou de l'huile camphrée en injections, recommandé par Alexander; la méthode de Weicker, qui consiste en la projection d'un jet d'eau chaude sur le thorax, dans le but de provoquer une hyperémie curative des sommets; enfin, le sérum de Maragliano et la tuberculine de Koch, dont la valeur comme moyen de diagnostic ne compense pas les dangers au point de vue thérapeutique.

En dernier lieu, le rapporteur dit quelques mots sur le bain de lumière qu'il préconise depuis 1894. Son dispositif actuel comprend une boîte octogonale dans laquelle le patient est enfermé jusqu'au cou et qui est éclairée intérieurement par des lampes électriques, équivalant comme intensité lumineuse à 1,871 bougies. Sur une nouvelle série de 9 malades, cette méthode lui a fourni de bons résultats; un des sujets, notamment, peut être considéré comme définitivement guéri, car il ne réagit plus à la tuberculine.

Les orateurs suivants ne font guère que revenir sur certains points de détail déjà indiqués par M. de Renzi. C'est ainsi que M. Coronedi (de Sassari) expose les règles qui lui paraissent devoir présider à l'administration de l'iode; il préconise l'emploi de préparations à bases de corps gras, particulièrement d'une solution dans l'huile d'amandes douces stérilisée renfermant de 1 à 20 % d'iode. Les formes de tuberculose qui se laissent le plus facilement influencer par ce traitement sont les tuberculoses des os, des ganglions, des séreuses et du poumon, au début. M. Ceccherelli (de Parme) utilise aussi avec succès l'iode contre les tuberculoses chirurgicales. Mais le moyen qui, dans ce cas, lui paraît le plus précieux est l'usage des eaux chlorurées iodiques, administrées soit sous forme de bains généraux, soit en injections stérilisées. M. Riva (de Parme) déclare employer ces eaux même contre la tuberculose pulmonaire.

M. Ewald (de Berlin) relate ses recherches sur les injections d'acide cinnamique, d'après la méthode de Landerer; il les a pratiquées chez 25 tuberculeux, sans cavernes mais avec bacilles dans les crachats, parmi lesquels 11 étaient apyrétiques, 10 fébriles d'une façon intermittente et 4 d'une manière continue. L'orateur a obtenu des résultats qui lui semblent supérieurs à ceux qu'aurait fournis n'importe quelle autre méthode, mais cependant bien éloignés de ceux qu'a annoncés Landerer lui-même. L'action de ce produit se manifeste par un état de somnolence et par l'apparition de crachats rouillés : on sait que les agents qui provoquent une leucocytose abondante, comme l'acide cinnamique, favorisent la production d'hémorrhagies capillaires. Par contre, les résultats obtenus avec ce médicament par M. Patella (de Sienne) sont peu satisfaisants : jamais de guérison et très rarement même des améliorations.

Le cacodylate de soude, employé en France depuis les travaux de M. A. Gautier, ne semble pas très en faveur auprès des congressistes qui l'ont utilisé. M. de Renzi, dans son rapport, avait déjà relaté les recherches expérimentales faites au laboratoire de sa clinique par M. Cafiero, qui vit les animaux, après injection de cacodylate de soude, ne présenter qu'une survie de quelques jours sur les sujets témoins. M. Roustan (de Cannes) et M. Cardile (de Naples) ont noté, chez l'homme, que l'usage de ce produit détermine une amélioration des principaux symptômes, mais ils n'ont jamais constaté de modifications des lésions pulmonaires.

Le sérum de Maragliano est préconisé par M. Mircoli (de Gênes) : il a pour effet de neutraliser les toxines circulant dans l'organisme et d'exalter les propriétés vitales des tissus; néanmoins, son efficacité est limitée aux cas de tuberculose pure, et seulement chez les sujets dont l'organisme est encore capable, sous l'incitation du sérum, de produire des matériaux de défense.

Enfin, M. Kuthy (de Budapest) recommande tout spécialement l'hydrothérapie froide, qui lui paraît être non seulement un moyen prophylactique de premier ordre, mais aussi une méthode de traitement de haute valeur.

Les travaux de la section des sanatoria ont été relégués à la dernière séance du Congrès : aussi se sont-ils forcément ressentis du peu de temps dont on disposait pour leur discussion.

M. Pannwitz (de Berlin) expose l'organisation des sanatoria allemands. La nécessité de cette œuvre est démontrée par ce fait que sur 1,000 décès, 342 sont causés par la tuberculose entre quinze et soixante ans, c'est-à-dire à un âge où un homme valide représente un capital pour la société; en outre, sur 1,000 ouvriers invalides de vingt à vingt-neuf ans, 548 doivent leur incapacité à la même affection.

Actuellement, tout ouvrier assuré qui devient tuberculeux a droit à un séjour de trois mois dans un sanatorium; les effets du traitement, chez les sujets qui se conforment par la suite aux lois de l'hygiène et qui peuvent se nourrir suffisamment, se font sentir pendant plusieurs années après la sortie du sanatorium; on estime que 70 % des ouvriers hospitalisés sont en état de reprendre leur travail. La journée de traitement revient à 3 fr. 75; ce prix diminuera beaucoup quand on pourra remplacer en partie les albuminoïdes du lait et de la viande par des produits artificiels.

Il existe à l'heure actuelle en Allemagne 80 sanatoria, dans lesquels 20,000 tuberculeux sont soignés chaque année; enfin on commence à établir un peu partout des policliniques où le diagnostic précoce de la tuberculose est fait grâce aux moyens d'investigation les plus perfectionnés.

Mais les tuberculeux le plus facilement curables sont encore les enfants. Aussi M. Baginsky (de Berlin) demande-t-il la création de sanatoria pour jeunes tuberculeux; la transmission par contact ayant une grande importance chez les enfants, ces établissements exigeront des dispositions spéciales pour la désinfection des petits malades et de tous les objets à leur usage. Le séjour devra être prolongé bien au delà de ce que l'on fait actuellement pour les adultes, de façon à obtenir une guérison complète. Enfin, on ouvrira dans ces sanatoria des écoles pour les enfants de dix à quatorze ans.

Le but à poursuivre, dans le traitement de la tuberculose, étant de guérir les curables et de rendre inoffensifs les incurables, M. Rubino (de Naples) réclame, avec juste raison, que les sanatoria proprement dits soient réservés aux premiers, et que l'on crée des hôpitaux d'isolement pour les seconds.

Que la création et l'entretien de ces établissements incombent aux pouvoirs publics, comme beaucoup le demandent, ou plutôt à l'initiative privée, ainsi que le pense M. Papillon, il importe, d'après M. Lucca, qu'ils soient épargnés par les lois fiscales; aussi M. Lucca déclare-t-il que, en sa qualité de député italien, il déposera sur le bureau de la Chambre de son pays une proposition de loi portant dégrèvement de tout impôt pour les institutions de bienfaisance; car les revenus de ces maisons hospitalières ne sauraient être considérés comme représentant un capital unique, imposable en masse, mais bien comme une agrégation de petites fortunes, appartenant à chacun des nombreux sujets secourus.

En somme, on le voit, la section des sanatoria s'est surtout attachée à nous démontrer la nécessité de ces établissements — ce qui était superflu —; par contre, elle ne nous a donné à peu près aucune indication relative au choix du climat et de l'altitude ni aux moyens d'obtenir les ressources financières indispensables, c'est-à-dire au côté pratique et économique de la question, ce qui eût été beaucoup plus intéressant.

Dr ZANONI (de Gênes).

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Recherches expérimentales sur un nouveau procédé sérothérapique, par M. A. WASSERMANN.

Il existe, comme on sait, deux sortes de sérums spécifiques : les uns neutralisent les toxines bactériennes, tandis que les autres agissent sur les microbes pathogènes eux-mêmes qu'ils détruisent. Comme représentant du premier

groupe, on peut citer l'antitoxine diphtéritique dont l'efficacité est presque généralement reconnue. Quant aux sérums doués de propriétés destructives à l'égard des microbes, tels que ceux du choléra, de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de la peste, de la septicémie par streptocoques, etc., leur application thérapeutique n'a pas encore donné de résultats satisfaisants. Cela tient, d'après M. Wassermann, à ce que ces sérums ne peuvent immuniser l'organisme que contre une quantité fort limitée de microbes pathogènes, ainsi qu'il résulte des travaux de MM. Ehrlich et Morgenroth et de M. Bordet. En effet, ces recherches ont montré que les sérums en question ne sauraient exercer leur action immunisante qu'avec le concours de deux substances spécifiques, appelées par Ehrlich *substance intermédiaire* et *substance complémentaire*. Cette dernière est une sorte de ferment digestif doué de la propriété de dissoudre les bactéries, et qui se trouve dans le sérum sanguin de tout animal sain. La substance intermédiaire, au contraire, qui sert à fixer le ferment bactériolytique sur les microbes, n'existe qu'en petite quantité dans l'organisme normal, mais elle s'y forme sous l'influence de l'immunisation active ou passive, et c'est elle qu'on injecte avec le sérum bactéricide ou immunisant.

Il s'ensuit que pour guérir une maladie infectieuse au moyen d'un sérum bactéricide, il faut introduire ces deux substances en quantité suffisante dans le corps du sujet infecté. Or, dans toutes les tentatives de sérothérapie bactéricide qui ont été faites jusqu'ici, on s'est borné à injecter la substance intermédiaire contenue dans le sérum immunisant, sans tenir compte de la substance complémentaire.

Partant de ces considérations, M. Wassermann a institué une série de recherches expérimentales qui consistèrent à inoculer à des cobayes, dans le péritoine, une culture virulente de bacilles d'Eberth, puis à pratiquer, une demi-heure plus tard, une injection intrapéritonéale de un demi-centimètre cube de sérum antityphoïdique mélangé tantôt à 4 c.c. de sérum frais de sang de bœuf, tantôt à une même quantité de solution physiologique de chlorure de sodium : les animaux traités par le mélange de sérum immunisant et de sérum sanguin survécurent tous, tandis que ceux qui avaient reçu le sérum immunisant sans sérum sanguin normal succombèrent régulièrement à l'infection. Il va de soi que l'injection de sérum sanguin normal, pratiquée isolément, n'exerce pas d'influence favorable sur le processus infectieux, ce que l'auteur a d'ailleurs eu soin de vérifier expérimentalement. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 mai 1900.)

L'excrétion de l'acide urique chez les goutteux,
par M. W. His junior.

Nos connaissances sur l'excrétion de l'acide urique dans la goutte présentent encore de nombreuses lacunes, provenant surtout de l'absence de recherches systématiques sur ce sujet. M. His s'est donné pour tâche, en collaboration avec MM. Cohnheim, Freudweiler, Respinger et H. His, de doser jour par jour, pendant des semaines et même des mois, l'acide urique contenu dans l'urine de 9 malades atteints de goutte ; chaque série d'analyses comprend un ou plusieurs accès de goutte aiguë, avec les périodes d'accalmie antérieures et postérieures. Tous les dosages furent faits par la méthode de Salkowski-Ludwig. Comme nourriture, les malades recevaient l'alimentation ordinaire de l'hôpital. La régularité de ce régime ne permet pas de supposer qu'il ait pu exercer une influence quelconque sur les variations de l'acide urique dans l'urine, car, pour que l'effet de la nourriture sur la sécrétion urique soit appréciable, il est nécessaire que les sujets absorbent au moins 250 grammes de ris de veau ou 50 grammes d'extrait de viande.

Malgré l'absence d'influences extérieures, M. His put constater, chez tous les malades, des différences très sensibles dans le taux de l'acide urique de vingt-quatre heures. Ainsi, cette quantité a varié, pendant une période de calme, de 0 gr. 279 à 0 gr. 617 chez un malade, de 0 gr. 306 à 0 gr. 748 chez un autre.

La quantité d'acide urique éliminée quotidiennement est la même chez les goutteux que chez les individus normaux. Abstraction faite des différences mentionnées plus haut, on observe à l'époque des accès de goutte certaines variations qui se reproduisent avec une régularité parfaite chez presque tous les malades. Ainsi, on constate toujours une augmentation après l'accès; cette augmentation se produit le plus souvent le jour qui suit la crise, mais elle peut se faire attendre deux ou trois jours et même plus. Dans les accès isolés de goutte franche, séparés par des intervalles de calme assez longs, cette augmentation est particulièrement accusée; elle l'est moins après les attaques à répétition fréquente. Un autre fait, observé par M. His, est la diminution du taux de l'acide urique dans l'urine des vingt-quatre heures qui précèdent une crise. Sur 19 accès observés par l'auteur, cette diminution n'a manqué que 2 fois, dans des cas où les attaques se renouvelaient à de courts intervalles. Chez les malades, par contre, où les crises étaient suffisamment espacées, cette diminution fut très sensible; ainsi, dans un cas le taux d'acide urique est tombé subitement de 0 gr. 45 à 0 gr. 14. M. His admet que ces variations sont en rapport direct avec l'attaque de goutte. D'après lui, l'acide urique circulant dans le sang se déposerait, pour un motif encore inconnu, dans le cartilage de l'articulation atteinte, d'où résulterait la diminution que l'on note avant la crise. Après avoir provoqué l'inflammation de l'articulation, les dépôts uratiques seraient éliminés par dissolution ou par phagocytose, en totalité ou en partie, d'où leur augmentation dans l'urine après la fin de l'accès. La quantité d'acide urique éliminée pendant l'attaque de goutte varie suivant les cas. Elle est parfois légèrement supérieure à la normale; inférieure chez d'autres malades, elle se montre, dans un troisième groupe de faits, sensiblement égale à la moyenne.

Au cours de ses observations, M. His a repris l'étude systématique de l'effet, sur la sécrétion de l'acide urique, des antigoutteux les plus employés. L'usage même prolongé des alcalins et des eaux alcalines s'est montré sans effet régulier; en effet, une dose quotidienne de 12 grammes de bicarbonate de soude a produit dans 1 cas une légère augmentation, dans 4 autres une diminution de l'acide urique dans l'urine. Il en est de même de la cure de citrons; le jus de quatre à vingt citrons a eu pour effet deux fois d'élever d'une façon à peine appréciable le taux de l'acide urique, une fois de l'abaisser. Le chlorure et le carbonate de lithine, préconisés par Garrod contre la goutte, ont par contre agi d'une façon régulière, mais dans le sens opposé à ce qu'avait constaté cet auteur; car M. His a toujours observé, après l'administration d'un sel de lithine, une légère diminution de l'excrétion d'acide urique.

M. His a en outre expérimenté la pipérazine, l'uricédine, la lysidine, l'urotropine et la teinture de colchique, mais dans un seul cas pour chaque produit, de sorte qu'il ne lui est pas possible de tirer une conclusion des résultats qu'il a obtenus. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 1-2.) — A. J.

La maladie de Little comme conséquence d'accouchements anormaux, par M. G. Burckhard.

On n'est pas d'accord sur la pathogénie de la maladie de Little, les uns plaçant le siège des lésions dans la moelle, les autres dans le cerveau. Quant à l'étiologie, elle est moins discutée : la plupart des auteurs estiment que cette affection est due à un accouchement difficile, ayant entraîné l'asphyxie du nouveau-né; quelques-uns, cependant, la considèrent comme une maladie parasyphilitique, causée par les toxines que produit le virus spécifique.

M. Burckhard fait remarquer combien incertaine est la notion d'accouchement difficile, quand elle s'appuie uniquement sur les dires de la mère. Aussi, pour arriver à savoir si les sujets nés en état d'asphyxie sont réellement prédisposés à contracter la maladie de Little, a-t-il fait des recherches sur tous les enfants nés pendant les dix dernières années à la Maternité de Wurtzbourg, à la suite d'accouchements difficiles bien constatés. Sur 73 enfants qui étaient dans ce cas, 42 avaient été atteints d'asphyxie légère ou moyenne, 28 d'asphyxie profonde. De ces 73 enfants, 25 sont morts sans avoir rien présenté de particulier; chez 3 autres, on a observé des phénomènes nerveux, mais qui ne peuvent être rapportés à la maladie de Little; 19 sujets n'ont pu être suivis; 25 sont encore vivants et parfaitement normaux; enfin, un seul, issu d'une mère atteinte d'une cypho-scoliose pour laquelle on provoqua l'accouchement dans la trente-deuxième semaine de la grossesse, est atteint d'une maladie de Little typique, mais sans symptômes cérébraux; ce qui semble indiquer, comme le prétend Feer, que ces symptômes font défaut quand l'affection est due à l'accouchement prématuré.

Il résulte de ces recherches que la maladie de Little n'est pas fréquente à la suite des complications obstétricales, et que, par conséquent, l'on n'est point autorisé à abandonner à leur sort les enfants nés faibles ou en état d'asphyxie, sous le prétexte qu'ils sont exposés à contracter dans la suite une maladie nerveuse grave; on doit, au contraire, faire tous ses efforts pour les rappeler et les conserver à la vie. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLI, 3.) — E. C.

De la position élevée bilatérale des omoplates,
par M. B. Honsell.

Parmi les cas déjà assez nombreux de position élevée de l'omoplate que l'on rencontre dans la littérature médicale, il n'existe qu'un seul fait où cette difformité soit signalée comme bilatérale. M. Honsell en fait connaître un second, provenant de la clinique de M. von Bruns, à Tubingue. Il se rapporte à un sujet de quarante et un ans, qui présentait, outre la position anormale de ses deux omoplates, une lordose de la partie cervicale de la colonne vertébrale et de l'asymétrie faciale. Les deux omoplates occupaient une position plus élevée que normalement. L'angle inférieur de l'os correspondait, en effet, à la cinquième vertèbre dorsale, à gauche, et à la sixième, à droite. Les omoplates ne participaient que dans une mesure très restreinte aux mouvements de l'extrémité supérieure. Il en résultait une diminution sensible dans l'étendue des mouvements d'élévation pour les deux bras ; les autres mouvements de l'articulation scapulo-humérale étaient au contraire exécutés normalement. D'après les commémoratifs, la difformité en question avait déjà été remarquée au moment de la naissance. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 3.) — F. DE Q.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Alimentation des prématurés par la voie naso-pharyngienne au moyen d'une cuillère.

Certains enfants nés avant terme n'ont pas la force de faire les mouvements de succion nécessaires à l'acte de têter, de sorte qu'on est obligé de les gaver. Pour cela, on se sert d'habitude d'une sonde œsophagienne qu'on introduit dans l'estomac par la bouche ou par le nez. Or, d'après M. le docteur Flandrin, médecin-accoucheur de l'hôpital de Grenoble, ce procédé, assez compliqué et non dépourvu d'inconvénients, peut être remplacé avec avantage par une manœuvre fort simple, qui consiste à faire pénétrer le lait directement dans le conduit nasopharyngien, à l'aide d'une petite cuillère adaptée à cet usage.

A cet effet, l'extrémité de la cuillère, préalablement remplie de lait, est introduite dans la narine du nourrisson (maintenu dans la position verticale) ; on laisse alors couler lentement le liquide alimentaire le long du plancher des fosses nasales. En pénétrant dans le pharynx, le lait provoque des mouvements de déglutition, sans déterminer de toux ni de vomissements.

Traitement des ulcères de jambe par la saignée.

Ayant observé la guérison rapide d'un ulcère de jambe à la suite d'une hémorrhagie par rupture d'une varice située dans le voisinage de la plaie, M. le docteur Bachmann (d'Ilfeld) eut l'idée de recourir à la saignée comme moyen de traitement des ulcères variqueux. Chez 13 malades atteints de lésions de ce genre que notre confrère a eu jusqu'ici l'occasion de traiter de la sorte, les plaies n'ont pas tardé à se cicatriser après la phlébotomie.

La quantité de sang extrait a varié dans ces cas entre 100 et 350 grammes, suivant la vigueur du sujet. Deux fois la saignée fut pratiquée sur une veine variqueuse au niveau de l'ulcère de jambe.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Anesthésie médullaire chirurgicale par injection sous-arachnoïdienne lombaire de cocaïne; technique et résultats.

Après de nombreuses recherches, je pratique depuis le 9 novembre 1899 l'anesthésie chirurgicale par injection de cocaïne dans l'espace sous-arachnoïdien lombaire. J'ai fait ailleurs l'historique de la question, rappelant les travaux de Franck, Bier, Sicard, Seldovitch, et j'ai rendu compte de mes premiers essais dans plusieurs communications qui démontraient la facilité et l'innocuité de ce moyen (1). On trouvera un résumé de ces travaux dans la thèse de mon ancien interne, M. Cadol (2). Je viens préciser ici la *technique* à laquelle je me suis arrêté. J'ai opéré par cette méthode 63 malades. Mes interventions ont porté sur les membres inférieurs, le périnée, le rectum, l'abdomen, les organes génito-urinaires externes et internes de l'homme et de la femme. Dans les 63 cas, j'ai obtenu l'analgésie absolue et la guérison de mes malades, sans complication précoce ni tardive. Je suis donc en droit de considérer ce moyen comme digne d'entrer dans la pratique et je puis garantir le succès à qui voudra rigoureusement suivre ma façon de procéder.

I

Je me sers, pour pratiquer les injections, de la seringue de Pravaz stérilisable. L'*aiguille* que j'ai fait construire réalise les conditions suivantes : elle est suffisamment *longue* pour traverser aisément les plans qui séparent la peau de l'espace sous-arachnoïdien et dont l'épaisseur est variable suivant que les sujets sont plus ou moins gras ou musclés. Elle est en *platine*, facilement stérilisable et mesure *9 centimètres* de long; son diamètre externe est de *11 dixièmes de millimètre*, son diamètre interne de *8 dixièmes de millimètre*. Elle est assez *solide* pour ne pas se tordre quand le chirurgien inexpérimenté heurte les lames vertébrales avant de pénétrer dans le canal rachidien. Enfin, détail nécessaire, sa portion piquante est taillée en biseau très court (3).



Fig. 1. — Le malade est assis sur le bord de la table; les crêtes iliaques ayant été préalablement déterminées, l'apophyse épineuse correspondant à la ligne transversale bi-iliaque est repérée par l'index gauche, la main droite engage l'aiguille directement en avant et en dedans à 1 centimètre en dehors de cette apophyse. (Tuffier.)

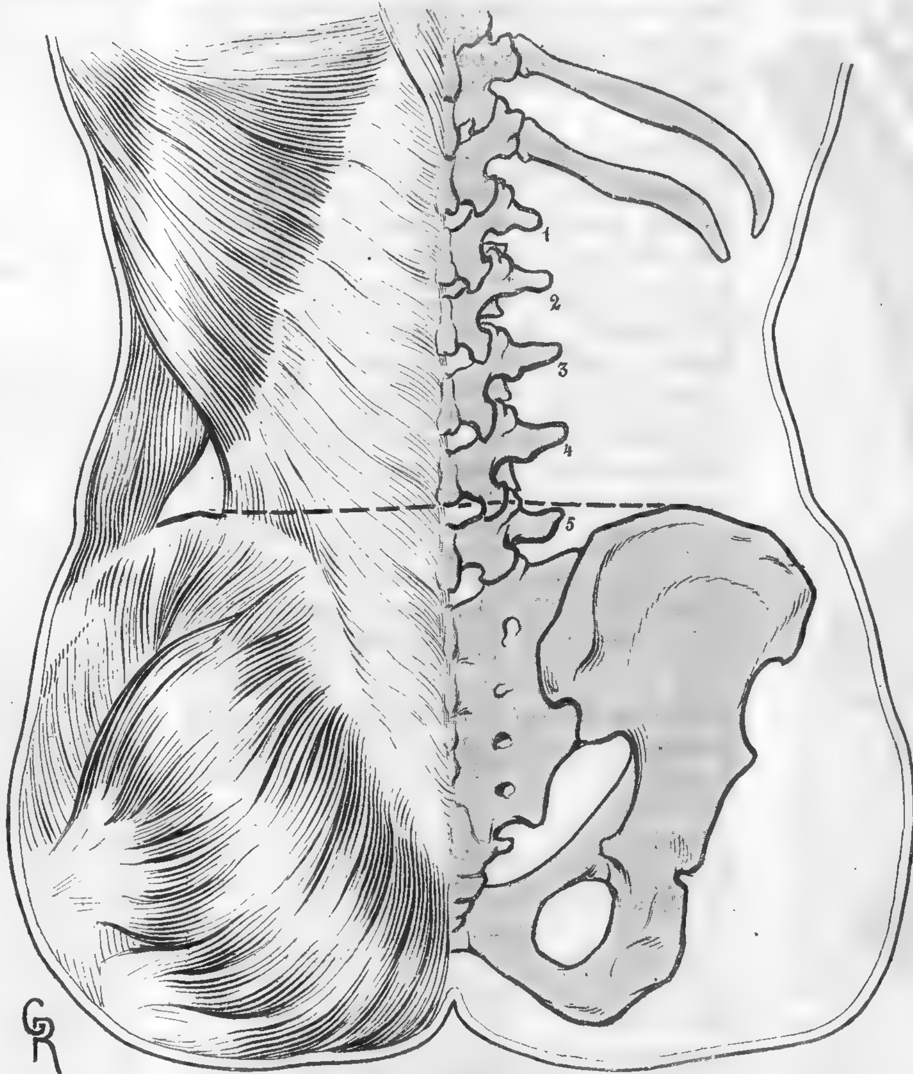


Fig. 2. — La ligne pointillée indique la vertèbre qui correspond à une ligne horizontale passant par les crêtes iliaques. (Tuffier.)

La *solution de cocaïne* que j'emploie est au titre de 2 %. Elle doit être *stérile* et préparée depuis peu de jours. Toute solution ancienne doit être absolument écartée : je tiens à mettre ce point bien en relief (1). Le liquide à injecter doit être soigneusement *stérilisé*. Le pharmacien de mon service, sur les indications de mon préparateur M. Hallion, procède de la façon suivante : la solution est portée à 80° C., dans un bain-marie, pendant un quart d'heure, puis laissée à 38° ou 36° pendant trois heures; on la reporte de nouveau à 80° dans le bain-marie, puis on la laisse refroidir à 38°. Cette opération, répétée cinq ou six fois de suite, assure seule la stérilisation parfaite du liquide, sans altérer ses propriétés.

La *technique opératoire* proprement dite est la suivante (2) : je pratique les injections, *le sujet étant assis*, les deux bras portés en avant (*fig. 1*). La région lombaire est aseptisée par un savonnage à la brosse et un lavage à l'alcool. Le tronc étant dans la rectitude, les crêtes illiaques sont repérées (*fig. 2*) : la ligne transversale qui les réunit passe au niveau de la cinquième vertèbre lombaire (apophyse épineuse). Au-dessous de cette ligne, on peut pénétrer dans le canal médullaire (*fig. 3*).

L'index gauche marquant l'apophyse épineuse trouvée, on recommande au malade d'incliner fortement le tronc en avant, de façon à faire « gros dos » (*fig. 1*). Ce mouvement a pour effet de produire entre les lames vertébrales de la vertèbre repérée et de la vertèbre sous-jacente un écartement de 1 centim. 1/2 environ. A ce moment, j'ai toujours la précaution de dire au malade : « Je vais vous piquer, vous sentirez peu de

---

(1) Th. Tuffier. Analgésie chirurgicale par l'injection de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire. (*Compt. rend. et mém. de la Soc. de Biol.*, 11 nov. 1899 et *Semaine Médicale*, 1899, p. 389.) — Analgésie par injection cocaïnée dans l'espace sous-arachnoïdien lombaire. (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 29 nov. 1899.)

(2) A. Cadol. L'anesthésie par les injections de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire. (*Thèse de Paris*, 1900.)

(3) Les aiguilles ordinaires, à long biseau très oblique, présentent un grave inconvénient : c'est que leur long orifice peut se trouver dans le fourreau rachidien à cheval sur la membrane, si bien qu'une portion plonge dans le liquide sous-arachnoïdien, mais que l'autre portion reste en dehors du fourreau : l'injection faite par l'aiguille s'écoulera ainsi en partie dans l'espace sous-arachnoïdien et en partie en dehors de cet espace.

(1) Dans plusieurs essais, il m'est arrivé d'obtenir une analgésie imparfaite et incomplète. Cet insuccès était dû à l'emploi d'une solution de cocaïne de date ancienne, ne présentant pas une absolue limpidité. La preuve en est qu'il suffisait, dans ces cas, de répéter sur le même sujet l'injection avec une solution fraîche, pour obtenir le résultat désiré.

(2) Dans mes premières observations et jusqu'à ces tout derniers temps, je plaçais l'opéré, pour pratiquer l'injection, dans le décubitus latéral gauche, les membres inférieurs fléchis sur l'abdomen, le tronc également fléchi en avant, le malade étant, en quelque sorte, pelotonné sur lui-même pour rendre facilement accessible sa colonne vertébrale et produire l'écartement nécessaire entre les lames vertébrales. Il m'a semblé que, dans cette position, la colonne vertébrale était sujette à des déviations, à des inflexions qui rendent la ponction lombaire parfois difficile.

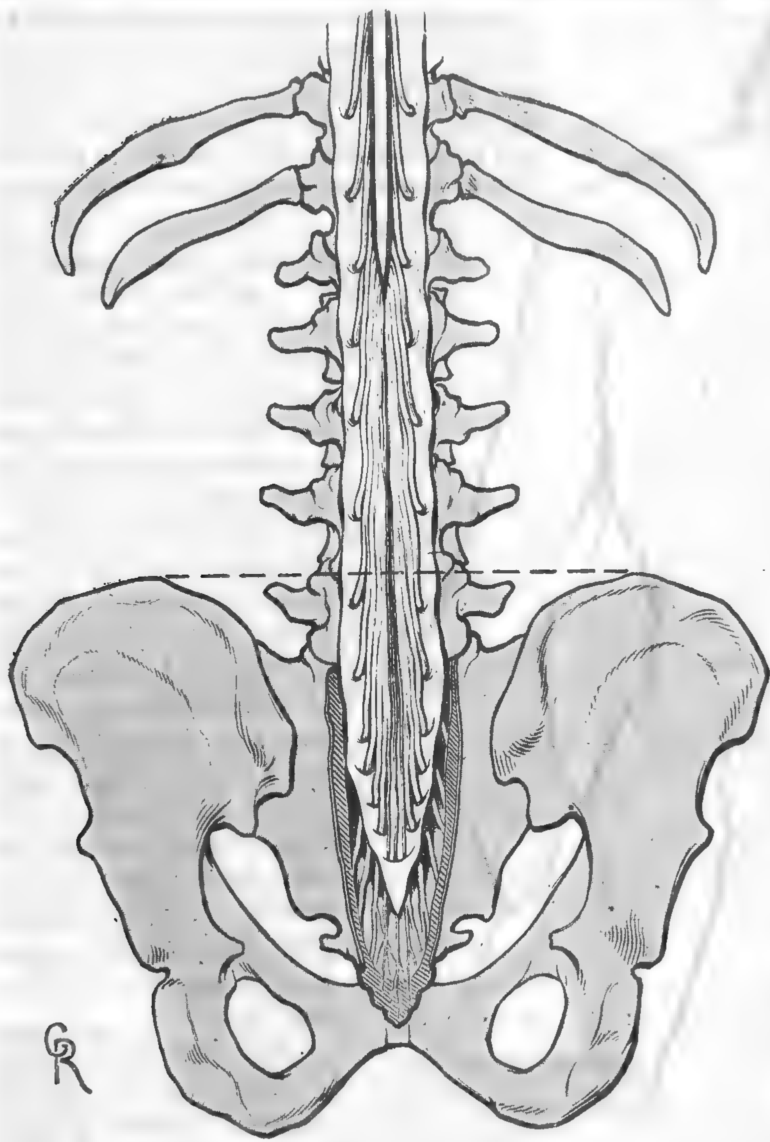


Fig. 3. — La ligne pointillée indique à quelle distance de la moelle on se trouve en piquant le cul-de-sac arachnoïdien, la moelle se terminant au niveau du bord inférieur de la première lombaire.

chose, ne bougez pas. » (1) Dans ces conditions, placé à droite du sujet, en général, je saisis entre le pouce et l'index de la main droite l'aiguille *seule*, préalablement stérilisée, et je pique à droite de la colonne vertébrale, à 1 centimètre environ de la ligne épineuse, tout contre le bord de l'index qui repère l'apophyse (2).

L'aiguille, cheminant ainsi à travers la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose lombaire, les muscles de la masse sacro-lombaire, l'aponévrose d'insertion du transverse et le carré des lombes, pénètre dans l'espace interlamellaire, puis dans le canal rachidien à travers le ligament jaune (*fig. 4*). Si l'aiguille est vraiment dans l'espace sous-arachnoïdien, elle ne rencontre aucune résistance et on voit sourdre presque aussitôt, à son extrémité libre, un liquide clair, jaunâtre, qui sort goutte à goutte, quelquefois par saccades rythmiques : c'est le liquide céphalo-rachidien. Le chirurgien ne doit injecter de solution cocaïnée qu'*après avoir constaté cette issue de liquide céphalo-rachidien.*

A ce moment, la seringue chargée d'un centimètre cube de solution de cocaïne à 2 % est adaptée à l'aiguille et l'injection est poussée lentement, de façon à être complète *en une minute*. La dose injectée ne doit pas dépasser 0 gr. 015 milligr. de cocaïne, soit un peu moins de la moitié de la seringue que j'emploie, avec la solution à 2 % (3). L'injection terminée, on retire rapidement l'aiguille et on obture l'orifice avec du collodion stérilisé.

On note la minute précise où l'injection est finie et on attend, en posant au malade des questions sur les sensations subjectives qu'il éprouve. Après un laps de temps qui, dans nos observations, a varié, suivant les sujets, entre *quatre et huit ou dix minutes*, le patient accuse des picotements, des fourmillements, de l'engourdissement dans les pieds, puis dans les jambes. A partir de ce moment, on peut commencer à opérer. Progressivement, la sensibilité à la douleur et à la chaleur disparaît; la sensibilité au contact persiste seule. Enfin le système moteur lui-même peut être troublé, le sens musculaire du moins.

C'est, ai-je dit, environ de quatre à dix minutes après l'injection que l'analgésie complète est réalisée; elle remonte le plus souvent jusqu'au thorax, parfois jusqu'aux aisselles. Ce n'est pas une analgésie approximative : elle est *complète, absolue* et telle que, dans une amputation de cuisse, nous pouvions demander au malade de relever son moignon par la simple contraction de ses muscles, afin de faciliter le pincement des vaisseaux. Au cours de l'opération, les patients, interrogés, accusent seulement une sensation de contact. L'un d'eux entendait scier son fémur et répondait à mon assistant qu'il n'aurait su dire si l'on sciait sa jambe ou le pied de la table. Dans une hystérectomie vaginale, la malade sentit que « quelque chose se décrochait » au moment où l'on abaissait l'utérus, mais à aucun moment elle n'accusa la moindre douleur. Au cours d'une néphrectomie lombaire, la patiente nous demanda, à la fin de l'opération, si nous commencerions bientôt à l'opérer.

La *durée* de l'analgésie est de *une heure à une heure et demie*. Elle m'a toujours suffi pour effectuer les interventions les plus laborieuses. La situation donnée au malade pendant l'opération ne modifie en rien l'insensibilité; aussi ai-je toujours pu opérer correctement et placer mes malades aussi bien dans la *position inclinée* que dans le *décubitus latéral;* j'ai agi, en un mot, comme sous l'anesthésie cérébro-spinale.

II

Quelques *incidents* peuvent se présenter pendant cette ponction. Chez certains sujets dont la colonne vertébrale est déviée, par une *scoliose* par exemple, on peut ne trouver qu'avec peine la ligne épineuse, et, même lorsque l'apophyse est repérée, il est parfois difficile de ponctionner entre les deux lames vertébrales dont les rapports normaux n'existent plus. Dans ces cas, on arrive quand même, après quelques tâtonnements, à pénétrer dans l'espace sous-arachnoïdien. Toutes choses étant normales d'ailleurs, il peut se faire aussi que la pénétration soit empêchée par un *mouvement intempestif* du malade qui fait dévier l'aiguille, ou par le manque d'expérience du chirurgien. Quand l'aiguille butte ainsi sur les lames vertébrales, il faut changer sa direction en haut et en bas, mais il ne faut pas s'obstiner à chercher la voie en la tournant et en la retournant; on ne réussirait qu'à émousser la pointe ou à la briser. Le mieux est de retirer l'aiguille et de faire une seconde ponction plus haut ou plus bas. On peut croire aussi qu'on a pénétré dans l'espace sous-arachnoïdien, alors que la solution a été injectée hors du fourreau. Le seul signe permettant d'affirmer que l'aiguille se trouve bien dans la cavité est, nous l'avons déjà dit, *l'issue de liquide céphalo-rachidien.* Si l'aiguille *laisse écouler du sang*, celui-ci peut être pur ou mélangé de liquide céphalo-rachidien; mais ce point est impossible à élucider à simple vue. Il faut donc répéter la ponction et n'injecter que lorsqu'on a vu sortir deux ou trois gouttes de liquide céphalo-rachidien pur.

Existe-t-il des *accidents* imputables à ce mode d'anesthésie par les injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne ? Je puis affirmer, en me basant sur mes observations, qu'il n'est jamais survenu un accident grave. En général, les malades accusent une sensation de *pesanteur épigastrique*, un peu d'*anxiété*, des *nausées* ou des *vomissements;* ceux-ci surviennent soit au début de l'opération, quelques minutes après la piqûre, soit, et le plus ordinairement, dans les quelques heures qui suivent : ils peuvent se répéter trois ou quatre fois. Ils sont très fréquents; je les ai notés 50 fois sur 63 opérations. Ce sont des vomissements muqueux ou bilieux, peu abondants, cédant rapidement à l'ingestion de glace. La *céphalalgie* est un accident plus constant que les vomissements; le plus souvent (dans les deux tiers des cas) elle est légère — simple lourdeur de tête — et disparaît dans la journée qui suit l'opération; mais elle peut être assez vive, provoquer une nuit d'insomnie et ne céder complètement qu'au bout de quarante-huit heures. Nous avons noté également des *sueurs*, un certain degré de *dilatation des pupilles*, un léger *tremblement des jambes*, un peu de *rapidité du pouls*. Mais je me hâte de dire que jamais ces divers accidents n'ont présenté le moindre caractère de gravité et qu'ils disparurent très

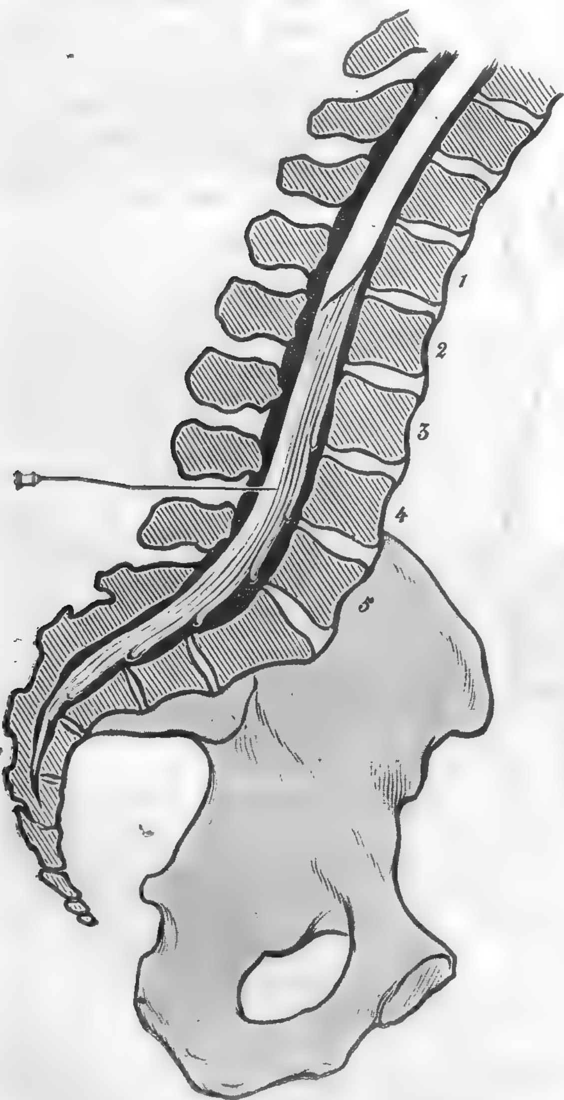


Fig. 4. — On voit l'aiguille en plein fourreau arachnoïdien; les nerfs, étant latéraux, ne courent aucun risque.

(1) Grâce à cet avertissement, l'opéré ne se redresse pas sous l'influence de la piqûre et n'expose pas aux fausses routes qui rendent impossible la pénétration de l'aiguille à travers l'espace interlamellaire rétréci.

(2) Lorsque je plaçais le malade dans le décubitus latéral, l'aiguille devait être dirigée d'arrière en avant et un peu obliquement en haut et en dedans. Dans la position assise, il faut piquer perpendiculairement d'arrière en avant.

(3) Si l'on dépasse cette dose, l'anxiété épigastrique est plus forte, les vomissements plus fréquents; souvent il se produit des transpirations et de la fréquence du pouls; mais je n'ai jamais constaté de phénomènes inquiétants.

rapidement, ne se prolongeant pas au delà du jour qui suit l'opération.

J'ai observé, dans 15 cas, une élévation vespérale de la température le jour même de l'intervention. 10 fois cette élévation fut voisine de 38°, 4 fois elle atteignit 38°6, 38°9, 39° et 1 fois 40°, et cela sans aucune complication opératoire. Le lendemain, la température était normale. Chez 4 opérés j'ai noté un frisson durant de dix à quinze minutes.

Ces élévations de température paraissent bien le fait d'une action sur les centres thermiques, car rien dans l'opération ne les explique; elles ne s'accompagnent d'aucun incident du côté de la région opérée, et j'ai vu survenir après un redressement d'ankylose traumatique une température de 38°.

III

Voici maintenant la nomenclature des 63 interventions que j'ai pratiquées suivant la technique que je viens de décrire : quelques-unes ont été faites par mes élèves Cadol, Dujarier, Loubet et Neveu. J'ajouterai que ces opérations ont eu lieu devant une cinquantaine de nos collègues français et surtout étrangers.

Membres inférieurs.

Ténotomies multiples ou anastomoses tendineuses........ 3
Trépanations et résections pour ostéomyélites........ 3
Arthrotomies et synovectomies........ 3
Fractures obliques de jambe (sutures)........ 3
Rupture d'ankylose tibio tarsienne........ 1
Extirpation de corps étranger du creux poplité........ 1
Fracture de la rotule (cerclage)........ 1
Ostéotomies pour genu valgum........ 2
Résection du genou........ 1
Amputations de cuisse et de jambe........ 7

Organes génito-urinaires de l'homme.

Hypospadias........ 1
Vaginalite suppurée........ 1
Fistule uréthro-périnéale........ 1
Exploration de cystite douloureuse........ 1
Lithotritie........ 1
Néphrotomie........ 1
Néphrectomie lombaire pour pyonéphrose. 1

Organes génito-urinaires de la femme.

Colporrhaphies et colpopérinéorrhaphies.. 3
Extirpation de la glande de Bartholin..... 1
Colpotomie pour suppuration pelvienne... 1
Cystoscopie et extraction de calculs vésicaux par la taille........ 2
Hystérectomies vaginales........ 4
Hystéropexies abdominales........ 2
Laparotomie pour suppuration pelvienne.. 1

Anus et rectum.

Hémorrhoïdes (cure par le procédé de Whitehead)........ 4
Fistules à l'anus compliquées........ 2
Extirpation du rectum........ 1

Intestin.

Hernies inguinales et crurales........ 5
Appendicites........ 5

Mes opérés étaient âgés de *douze à soixante-neuf ans* et comprenaient *39 hommes* et *24 femmes*. Je n'ai noté aucune différence marquée dans le moment où apparaît l'analgésie ni dans les incidents consécutifs suivant l'âge ou le sexe. Mais je considère que les *enfants* ne doivent jamais être soumis à ce mode d'anesthésie et cela uniquement parce qu'ils peuvent avoir peur. Les *hystériques* avérés doivent également, et pour la même raison, être exclus de cette méthode. Quant aux autres sujets, on peut, au point de vue moral, leur mettre sur les yeux une simple compresse. Je dois dire que la plupart des malades de mon service et de ma pratique privée ont refusé ce subterfuge et qu'aucun d'eux n'a présenté le moindre accident. Pendant toute la durée de l'opération ils étaient indifférents; la plupart répondaient simplement aux questions que mes assistants leur posaient au sujet de leur maladie ou des sensations qu'ils éprouvaient.

Enfin, si un incident quelconque empêche l'anesthésie de se produire, l'*injection ne contre-indique en rien l'administration immédiate d'un anesthésique général*, tel que l'éther. Dans mes premiers essais, alors que les doses ou le titre de la solution à employer n'étaient pas précisés, j'ai eu plusieurs fois recours à l'éthérisation après injection de cocaïne. Le seul fait que j'aie remarqué dans ce cas, c'est une diminution de la période d'agitation, de malaise et d'anxiété qui marque, en général, le début de l'anesthésie par l'éther.

TH. TUFFIER,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

BULLETIN

A propos du diagnostic histologique de la rage des rues.

Dans une série de travaux que nous avons publiés sur la rage en collaboration avec un de nos élèves, M. C. Nelis, nous avons fait ressortir que les modifications vasculaires et cellulaires décrites dans les centres nerveux par de nombreux auteurs existent en réalité dans les différentes parties du névraxe, mais que, ces altérations *pouvant faire défaut*, elles ne sont ni suffisantes pour expliquer les symptômes de la rage, ni assez constantes et à localisation assez précise pour être utilisables comme éléments de diagnostic histologique.

A côté de ces lésions vasculaires et cellulaires que, vu leur inconstance et leur variabilité d'un animal à l'autre, nous avons considérées comme banales au point de vue de la symptomatologie et du diagnostic, nous en avons découvert d'autres, remarquables par leur fixité, leur localisation et leur nature, et qui, jusqu'à présent, avaient complètement échappé à l'attention des observateurs. Ce sont les lésions destructives que Nelis et moi avons longuement décrites dans les ganglions périphériques cérébro-spinaux et sympathiques.

Ces altérations sont tellement profondes et à ce point caractéristiques qu'elles sautent aux yeux, même à celui qui n'est pas habitué aux observations microscopiques, dès qu'on compare la coupe d'un ganglion normal avec celle d'un ganglion provenant d'un animal mort de la rage. Elles intéressent, de plus, toute l'épaisseur du ganglion, de telle sorte que l'examen d'une ou de deux coupes suffit pour établir leur existence. Chez tous les chiens rabiques que nous avons examinés, nous avons toujours pu constater que ces lésions destructives des cellules nerveuses sont le plus accentuées dans le ganglion noueux, appelé chez l'homme ganglion plexiforme, du nerf pneumogastrique.

Nous avons tiré de nos recherches deux conclusions importantes : la première, c'est que ces lésions des ganglions cérébro-spinaux permettent de comprendre les symptômes de la rage beaucoup plus facilement que celles qu'ont décrites les auteurs. La seconde, c'est que les altérations si caractéristiques de ces ganglions nous mettent entre les mains un moyen simple et pratique de faire le diagnostic histologique de la rage après la mort de l'animal mordeur. Pour faire ce diagnostic, nous avons recommandé d'examiner le ganglion noueux du vague, facilement accessible et dans lequel les lésions, étant toujours le plus accentuées, doivent aussi être le plus précoces.

La première de ces conclusions n'a qu'un intérêt purement scientifique. La seconde est, au point de vue pratique, d'une importance capitale. L'une et l'autre viennent d'être soumises à la critique devant l'Académie de médecine de Paris, dans les séances des 10 et 17 avril dernier, par deux savants dont les travaux sur la rage sont très connus. Vu l'importance de la question traitée, nous désirons répondre aux objections soulevées.

Un premier fait dont l'exactitude a été entièrement reconnue par M. Nocard, c'est que les lésions ganglionnaires que nous avons décrites avec Nelis existent incontestablement dans le ganglion noueux du pneumogastrique de tous les chiens morts de la rage que MM. Cuillé et Vallée ont pu examiner. De plus, ces altérations font complètement défaut dans les ganglions provenant de chiens sains ou morts d'affections diverses. C'est là une confirmation éclatante des faits que nous avons avancés avec Nelis et dont le contrôle avait déjà été fourni par M. Degive, professeur, et M. Hébrant, agrégé à l'Ecole de médecine vétérinaire de l'Etat à Cureghem. Aussi, se basant sur ces faits, M. Nocard considère-t-il notre méthode comme « précieuse par sa simplicité et sa rapidité ».

Cette opinion de M. Nocard est à mettre en opposition avec celle qui a été formulée dans la même enceinte par M. Babes huit jours plus tôt. « Je me suis beaucoup occupé de l'étude de ces ganglions dans la rage, dit le professeur de Bucharest, mais il faut avouer que je n'y ai pas trouvé des lésions aussi caractéristiques *au moins chez le chien* que celles du bulbe. Il n'est pas douteux que des personnes qui s'occupent spécialement de la cellule nerveuse peuvent y trouver des altérations cellulaires et une prolifération des cellules qui entourent les cellules ganglionnaires, mais ce sont des lésions difficiles à apprécier et qui se présentent d'une manière plus ou moins nette selon que la coloration est plus ou moins réussie. » Ces paroles de M. Babes nous donnent la conviction que notre collègue n'a jamais eu sous les yeux des coupes d'un ganglion noueux ni même d'un ganglion spinal de chien mort de l'évolution naturelle de la rage, car, histologiste et observateur distingué comme il l'est, il n'aurait pas écrit que la disparition complète de presque toutes les cellules nerveuses du ganglion et leur remplacement par un tissu de néoformation qui ne ressemble en rien aux grandes cellules nerveuses du ganglion normal est une lésion « difficile à apprécier et se présentant d'une manière plus ou moins nette selon que la coloration est plus ou moins réussie ».

L'existence des lésions ganglionnaires ainsi que la facilité et la rapidité avec lesquelles on peut en constater l'existence étant ainsi admises, il reste à rechercher quelle peut être leur valeur au point de vue du diagnostic *post mortem*.

« S'il était vrai, dit M. Nocard, que, désormais (en se servant de la méthode préconisée par MM. van Gehuchten et Nelis), on pourrait, en quelques heures, dire, avec certitude et dans tous les cas, que tel chien suspect est ou n'est pas enragé, ce serait la solution du problème. »

Nous tenons à faire remarquer que jamais, dans aucun de nos travaux, nous n'avons affirmé que notre méthode de diagnostic pouvait s'appliquer à *tout chien suspect*. C'est là une conclusion que d'autres que nous ont déduite de nos observations. Nous n'avons jamais non plus déclaré le contraire, parce que les expériences nécessaires à la solution de cette question importante nous faisaient complètement défaut. Constamment nous avons soutenu qu'à l'avenir « il suffira d'examiner un des ganglions cérébro-spinaux d'un animal *mort de la rage* pour pouvoir établir le diagnostic en un espace de vingt-quatre heures ». Il ne s'agit donc pas d'un diagnostic *précoce*, mais uniquement d'un diagnostic *rapide* de la rage. Cette restriction était absolument indispensable, vu que toutes nos recherches n'avaient porté que sur des animaux ou *morts de l'évolution naturelle de la maladie* ou *abattus dans le stade de paralysie*.

« Pour que notre méthode de diagnostic de la rage — disions-nous encore —, basée sur l'examen microscopique des ganglions cérébro-spinaux et surtout du ganglion noueux du

nerf pneumogastrique, pût acquérir toute sa valeur, nous devrions pouvoir établir l'époque d'apparition de ces lésions ganglionnaires et rechercher en même temps si l'existence de ces lésions est antérieure à l'époque à laquelle la bave de l'animal devient virulente. »

Cette préoccupation, nous l'avons eue dès le commencement de nos recherches. C'est ainsi que Nelis rapporte déjà qu'à la fin de l'année 1898 nous avons inoculé sous la dure-mère, le même jour, avec le même virus des rues, huit chiens. L'un d'eux a été sacrifié le sixième jour après l'inoculation et ne présentait pas de lésions spéciales dans ses ganglions cérébro-spinaux. Un autre a été tué neuf jours après l'inoculation : dans son ganglion noueux il y avait un commencement de prolifération néoplasique sans que l'animal eût manifesté des symptômes de rage. Nous n'avons malheureusement pas établi si la bave de ces deux chiens était virulente ou non. Le seul but de ces recherches était de savoir la durée approximative des lésions ganglionnaires. Les autres chiens sont morts de rage paralytique entre le quatorzième et le vingtième jour.

Cette irrégularité dans la période d'incubation de la rage chez des animaux inoculés le même jour, de la même façon et avec le même virus nous a fait abandonner ces recherches avec le virus des rues. Nos occupations ne nous ont pas permis de reprendre ces études d'une façon suivie pendant l'année 1899. Au début de l'année courante, nous avons repris la question avec Nelis en ayant recours au virus fixe.

Des lapins et des chiens ont été inoculés sous la dure-mère avec du virus qui nous a été fourni obligeamment par MM. Roux et Calmette. Nos chiens, inoculés avec le virus de Paris, sont morts au bout de neuf et de onze jours; les lapins qui avaient reçu le virus de Lille ont succombé au bout de huit jours et demi.

Les ganglions spinaux de nos deux chiens ne présentaient aucune trace de prolifération cellulaire, toutes les cellules nerveuses étaient normales. Il en était de même du ganglion noueux de l'un d'eux. Chez le second, il y avait, il est vrai, dans ce ganglion, des modifications cellulaires très évidentes, mais aucune trace de prolifération des cellules de la capsule endothéliale.

Chez les lapins inoculés avec le virus de Lille et morts au bout de huit jours et demi, il n'existait, dans le ganglion noueux du vague, que des modifications cellulaires avec, çà et là, un commencement d'envahissement péricellulaire. Dans les ganglions lombaires toutes les cellules étaient en chromolyse ou même en achromatose, de plus on constatait l'existence de quelques nodules rabiques. Aucune de ces lésions ne nous parut suffisante pour qu'on pût, sans savoir de quel animal ces ganglions provenaient, porter avec certitude le diagnostic de rage.

Les lésions ganglionnaires déterminées par le *virus fixe* ne sont donc en aucune façon comparables comme intensité à celles qu'entraîne la *rage des rues*. Cette différence est surtout sensible pour les chiens, les seuls animaux qui nous intéressent au point de vue pratique : dans la *rage naturelle* ou *rage des rues*, les lésions destructives des ganglions cérébro-spinaux amènent la disparition complète de presque toutes les cellules nerveuses du ganglion noueux et d'un nombre considérable de cellules des ganglions spinaux, alors que dans la *rage expérimentale* ou *rage des laboratoires* ces lésions font parfois complètement défaut. Ces résultats nous ont beaucoup surpris. Ils ont eu comme conséquence de nous faire abandonner la voie dans laquelle nous nous étions engagés dans le but de déterminer si le moment d'apparition des lésions ganglionnaires est en rapport avec l'époque à laquelle la bave du chien devient virulente, et de nous engager à chercher une autre méthode qui nous permît de résoudre le problème.

Cette différence d'action entre le virus des rues et le virus fixe sur les ganglions cérébro-spinaux et sympathiques est à rapprocher d'une divergence analogue que M. Babes a signalée entre les effets des deux virus sur la moelle et le bulbe. Tandis que, dans le bulbe et la moelle épinière de tout chien mort de la rage des rues, M. Babes a toujours constaté des foyers embryonnaires périvasculaires et péricellulaires qu'il a désignés sous le nom de *tubercules rabiques* (Wuthknötchen) et qu'il considère comme pathognomoniques de l'infection rabique, en même temps que des modifications profondes des cellules motrices, il n'a rien trouvé de bien caractéristique dans les mêmes parties du névraxe des lapins ayant succombé au virus fixe.

Lorsque nous avons eu connaissance de ces résultats des recherches de M. Babes, nous avons cru y trouver la preuve que les lésions médullaires et bulbaires observées par le professeur de Bucharest, et surtout les tubercules rabiques, ne pouvaient être considérés comme *spécifiques* de l'infection rabique. Il nous semblait évident *a priori* que ce qui donne la mort dans la rage naturelle devait également être la cause de la mort dans la rage expérimentale. Mais l'absence complète de lésions ganglionnaires chez les chiens tués par le virus fixe nous a donné à réfléchir. Nous sommes revenus de notre première opinion. Nous nous sommes dit : si la rage des rues entraîne *toujours* des lésions profondes dans les ganglions périphériques, tandis que dans la rage expérimentale ces lésions font défaut, c'est qu'il doit y avoir une différence importante entre les virus des deux formes de la maladie.

Les lésions des ganglions cérébro-spinaux et sympathiques que nous avons découvertes avec Nelis ne sont donc pas spécifiques de la rage en général; *elles ne sont spécifiques que de la rage naturelle.*

Nous sommes ainsi arrivés à séparer complètement l'une de l'autre, au moins au point de vue des lésions histologiques, la rage expérimentale de la rage naturelle. Dans la première, on ne constate guère de lésions permettant d'expliquer l'issue fatale. Dans la seconde, les altérations sont telles que la mort en est la conséquence inévitable.

A quoi tient cette différence d'action entre les deux virus? M. Babes croit que le virus fixe est tellement actif qu'il entraîne la mort avant que des foyers miliaires aient eu le temps de se produire en nombre et en volume suffisants pour être reconnus au microscope.

Pendant un certain temps, nous avons été partisan d'une manière de voir analogue. Nous supposions que, si le virus fixe ne détermine pas de lésions ganglionnaires, c'est qu'il agit sur les centres nerveux avec une intensité beaucoup trop considérable. « Entre le virus des rues et le virus fixe, disions-nous, il doit exister une différence profonde, sans que nous puissions entrevoir si cette différence réside dans la quantité du principe actif ou bien dans sa qualité. »

Lorsque nous écrivions ces lignes, un fait de la plus haute importance nous était complètement inconnu. Nous basant sur l'examen histologique des ganglions fait par Nelis, nous croyions que les chiens morts de la rage après avoir reçu sous la dure-mère du *virus des rues* présentaient les lésions ganglionnaires caractéristiques de la rage naturelle.

C'était là une erreur. Notre collaborateur s'était, sans doute, trompé de ganglions pendant l'enrobage des pièces. Intrigué, en effet, par les résultats négatifs que nous avait donnés la rage avec le virus fixe, nous avons examiné nous-même le ganglion noueux et quelques ganglions spinaux de deux chiens, morts de rage paralytique quatorze et quinze jours après l'inoculation. Les ganglions spinaux nous paraissent normaux. Dans le ganglion noueux, toutes les cellules sont normales; il y a cependant, par endroits, quelques nodules rabiques caractéristiques. Mais, chose importante, *ces lésions ganglionnaires ne sont pas beaucoup plus profondes que celles que détermine le virus fixe.*

Ainsi, la rage que l'on donne à des chiens par inoculation sous la dure-mère, que ce soit avec du virus fixe ou que ce soit avec du virus des rues, ne détermine pas les lésions ganglionnaires si hautement caractéristiques de la rage naturelle. La différence dans les altérations observées ne tient donc pas à une différence du virus, qui, à part son degré de virulence, paraît toujours être le même. *Elle est due uniquement au mode d'inoculation :* dans la rage naturelle, c'est la bave de l'animal qui est introduite dans l'organisme à une distance plus ou moins considérable de l'axe cérébro-spinal; dans la rage expérimentale, c'est la substance nerveuse elle-même qui est directement mise en contact avec les centres nerveux.

Pour faire la contre-épreuve de ces recherches, nous avons inoculé, sous la dure-mère d'un chien, du virus fixe. L'animal est devenu enragé le neuvième jour après l'inoculation. Pendant le stade de rage furieuse, nous lui avons fait mordre jusqu'au sang deux autres chiens; après sa mort, nous avons inoculé sa bave dans les muscles du cou et de la patte de deux lapins. Il sera intéressant de voir si cette rage expérimentale, donnée par inoculation, aura été capable de communiquer par morsure une rage naturelle avec ses lésions caractéristiques.

Il est important de faire ressortir que, dans les deux cas de rage humaine dont nous avons pu examiner les ganglions spinaux, les lésions caractéristiques que nous avons décrites existaient en toute évidence. Or, la rage humaine est une rage naturelle. Il en était de même dans un cas de rage naturelle chez un chat dont Nelis a relaté les résultats de l'examen histologique.

Dans les cas de rage naturelle, les lésions des ganglions cérébro-spinaux ont donc été observées d'une façon constante. Ces altérations faisaient plus ou moins complètement défaut chez les animaux tués par le virus fixe. Entre ces deux extrêmes : la rage naturelle des rues et la rage déterminée par un virus fixe, il existe encore des états intermédiaires : tels sont les cas où l'affection est provoquée expérimentalement chez les animaux par inoculation sous la dure-mère de la *substance nerveuse* provenant d'un chien mort de la rage naturelle. Nous venons de voir que, chez les chiens, les lésions ne sont pas bien profondes. Chez les lapins tués expérimentalement par le virus des rues, les lésions ganglionnaires sont aussi beaucoup moins profondes que chez les chiens morts de la rage naturelle. Lorsque nous avons signalé avec Nelis ces différences dans l'intensité des altérations observées, nous crûmes devoir les rapporter à une inégalité dans la résistance des animaux vis-à-vis du virus rabique. Nous sommes actuellement disposé à admettre plutôt que cette particularité tient uniquement au mode d'inoculation, et nous nous demandons si dans la rage donnée par morsure à un lapin les lésions ganglionnaires ne seraient pas plus profondes.

C'est à la lumière de ces données sur la rage naturelle et la rage expérimentale que nous devons interpréter les résultats des recherches de MM. Cuillé et Vallée rapportées à l'Académie de médecine de Paris par M. Nocard. Ces auteurs ont repris les expériences que nous avons faites antérieurement avec Nelis en inoculant du virus des rues à une série de six chiens. Mais au lieu de faire l'inoculation sous la dure-mère, ils ont fait une injection intramusculaire dans le muscle demi-tendineux afin de se rapprocher davantage « des conditions de l'infection naturelle ». Cette injection a été faite avec une émulsion préparée avec le cerveau d'un chien mort de la rage des rues. Trois des animaux en expérience étaient encore indemnes soixante-trois jours après l'inoculation. Les trois autres ont manifesté les premiers signes de la rage respectivement dix-sept, vingt-trois et trente-deux jours après l'injection. Ils ont été tués quelques heures après le début des symptômes rabiques. Chez l'un d'eux, il n'y avait aucune

altération dans les ganglions des nerfs vagues. Les ganglions noueux d'un second avaient toutes leurs cellules indemnes, mais sur les coupes et en de très rares points il y avait de petits foyers d'infiltration péricapsulaire. Le troisième chien, sacrifié douze heures après le début de la paralysie, montrait de superbes lésions ganglionnaires.

Certes, ces résultats sont intéressants; mais avons-nous bien le droit de les appliquer directement, sans contrôle aucun, à la véritable rage des rues, la seule qui nous intéresse au point de vue pratique? Nous ne le croyons pas. Pour s'être rapprochés autant que possible des conditions de l'infection naturelle, MM. Cuillé et Vallée n'ont cependant pas observé complètement les conditions dans lesquelles se fait l'inoculation de la rage des rues d'animal à animal, puisque l'injection a été faite par eux avec de la substance cérébrale et nullement avec de la bave.

Pour donner à ces recherches toute leur valeur, il faudrait d'abord rechercher si les inoculations faites avec la substance cérébrale donnent les mêmes résultats que celles que l'on pratique avec la bave. Un second point à examiner est celui de savoir si les symptômes qui caractérisent la rage donnée par inoculation de substance nerveuse, d'après le procédé de MM. Cuillé et Vallée, sont identiques et dans leur marche et surtout dans leur durée avec ceux de la rage naturelle. Nous ne le croyons pas non plus. Pour autant que nous puissions en juger par les nombreuses expériences que nous avons faites avec Nelis, il nous semble que la rage expérimentale du chien, donnée par inoculation de virus des rues sous la dure-mère, éclate plus brusquement et présente une marche beaucoup plus rapide que la rage naturelle. S'il en était ainsi, les résultats des recherches rapportées par M. Nocard perdraient quelque peu de leur valeur *au point de vue pratique*.

Mais à côté de ces recherches expérimentales, MM. Cuillé et Vallée rapportent un autre fait beaucoup plus important. Ils ont pu « examiner les ganglions plexiformes d'un chien de berger sacrifié au cours d'un accès de rage furieuse, après avoir mordu plusieurs chiens et de nombreux moutons. Les lésions ganglionnaires sont insignifiantes; à peine çà et là un peu d'infiltration péricapsulaire; il serait impossible de dire, sur le seul examen des coupes, que l'animal est enragé. Pourtant la rage est cliniquement certaine et l'inoculation du bulbe a provoqué la rage chez les lapins inoculés ».

Ce fait prouve, à ne pouvoir en douter, qu'au moment où la bave d'un animal est virulente, les lésions ganglionnaires, tout en existant jusqu'à un certain degré, ne sont cependant pas suffisantes pour permettre de poser un diagnostic.

Ces résultats étaient à prévoir jusqu'à un certain point. Si l'on admet que les symptômes présentés par l'animal rabique ne sont que la conséquence des lésions ganglionnaires, ainsi que nous avons essayé de le démontrer, rien d'étrange à ce qu'un chien, au début de la rage, ne présente pas d'altérations bien profondes. L'envie de mordre n'est qu'une manifestation extérieure de l'excitation nerveuse qui elle-même, au moins dans notre opinion, est la conséquence de la turgescence des cellules endothéliales de la capsule péricellulaire et du début de leur prolifération. Si, au début de la rage, on trouvait des lésions destructives des cellules nerveuses, les symptômes seraient tout autres.

Des recherches de MM. Cuillé et Vallée, M. Nocard tire les conclusions suivantes : Quand le résultat de l'examen histologique est positif, on peut affirmer que le chien était enragé; « mais quand le résultat est négatif — ce qui est fréquent, alors que le chien est sacrifié aussitôt après avoir mordu —, on n'a pas le droit d'affirmer que le chien n'était pas enragé; le diagnostic reste incertain et le devoir étroit du vétérinaire est, aujourd'hui comme hier, d'engager la personne mordue à recourir au traitement de l'Institut Pasteur ».

Dans l'état actuel de nos connaissances et dans les conditions spéciales énoncées par M. Nocard, cette conclusion est pleinement justifiée. Nous nous permettrons cependant de faire remarquer que nous avons entre les mains le moyen de donner à l'examen histologique du ganglion noueux une valeur absolue, même si cet examen aboutit à un résultat négatif au point de vue des lésions rabiques. Il suffit pour cela de changer quelque peu les conditions dans lesquelles se fait cet examen histologique. Voici la ligne de conduite que nous conseillons de suivre :

Quand une personne est mordue, le premier devoir du médecin est de s'enquérir du chien mordeur. Si celui-ci est un chien errant dont on a perdu la trace, il n'y a pas à hésiter, le traitement antirabique s'impose. Mais ce qui s'impose d'une manière encore plus évidente, c'est de faire la guerre aux chiens errants afin qu'à l'avenir cette première éventualité ne puisse plus se présenter. Si la morsure a été faite par un chien connu et que cet animal ne présente pas encore extérieurement les symptômes de la rage, qu'on se garde donc de l'abattre et qu'on le tienne en observation pendant deux ou trois jours. Nous savons, en effet, par les recherches de MM. Roux et Nocard, que la bave n'est virulente que vingt-quatre ou quarante-huit heures avant l'apparition des premiers symptômes. Et encore convient-il de faire remarquer que cette époque de début de la virulence de la bave n'a pas été établie pour la rage naturelle mais bien pour la rage expérimentale, et qu'elle varie d'après le procédé d'inoculation employé. C'est ainsi qu'après injection dans l'œil, la bave est devenue virulente trois jours avant l'apparition des symptômes, tandis que, après inoculation sous-cutanée dans la région du cou, la virulence n'a commencé que trente heures avant les premières manifestations extérieures de la maladie. Chez le lapin, la bave n'était virulente que le jour où éclataient les symptômes. Si donc, au bout de trois ou quatre jours, le chien mis en observation ne présente rien de spécial, c'est que la rage n'est pas en cause.

Si, au moment de la morsure, le chien présente déjà des signes de rage, qu'on ne le tue pas davantage. Nous savons par expérience que l'évolution de l'affection est excessivement rapide et qu'il suffira de un ou de deux jours d'observation pour voir éclater les symptômes de paralysie suivis bientôt d'issue fatale. Si l'animal est mort de rage, les lésions ganglionnaires seront alors évidentes.

Ces précautions n'auront leur utilité que dans quelques cas exceptionnels. En pratique et d'une façon courante, les lésions ganglionnaires existent lorsque le chien devient dangereux. C'est ce qui résulte, en toute évidence, des résultats obtenus par M. Hébrant à l'Ecole de médecine vétérinaire de l'Etat à Cureghem.

Depuis le mois de novembre dernier, ainsi que cela résulte d'une communication verbale qu'a bien voulu nous faire notre savant collègue M. Degive, notre méthode de diagnostic histologique de la rage a été appliquée à 44 chiens envoyés à l'Institut. Chez 37 d'entre eux, le ganglion noueux du nerf vague présentait des lésions rabiques. Or, tous ces chiens étaient atteints de la rage; ce diagnostic fut basé, pour les chiens envoyés vivants, sur les symptômes présentés pendant la vie; pour les animaux abattus parce qu'ils étaient mordeurs, sur le résultat positif obtenu par l'inoculation à des lapins. Chez 7 chiens, le ganglion du vague a été trouvé normal et, pour tous, l'inoculation faite à des lapins n'a donné que des résultats négatifs. Malgré cela, nous croyons devoir répéter ce que nous avons déjà dit à propos de la valeur de notre méthode de diagnostic histologique : « Les observations faites sont évidemment encore trop peu nombreuses pour en tirer une conclusion générale, nous sommes les premiers à le reconnaître. C'est seulement quand cette méthode de diagnostic aura été employée dans tous les Instituts antirabiques concurremment avec l'inoculation au lapin que l'on pourra se former une opinion définitive. » Ces paroles gagnent encore en importance depuis le fait relevé par MM. Cuillé et Vallée.

Qu'on nous permette cependant d'ajouter que, à côté de l'intérêt scientifique que présente la découverte de ces lésions ganglionnaires, elle a dès à présent une certaine importance pratique. Bien des Instituts bactériologiques reçoivent chaque année un nombre plus ou moins considérable de chiens abattus avec prière de rechercher si ces animaux étaient ou non atteints de rage (l'Institut provincial de bactériologie de Liège en a reçu une quarantaine pendant l'année écoulée). La substance cérébrale de chacun de ces animaux doit être inoculée à une série de deux ou trois lapins, qu'il faut garder en vie pendant une période de quinze à cinquante jours. Ce sont là des recherches qui, sans utilité aucune au point de vue scientifique, absorbent du temps et de l'argent. A l'avenir on pourra se contenter d'examiner le ganglion noueux du vague et l'on ne sera obligé, en attendant que la question soit complètement élucidée, de faire des inoculations que pour les chiens dont l'examen histologique du ganglion plexiforme aura été négatif. C'est déjà un résultat pratique qui n'est pas à dédaigner.

Dr Van Gehuchten,
Professeur à la Faculté de médecine de Louvain

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 mai 1900.

Monstre hétéradelphe.

M. Lannelongue présente un monstre hétéradelphe : il s'agit d'un jeune Indien âgé de huit ans, bien développé, à la région épigastrique duquel est soudé par son extrémité supérieure le corps d'un sujet sans tête, constitué par un tronc et quatre membres incomplètement développés. La palpation de ces parties permet cependant d'y reconnaître un certain nombre de vertèbres, les os iliaques et un rudiment du squelette des membres. Entre les membres supérieurs et les os pelviens on ne trouve, à la région antérieure de ce sujet accessoire, que des parties molles au-dessous desquelles on ne perçoit aucune anse intestinale.

Les deux sujets appartiennent au sexe masculin et il paraît que tous deux urinent en même temps.

Traitement chirurgical de la névralgie faciale.

M. Chipault communique l'observation d'un homme de soixante ans, atteint d'une névralgie faciale grave ayant résisté à tous les moyens de traitement, et qui a été guéri par la résection du ganglion cervical supérieur du grand sympathique du côté correspondant à la névralgie. Ce fait semble prouver que cette affection est d'origine vasomotrice.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 mai 1900.

Grossesse extra-utérine et inondation péritonéale.

M. Tuffier. — Dans le rapport qu'il nous a communiqué au sujet d'une série d'observations de MM. Morestin et Auvray (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 107), M. Routier a soulevé principalement la question de l'utilité du drainage dans le traitement de l'inondation péritonéale consécutive à une rupture de grossesse tubaire. Je crois que cette question a une importance capitale et il serait peut-être utile que chacun de nous donnât son opinion à ce propos.

Depuis 1889, j'ai pratiqué 56 interventions pour rupture de grossesse tubaire. Je crois que le drainage par la méthode de Mikulicz est tout à fait insuffisant, et, pour ma part, je préfère, quand j'opère par la voie abdominale, me servir des drains métalliques de Delagénière. Depuis un certain temps, d'ailleurs, chaque fois que la

chose est possible, j'emploie le drainage vaginal.

M. Bazy. — J'obtiens de bons résultats avec la méthode de Mikulicz, à la condition de la compléter par l'application d'un drain.

M. Delbet. — Il ne faudrait pas conclure de la discussion actuelle que le drainage soit nécessaire dans tous les cas d'intervention pour inondation péritonéale consécutive à une rupture de grossesse tubaire. Indispensable lorsque l'on ne peut pas enlever le placenta ou quand on trouve des adhérences très vasculaires, il est, en revanche, parfaitement inutile lorsqu'on a obtenu une hémostase complète.

M. Routier. — La méthode de Mikulicz a pour but de réaliser, non pas un drainage, mais un tamponnement; il est, par suite, très souvent utile de lui adjoindre un drain en caoutchouc.

Résultats éloignés d'une gastrostomie.

M. Segond. — A propos de la communication que M. Poirier nous a faite dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 163), je désire vous rapporter un fait de gastrostomie qui présente un certain intérêt au point de vue du résultat éloigné, attendu qu'il date actuellement de quinze ans et huit mois.

D'une façon générale, je me suis toujours efforcé, en pratiquant la gastrostomie, de remplir les trois conditions suivantes : opérer vite, faire une très petite ouverture à l'estomac et placer cette ouverture le plus près possible du cardia.

Dans le cas auquel je fais allusion, il s'agit d'une femme chez laquelle je suis intervenu en 1884 pour un rétrécissement de l'œsophage consécutif à une suppuration péri-œsophagienne. J'avais sans doute pratiqué chez elle une ouverture stomacale trop grande, car je dus lutter pendant un certain temps contre des accidents de digestion de la peau qui se montraient en rapport avec l'état de l'opérée; en effet, lorsque cette femme se portait tout à fait bien, la cicatrice s'améliorait notablement; quand, au contraire, elle se plaignait de son estomac, les accidents reparaissaient au niveau de la cicatrice. Peu à peu, la rétraction progressive du trajet fistuleux s'est opérée, et la bouche gastrique est devenue parfaitement continente, ne laissant plus échapper la moindre trace de suc gastrique.

Hygroma de la bourse séreuse du psoas avec corps étrangers libres, consécutifs à une fracture ancienne de l'extrémité supérieure du fémur.

M. Potherat. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation qui nous a été adressée par M. Dupraz (de Genève). Notre confrère, ayant constaté l'existence d'un kyste de la bourse séreuse du psoas chez un homme de trente-sept ans, incisa la tumeur et trouva dans la cavité kystique deux corps étrangers dont la partie centrale était nettement constituée par du tissu osseux parfaitement reconnaissable. Le malade avait eu, paraît-il, vingt-six ans auparavant, une fracture de l'extrémité supérieure du fémur, qui, d'après les renseignements fournis, se réduisait peut-être à un arrachement du grand trochanter. M. Dupraz se demande si ce n'est pas au moment de ce traumatisme que deux fragments osseux se sont détachés du fémur, pour constituer ultérieurement les deux corps étrangers constatés lors de l'opération.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mai 1900.

Curabilité de la méningite cérébro-spinale suppurée.

M. Netter. — Je possède actuellement 7 observations de méningite cérébro-spinale suppurée suivie de guérison chez des enfants.

Dans ces 7 cas, la ponction lombaire m'a permis de retirer un liquide trouble, laissant déposer un sédiment purulent jaune paille. L'examen microscopique y décela la présence du *diplococcus meningitidis* de Weichselbaum, dont la plupart des éléments se trouvaient en dehors des cellules. J'ai obtenu des cultures de ce microbe dans tous les cas.

Les symptômes prédominants chez mes petits malades furent la raideur de la nuque et les paralysies oculaires. Plusieurs d'entre eux présentèrent, en outre, diverses éruptions : pétéchies, érythème, herpès, etc. La durée de la maladie a été variable : si certains enfants ont guéri rapidement, c'est-à-dire au bout d'une quinzaine de jours, d'autres sont restés malades de deux à trois mois.

La guérison doit être attribuée, selon moi, à l'emploi systématique des bains chauds (de 38 à 40°), renouvelés nuit et jour toutes les trois ou quatre heures; la durée de chaque bain était de vingt à trente minutes. Cette méthode est applicable aussi bien aux méningites séreuses qu'aux méningites suppurées. J'accorde également une grande importance, au point de vue du traitement, à la ponction lombaire, que je renouvelle plusieurs fois au cours de la maladie. Le liquide retiré à la deuxième et à la troisième ponction renferme habituellement beaucoup moins de microbes que celui que fournit la première, et son ensemencement reste souvent stérile.

Pour compléter l'action des bains et des ponctions, je m'efforce de soutenir et de relever les forces du malade, et, s'il s'alimente mal, je pratique des injections sous-cutanées de sérum.

Il est difficile d'apprécier actuellement la valeur exacte de ce traitement. Je dirai seulement que je l'ai employé en tout 11 fois, avec 7 guérisons et 4 morts. La proportion des succès est donc de 63 %.

M. Rendu fait remarquer qu'il existe des cas foudroyants et apyrétiques de méningite cérébro-spinale qui échapperont toujours à tous les efforts thérapeutiques. Tout récemment, on apportait dans son service un malade qui venait d'être pris en pleine santé, après son déjeuner, de phénomènes délirants et de convulsions épileptiformes. Quelques heures plus tard, ce malade tombait dans le coma, et le soir même, il succombait sans que sa température eût jamais dépassé 37°. A l'autopsie, on trouva une méningite cérébro-spinale suppurée.

M. Netter dit qu'il est bien certain que la méningite cérébro-spinale peut évoluer sans fièvre; la ponction lombaire doit être pratiquée, même en l'absence de toute élévation de température, quand on a de bonnes raisons de supposer l'existence de cette affection.

Sur un cas de rage caractérisée uniquement par des spasmes du pharynx.

M. Ménétrier. — J'ai observé à la fin de l'année dernière une femme de quarante-six ans, sans antécédents névropathiques, qui avait été mordue à la joue droite, le 13 octobre 1899, par un chien; abattu quelques jours après, l'animal fut reconnu enragé. On eut le tort de n'instituer contre cette morsure aucun traitement local, — la cautérisation devrait toujours être faite, à mon avis — et, d'autre part, c'est seulement au bout de sept jours que la blessée se rendit à l'Institut Pasteur où on lui pratiqua des inoculations antirabiques pendant vingt jours. Le 24 novembre, c'est-à-dire quinze jours environ après la cessation du traitement antirabique, la malade commença à éprouver un mal de tête assez violent, puis une certaine difficulté à avaler. Ces accidents s'accentuèrent les jours suivants, et lorsqu'elle entra dans mon service, le 2 décembre, elle était dans un état d'agitation extrême et ne pouvait avaler une seule goutte de liquide. L'examen des urines décela la présence d'une grande quantité d'albumine; la température était de 39°. En dehors de ces phénomènes, aucun trouble ne put être constaté, soit du côté des viscères, soit du côté du système nerveux. Dans la nuit qui suivit son entrée, la malade continua à présenter des spasmes du pharynx; elle mourut subitement le lendemain matin, probablement dans une syncope.

A l'autopsie, je ne pus constater aucune lésion macroscopique ou microscopique des centres nerveux ni des vaisseaux. Seul, le rein était le siège d'une légère néphrite desquamative.

Cette femme est cependant bien morte de la rage, car l'émulsion de son bulbe, inoculée à des lapins, a déterminé la mort de ces animaux avec tous les symptômes de la rage des rues.

Sur une forme clinique de l'hypersécrétion chlorhydrique continue (syndrome de Reichmann).

M. Mathieu. — J'ai eu l'occasion d'examiner avec M. Ch. Roux trois malades qui ont présenté, à la suite de surmenage physique, un syndrome caractérisé par de la perte des forces et par un amaigrissement rapide avec conservation et même exagération de l'appétit. Ces symptômes, auxquels s'associent parfois des accidents neurasthéniques, ne s'accompagnent d'aucun trouble gastrique grave.

Il existe pourtant chez les trois malades une dilatation de l'estomac assez accentuée : le matin, à jeun, on trouve dans cet organe de 100 à 200 c.c. d'un liquide très riche en acide chlorhydrique, contenant des résidus alimentaires microscopiques. Après le repas d'Ewald, on constate également une hyperchlorhydrie très accentuée.

Soumis à un régime riche en matières azotées, ces malades n'éliminent par l'urine qu'une quantité médiocre d'urée; cependant leur poids n'augmente pas, bien qu'ils ne présentent pas de vomissements.

Pour expliquer la persistance de cet amaigrissement, il me semble rationnel d'invoquer une perturbation de la digestion pancréatique, consécutive à l'hyperchlorhydrie gastrique.

Anévrysme de la crosse de l'aorte ouvert dans le tronc veineux brachio-céphalique.

M. Chauveau montre, au nom de M. Le Noir et au sien, une dilatation anévrysmatique de la portion ascendante de la crosse de l'aorte, ouverte dans le tronc veineux brachio-céphalique gauche. Cette pièce provient de l'autopsie d'une femme de quarante-neuf ans, sans antécédents syphilitiques mais légèrement éthylique, qui fut prise, un mois environ avant son entrée à l'hôpital, d'un accès d'oppression intense avec cyanose et bouffissure du visage, battements au niveau des tempes, etc. Lors de l'examen, qui eut lieu quelques jours après le début des accidents, on remarqua que la partie supérieure du tronc était le siège d'une infiltration œdémateuse des téguments et portait de petites varicosités bleuâtres faisant saillie à la surface de la peau. Ces phénomènes, joints à la présence d'un double souffle au niveau de la poignée du sternum, firent penser à une compression de la veine cave supérieure par un anévrysme de la crosse de l'aorte, diagnostic qui fut confirmé par l'autopsie. La mort subite fut la conséquence de la communication qui s'établit entre la poche anévrysmale et le tronc veineux brachio-céphalique gauche.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 mai 1900.

Du diabète par hyperhépatie dans les cirrhoses.

MM. Gilbert, Castaigne et **P. Lereboullet.** — Le mécanisme du diabète dans les cirrhoses hypertrophiques pigmentaires (diabète bronzé) n'est pas encore parfaitement élucidé. D'après nos recherches, ce diabète doit être attribué à l'hyperfonctionnement de la cellule hépatique, à l'*hyperhépatie*.

La preuve en est fournie par l'azoturie concomitante, qui est souvent considérable et évolue parallèlement à la glycosurie, et par l'absence de signes d'insuffisance hépatique. De plus, dans un des deux cas que nous avons observés et qui concernent des formes lentes et relativement bénignes de diabète bronzé, nous avons vu l'opothérapie hépatique amener une exagération de la glycosurie, tandis que lorsqu'il s'agit de diabète par anhépatie, ce traitement fait disparaître le sucre. Enfin, l'absorption de glucose (suivie dans les cas de diabète anhépatique d'une élimination rapide et considérable de sucre qui cesse au bout de quelques heures) a déterminé, chez un de nos malades, une excrétion relativement modérée mais longtemps prolongée de sucre.

L'hypertrophie de l'organe, l'hyperazoturie, l'hyperfonction glycogénique, parfois aussi l'hyperbiligénie, enfin l'hypergenèse pigmentaire semblent donc justifier l'hypothèse de l'hyperhépatie comme facteur immédiat du diabète, qui est ainsi la conséquence directe et non la cause de la cirrhose pigmentaire.

Cirrhose alcoolique hypertrophique avec diabète.

MM. Gilbert et **P. Lereboullet.** — Nous avons observé récemment deux cas de cirrhose

hypertrophique alcoolique sans ascite, associée au diabète. Chez l'un des patients, la cirrhose fut rigoureusement traitée et le sucre disparut en même temps que la maladie de foie s'amendait. Dans l'autre cas, le malade ne voulut pas se soigner et la cirrhose évolua vers la mort sans que la glycosurie eût jamais complètement disparu, le taux de l'urée restant relativement élevé. Ces faits semblent prouver que le diabète est sous la dépendance de l'hyperhépatie; ils se rapprochent de ceux de Glénard, dans lesquels, bien que cet auteur ne le spécifie pas, il semble qu'il se soit agi de cirrhose alcoolique hypertrophique sans ascite.

Cette hyperhépatie, qui, dans ce cas comme dans celui de cirrhose pigmentaire, s'accompagne de lésions du foie, peut exister aussi sans ces altérations, l'organe étant simplement hypertrophié (ainsi que nous l'avons vérifié anatomiquement) ou même conservant son volume normal. L'hypothèse de l'hyperhépatie pour expliquer le mécanisme d'un grand nombre de cas de diabète sucré (notamment des faits d'acromégalie avec diabète et hépatomégalie) n'exclut d'ailleurs pas le rôle des troubles du système nerveux ou des lésions du pancréas, qui agissent en déterminant l'hyperactivité fonctionnelle de la cellule hépatique.

Il convient donc de savoir que le diabète par hyperhépatie peut être causé et entretenu par les cirrhoses hypertrophiques alcooliques.

Sur un microcoque strictement anaérobie, trouvé dans les suppurations de l'appareil urinaire.

M. Cottet. — J'ai isolé dans plusieurs cas de suppurations urinaires un coccus strictement anaérobie qui se présente ordinairement sous forme de diplocoque. Son volume est à peu près égal à celui du gonocoque, auquel il ressemble morphologiquement, mais dont il diffère absolument par sa fonction biologique puisqu'il est anaérobie.

Inoculé sous la peau d'un cobaye, ce microbe détermine la formation d'un abcès dans le pus duquel il pullule, le plus souvent à l'état libre, parfois en inclusion intracellulaire.

Des branches hépatiques de l'artère cystique.

M. Cavalié expose qu'en injectant l'artère cystique chez l'homme, il a pu mettre en évidence un certain nombre de branches de cette artère qui se rendent au foie. Ces branches se divisent en trois groupes et peuvent être distinguées en rameaux sous-péritonéaux, sous-capsulaires et intra-hépatiques.

MM. Gilbert et **A. Chassevant,** se basant sur ce qu'il n'existe aucun parallélisme entre les troubles des sécrétions chlorhydrique et pepsique, proposent une nouvelle classification des dyspepsies, qui tient compte des variations de ces deux sécrétions fondamentales.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 7 mai 1900.

Sur un cas de claudication intermittente.

M. Klemperer. — Le malade que je vous présente se plaint de ressentir, au niveau du mollet droit, des crampes violentes qui mettent rapidement obstacle à la marche. Quand cet homme a fait une centaine de pas, il est pris, en effet, de boiterie et il ne tarde pas à être obligé de s'arrêter tout à fait : c'est donc là un cas de claudication intermittente.

Cette affection, que Charcot a décrite le premier, est due à une sclérose de l'artère poplitée qui rétrécit ce vaisseau et rend l'apport de sang dans le membre insuffisant pour permettre la marche au delà de quelques minutes.

M. A. Fränkel. — J'observe chaque année bon nombre de cas de cette maladie; j'appelle votre attention sur le danger qu'il y aurait à soumettre les sujets qui en sont atteints à un traitement mécanique. La claudication intermittente est souvent, selon moi, un symptôme précurseur de la gangrène sénile.

M. Saalfeld. — J'ai eu l'occasion de constater l'existence aux membres supérieurs d'accidents analogues à la claudication intermittente, mais ces faits sont très rares.

Suture de la carotide interne.

M. Gluck. — J'ai démontré en 1881 que l'on peut suturer la paroi des vaisseaux et que, par conséquent, en présence d'une dilatation sacciforme de l'aorte par exemple, il est possible d'exciser une portion du sac et de le suturer ensuite. Mise en doute alors par la plupart des auteurs, la légitimité de cette opération vient d'être affirmée par M. von Bergmann.

Ceci dit, je vous présente une femme qui était atteinte au niveau de l'oreille d'un cholestéatome devenu le point de départ d'un érysipèle; celui-ci se compliqua bientôt d'une thrombophlébite de la veine jugulaire qui donna lieu à des accidents méningitiques très prononcés. En présence de cette situation, je réséquai l'os pétreux et mis à nu la dure-mère, le sinus transverse et le golfe de la jugulaire. Ayant reconnu qu'il s'agissait d'une thrombophlébite septique, j'excisai la partie lésée de la jugulaire et je réunis par des points de suture la paroi de la carotide interne qui avait été intéressée. Les suites de cette intervention furent des plus simples. Vous voyez qu'aujourd'hui, sept mois après l'opération, la plaie est presque complètement cicatrisée; il subsiste malheureusement une paralysie faciale complète du côté droit.

De la tuberculose de la vessie.

M. Holländer fait observer, à propos de la récente communication de M. Casper (Voir *Semaine Médicale,* 1900, p. 165), que la tuberculose de la vessie, quand elle est consécutive à la blennorrhagie, est parfois la conséquence de l'introduction d'instruments malpropres.

M. A. Fränkel dit qu'il est souvent très difficile de distinguer les bacilles du smegma préputial d'avec ceux de la tuberculose en se basant sur leurs caractères morphologiques; il est nécessaire, pour savoir exactement à quel bacille on a affaire, d'avoir recours aux cultures.

M. L. Michaelis soutient que les bacilles du smegma sont ou plus courts ou plus longs que ceux de la tuberculose; souvent aussi ils se présentent sous la forme de bâtonnets réunis deux par deux dans le sens de la longueur. En outre, ils se décolorent par la méthode de Gram.

M. Klemperer estime, au contraire, que la décoloration par la méthode de Gram n'est pas caractéristique des bacilles du smegma.

M. Casper. — Plusieurs particularités permettent de distinguer les bacilles de la tuberculose de ceux du smegma : les premiers sont toujours un peu effrangés sur leurs bords; en outre, en faisant la recoloration avec une solution faible de bleu de méthylène, les bacilles du smegma se colorent en rouge bleu, tandis que, dans les mêmes conditions, les bacilles de la tuberculose deviennent d'un beau rouge. D'autre part, les bacilles de Koch sont situés dans de petites excavations, ce qui ne s'observe presque jamais lorsqu'il s'agit des bacilles du smegma. Enfin, les cultures de ceux-ci poussent bien plus rapidement que celles des microbes de la tuberculose.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 12 mai 1900.

Gangrène nosocomiale des organes génitaux.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Matzenauer** a communiqué ses recherches sur la gangrène nosocomiale des organes génitaux, dont il a observé 22 cas; il donne de cette affection la description suivante : sans infection spécifique préalable, on voit apparaître, dans la région génitale, une ulcération qui augmente rapidement d'étendue et de profondeur et s'accompagne d'une fièvre souvent assez élevée. L'érosion des vaisseaux au niveau de l'ulcération donne lieu plus tard à des hémorragies parfois très abondantes.

Au point de vue anatomique, il s'agit d'une inflammation pseudo-membraneuse, qui détermine une exsudation de fibrine et une nécrose de coagulation. La surface de l'ulcération se recouvre d'une eschare grise ou noirâtre. Dans la zone intermédiaire entre la partie malade et les tissus sains, M. Matzenauer a trouvé constamment des bacilles droits ou légèrement incurvés, longs de 4 à 5 μ et arrondis à leurs deux extrémités. Ces bacilles sont parfois réunis deux par deux et ne peuvent se développer que dans un milieu anaérobie. Dans les parties escharifiées, on ne trouve plus de bacilles vivants. L'inoculation de ces microorganismes aux animaux est restée presque toujours sans résultat.

M. Paltauf estime que dans les cas de M. Matzenauer il ne s'agissait pas de la gangrène nosocomiale, qui est aujourd'hui tout à fait exceptionnelle.

M. Grünfeld croit au contraire que les malades de M. Matzenauer étaient réellement atteints de gangrène nosocomiale, affection essentiellement endémique et contagieuse.

M. Gussenbauer partage cette opinion, la gangrène nosocomiale affectant différentes formes qu'on ne peut différencier que par l'examen bactériologique. Dans un cas qu'il a observé (la gangrène provenait de la mâchoire et avait empiété sur la langue), la marche progressive de l'affection put être arrêtée par des injections d'une solution d'acide phénique à 5 %.

Atrophie glaucomateuse du nerf optique.

M. Schnabel a exposé le résultat de ses observations sur l'excavation glaucomateuse du nerf optique; elles démontrent que cette excavation est due à l'atrophie de la partie de ce nerf située en avant de la lame criblée. D'après l'orateur, une partie des fibres du nerf s'atrophie à la suite d'une inflammation spécifique; les lacunes résultant de ce processus n'étant pas comblées comme à l'ordinaire par une prolifération du tissu de soutènement s'agrandissent peu à peu et finissent par se réunir les unes aux autres. Lorsque la destruction a atteint la totalité du nerf, on se trouve en présence d'une excavation dont le fond est formé par la lame criblée et dont les bords sont constitués à la fois par les fibres nerveuses restantes et par les vaisseaux; dans les cas où l'affection n'atteint qu'une partie du nerf optique, l'excavation reste partielle.

Le processus s'étend à la longue du côté du chiasma où il donne lieu à la formation d'espaces lacunaires identiques aux précédents; la lame criblée est alors attirée en arrière et l'excavation devient plus profonde. Les espaces lacunaires sont remplis par un liquide pathologique qui détermine peut-être par imbibition la dégénérescence des fibres nerveuses et dont la présence se traduit au début par une légère tuméfaction de la papille. Parfois ces espaces sont comblés par du tissu de soutènement, ce qui donne à l'excavation une forme irrégulière.

L'atrophie du nerf optique d'origine non glaucomateuse ne s'accompagne jamais des altérations en question et se présente sous un aspect tout différent.

Traitement chirurgical du torticolis congénital.

M. Gleich a montré un enfant qu'il a guéri d'un torticolis congénital par la section du muscle sterno-mastoïdien. La perte de substance résultant de cette section peut être comblée facilement au moyen de faisceaux musculaires empruntés au grand pectoral ou à la portion claviculaire du sterno-mastoïdien lui-même. Pour dissimuler l'asymétrie que détermine cette opération, on peut en outre provoquer une atrophie du côté opposé, soit en liant la carotide externe, soit en diminuant le calibre de ce vaisseau par sa constriction au moyen d'un anneau.

Des effets des nouveaux projectiles de guerre.

Dans une des dernières séances, **M. Habart** a rendu compte d'une série d'expériences qu'il a faites avec les nouvelles armes à feu; il a constaté que la balle de 8 millimètres a une énergie totale de 310 kilogrammes, alors qu'il suffit d'une énergie de 3 à 5 kilogrammes pour mettre un

homme hors de combat, résultat qui peut être obtenu, avec le projectile en question, à une distance de 3,000 mètres. Jusqu'à 500 mètres (zone explosive), la balle de 8 millimètres détermine des écrasements des os et des dilacérations des parties molles. Les blessures produites à une plus grande distance sont relativement bénignes. L'énergie de la section transversale, c'est-à-dire la force qui agit sur une surface de 1 millimètre carré, donne une mesure exacte de la force propulsive. Cette énergie, pour les balles autrichiennes, est de 6 kilogrammes au point de départ et de 446 grammes après un trajet de 2,000 mètres. La balle de 6 millimètres 1/2, usitée en Italie, en Hollande et en Roumanie, a un pouvoir propulsif plus grand. Récemment on a fait des expériences avec une balle de 5 millimètres dont l'action est encore plus puissante.

L'artillerie emploie deux sortes de projectiles, les obus brisants et les shrapnels. Les premiers sont en fer et chargés d'une matière explosive (nitroglycérine, nitrocellulose ou acide picrique). Ils éclatent en tombant et leur action dévastatrice est due à une production excessive de gaz qui lancent de tous les côtés les fragments de l'enveloppe. Les shrapnels sont chargés de 300 à 400 balles rondes, qui sont projetées avec une grande violence au moment où l'obus éclate. Ces balles produisent des plaies à large ouverture et le plus souvent infectées.

Pour étudier l'infection des plaies par armes à feu, M. Habart a fait tirer sur des boîtes remplies de gélatine stérilisée. Il a pu constater l'infection de cette substance par les balles, en même temps que sa pénétration par de petits morceaux de l'étoffe d'enveloppe.

L'orateur estime que, avec les armes à feu modernes, sur 100 hommes touchés la proportion des morts sera de 25, celle des combattants gravement blessés de 20 et celle des sujets légèrement atteints de 55.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ITALIENNES

La congestion du foie d'origine mercurielle, par M. A. Lisanti.

L'auteur a eu souvent l'occasion d'observer, chez des sujets présentant des manifestations variées de la syphilis et soumis au traitement spécifique, les signes manifestes d'une congestion hépatique subaiguë et passagère, dont l'origine mercurielle ne pouvait être mise en doute.

Dans ces cas, le foie devint sensible à la pression en même temps qu'il augmenta de volume et prit une consistance plus ferme; mais sa surface resta parfaitement lisse. Le volume de l'organe ainsi tuméfié présenta des variations fréquentes, qui survenaient brusquement du jour au lendemain et coïncidaient souvent avec des crises polyuriques et azoturiques. C'est là, d'après M. Lisanti, une particularité caractéristique de la congestion hépatique due au mercure.

Pour ce qui concerne les troubles subjectifs accusés par les malades, ils consistèrent en une sensation de plénitude à l'hypocondre droit et à l'épigastre, ou bien en douleurs spontanées irradiant vers l'épaule droite et s'accentuant à l'occasion des mouvements. Souvent il s'y joignit un affaiblissement général avec tendance aux vomissements; il survint parfois des épistaxis à répétition.

On constata, en outre, dès les premiers jours, une teinte jaunâtre des conjonctives oculaires, suivie d'ordinaire d'un ictère généralisé peu intense. Les urines étaient rares, de coloration rouge foncé; elles contenaient des pigments biliaires, ainsi que de l'albumine et des cylindres rénaux.

Comme l'auteur n'a vu survenir ce syndrome que pendant la cure mercurielle et chez des sujets qui, avant le traitement, n'avaient jamais rien présenté du côté du foie; comme, d'autre part, les troubles en question se dissipèrent après qu'il eût fait cesser l'usage du mercure et se reproduisirent dès qu'on revint à la médication spécifique, il se croit autorisé à conclure qu'il s'agissait dans l'espèce d'une affection hépatique transitoire, due au traitement hydrargyrique et non pas à la syphilis elle-même.

Ainsi donc — de même que le phosphore, l'antimoine et l'arsenic, mais à un moindre degré — le mercure serait susceptible de déterminer des lésions du foie, accompagnées de modifications analogues du côté du rein, ainsi qu'en témoignent l'albuminurie et la présence de cylindres dans les urines.

D'après M. Lisanti, cette congestion dépendrait d'un effet nocif exercé sur les cellules hépatiques par le mercure soit directement, soit indirectement, par l'intermédiaire des troubles digestifs que provoque l'usage interne du médicament, ou encore par suite d'une dilatation des vaisseaux hépatiques, consécutive à l'action du toxique sur les centres vasomoteurs. Cette dernière hypothèse rendrait compte, mieux que toute autre, des variations brusques de volume du foie congestionné, variations qu'expliqueraient, d'une part, la structure pour ainsi dire spongieuse de l'organe, et, d'autre part, des influences nerveuses se manifestant en raison directe de la quantité de mercure absorbé.

Dans toutes les observations de l'auteur, la congestion hépatique s'est dissipée en deux à trois semaines après la cessation du traitement spécifique. Le syndrome comporterait donc un pronostic essentiellement bénin. (*Riforma med.*, 21 mars 1900.)

Lésions des cornes antérieures de la moelle dans un cas d'arthropathies tabétiques multiples, par MM. Massalongo et Vanzetti.

On n'est pas encore fixé sur la pathogénie des arthropathies qui surviennent au cours de l'ataxie locomotrice, notamment sur l'existence d'altérations des cornes antérieures leur correspondant. Or, MM. Massalongo et Vanzetti ont trouvé des lésions de ce genre en pratiquant, à l'aide de la méthode de Nissl, l'examen histologique de la moelle d'une femme de soixante ans, qui avait présenté, en plus des symptômes caractéristiques du tabes, des arthropathies et des fractures multiples. Ils constatèrent ainsi, dans les cornes antérieures, une diminution notable du nombre des cellules nerveuses qui étaient atrophiées, déformées et avaient perdu leurs prolongements; ils y notèrent, en outre, des phénomènes de chromatolyse et de dégénérescence pigmentaire avec déplacement du noyau. Ce processus était particulièrement prononcé au niveau des renflements lombaire et cervical; il s'atténuait, au contraire, à mesure qu'on approchait du bulbe.

Les nerfs périphériques offraient également des signes d'atrophie; un certain nombre de leurs fibres avaient complètement disparu, d'autres étaient en voie de dégénérescence.

Enfin, les cordons et les racines postérieures étaient le siège des lésions classiques du tabes.

Ainsi donc, dans ce cas, d'ailleurs classique, d'arthropathies tabétiques, il existait non seulement une atrophie des nerfs périphériques, mais encore des altérations histologiques profondes des cellules des cornes antérieures de la moelle. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, janvier 1900.)

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Indications des injections sous-cutanées de sérum artificiel chez les aliénés.

Les injections hypodermiques massives de sérum artificiel, malgré leur efficacité bien connue dans tous les états pathologiques consécutifs à une infection ou à une intoxication, ne sont pas encore d'un usage courant en psychiatrie; or, M. le docteur A. Cullerre, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon, et M. le docteur G. Jacquin, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon, ont précisé dernièrement la valeur et les indications de ce moyen, qu'ils ont employé avec succès dans le traitement des affections mentales.

Ces essais leur ont montré, en effet, que les injections sous-cutanées de solution physiologique de chlorure de sodium, pratiquées à la dose de 300 à 500 c.c. et répétées quotidiennement ou tous les deux jours, sont indiquées chez les malades dont les troubles mentaux paraissent liés à une infection ou à une auto-intoxication résultant, soit d'une production exagérée de substances toxiques, soit de l'insuffisance de l'élimination des poisons normaux de l'organisme. Dans ces conditions, le « lavage du sang » active les sécrétions, fait disparaître la sitiophobie qui dépend si souvent d'un état saburral dû lui-même à l'arrêt des sécrétions digestives, modifie favorablement les eschares et, enfin, amende plus ou moins les troubles psychiques.

Cette action de l'hypodermoclyse est surtout manifeste chez les sujets atteints de psychoses aiguës avec agitation incoercible, qui sont fréquemment épuisés par l'inanition et intoxiqués par la coprostase; on sait d'ailleurs que pour cette catégorie de malades la mortalité est très élevée.

Technique des injections nasales contre le coryza purulent de la scarlatine.

On se rappelle sans doute que M. le docteur H. Roger, professeur agrégé à la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux de Paris, a conseillé de traiter le coryza purulent de la scarlatine par des lavages des fosses nasales avec un mélange à parties égales d'eau oxygénée du commerce et d'une solution de bicarbonate de soude à 2 % (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 184). Comme on éprouve parfois quelque difficulté à faire ces irrigations, notamment chez les enfants, un interne des hôpitaux de Paris, M. Le Lorier, a imaginé de les pratiquer à travers une sonde uréthrale molle, perforée d'une série de petits orifices à sa partie moyenne. L'instrument étant introduit par une narine de façon que son bec ressorte par la bouche, on fait incliner la tête au patient et on pousse l'injection qui chemine ainsi d'arrière en avant; la rapidité de l'écoulement peut d'ailleurs être réglée par une compression plus ou moins forte exercée sur l'extrémité du tube. L'irrigation terminée, on introduit dans chaque narine un peu de vaseline contenant environ 3 % de résorcine et autant de menthol.

L'eau oxygénée contre les pyodermites chez les enfants.

Dans sa thèse inaugurale, inspirée par M. le docteur Marfan, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, M. le docteur P. Cochart fait connaître les bons effets du peroxyde d'hydrogène dans le traitement prophylactique et curatif des diverses formes de pyodermite si fréquentes chez les petits enfants. Dans les observations qu'a réunies notre confrère, on s'est servi d'eau oxygénée à douze volumes, avec laquelle on pratiquait des lotions deux fois par jour. Lorsqu'il s'agissait d'éruptions superficielles, sans qu'il se fût encore formé de pus, la guérison était généralement rapide. Dans les cas où des abcès s'étaient déjà collectés, leur incision était nécessaire; mais les lavages à l'eau oxygénée offraient néanmoins l'avantage d'empêcher la production de nouveaux foyers purulents.

Employée comme il vient d'être dit — c'est-à-dire en lotions et non en applications permanentes — l'eau oxygénée s'est montrée sans action caustique et n'a jamais produit d'érythème.

L'aubépine comme tonique du cœur.

D'après un confrère anglais, M. le docteur Jennings, la teinture de semences d'aubépine (1 partie de semences fraîches pour 3 parties d'alcool), administrée à la dose de dix à quinze gouttes par jour en une seule prise, exercerait sur le cœur une action tonique des plus manifestes. Dans une cinquantaine de cas de lésions cardiaques non compensées qu'il a eu l'occasion de traiter par l'usage plus ou moins prolongé de ce médicament, M. Jennings a toujours obtenu une amélioration notable se traduisant par la diminution de fréquence du pouls qui, en même temps, augmentait d'énergie, et par la disparition des œdèmes.

Erratum. — M. Roustan (de Cannes) nous écrit que, contrairement à ce qui est dit dans notre dernier numéro, p. 165, 2e col., 81e et 82e lignes, il a constaté chez la plupart des tuberculeux qu'il a traités par les injections hypodermiques de cacodylate de soude une réelle amélioration des lésions pulmonaires.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital de la Charité. — M. le professeur POTAIN.

Les bruits de galop.

A propos d'un malade atteint d'insuffisance aortique que vous avez vu récemment dans nos salles, je voudrais vous parler aujourd'hui des bruits de galop. Nous avons, à l'heure actuelle, certaines connaissances précises sur cet ordre de phénomènes, bien que le bruit de galop ait donné lieu à des erreurs d'interprétation nombreuses quand on s'est appliqué à déterminer son mécanisme par la méthode cardiographique pure.

C'est Bouillaud qui créa le terme de bruit de galop : c'était l'époque des comparaisons que, faute d'explications physiologiques, on prodiguait en clinique; c'est ainsi que l'on connaissait les bruits de soufflet (Laënnec), de marteau, de rappel, de cuir neuf, etc.; très peu de ces désignations sont restées dans le langage médical.

M. Fräntzel, dans un article sur ce sujet, attribue à son maître Traube la priorité dans l'emploi du terme de « bruit de galop »; je crois, pour ma part, qu'il est impossible de la dénier à Bouillaud, car étant son élève en 1847, je l'entendais déjà nous parler du bruit de galop, alors que ce n'est qu'en 1878 que Traube employa pour la première fois cette expression ou plutôt celle de « galop-rythmus », terme, à mon avis, moins exact, attendu que si l'on y comprend tous les bruits qui, perçus au niveau du cœur, peuvent affecter un rythme plus ou moins analogue à celui du galop du cheval, on englobera beaucoup de faits singulièrement disparates.

Le bruit de galop que Bouillaud décrivait et qu'il nous faisait entendre était tout naturellement le plus accentué de tous : celui qu'on entend chez les brightiques. Depuis, on a observé bien d'autres modalités de ce bruit, dont j'aurai à vous parler.

Si vous en voulez une définition applicable à tout ce qu'il convient de rassembler actuellement sous ce nom, je crois qu'il faut dire que le bruit de galop est un « triple bruit du cœur constitué par l'addition aux deux temps normaux d'un troisième temps étranger à ceux-ci, qui n'est ni un souffle ni un frottement, mais un bruit frappé, interposé entre les bruits normaux dans l'un ou l'autre silence ».

Le bruit anormal surajouté peut se placer soit dans la diastole, soit dans la systole, d'où les dénominations de bruit de galop diastolique et de bruit de galop systolique; en ce qui concerne le premier, il peut s'entendre soit au niveau des cavités gauches, soit au niveau des cavités droites du cœur, d'où sa subdivision en bruit de galop gauche et bruit de galop droit.

Je vous parlerai en premier lieu du bruit de galop diastolique, qui est le plus fréquent et, comme je vous le disais précédemment, le plus anciennement connu.

Dans cette variété, il existe toujours entre le bruit surajouté et le premier bruit normal un silence assez notable : ce en quoi le galop diffère du dédoublement, dans lequel l'intervalle entre les deux parties du bruit dédoublé est presque nul. En même temps que se produit le bruit surajouté, il y a un soulèvement de la paroi, qui atteint son maximum habituellement au niveau du bord gauche du cœur, sur une ligne allant de la pointe au troisième espace intercostal; le bruit surajouté est sourd et se sent à l'oreille plutôt qu'il ne s'entend. On le perçoit à merveille avec le stéthoscope ordinaire rigide, car cet instrument transmet les secousses aussi bien que les bruits; mais on n'entend plus que les deux temps normaux du cœur et le bruit surajouté disparaît si l'on emploie un stéthoscope flexible à tube de caoutchouc, qui transmet seulement les sons : ce fait, dont je dois vous avertir, peut, le cas échéant, être utilisé pour différencier le bruit de galop d'avec le dédoublement.

L'impulsion qui accompagne le bruit surajouté est souvent perçue par la main appliquée sur la région précordiale. Elle peut parfois même être considérable, mais il n'y a aucun rapport constant d'intensité entre le bruit et le soulèvement.

Sur les tracés cardiographiques recueillis chez des sujets présentant le bruit de galop, on constate aisément, dans le point qui correspond au moment où le bruit anormal se fait entendre, une élévation brusque et plus ou moins accentuée de la ligne. Ce soulèvement coïncide habituellement avec la présystole. Mais il peut encore se trouver au milieu de la diastole ou même près de son début. En ce cas, la sensation perçue par l'oreille cesse d'être, quant au rythme, exactement comparable au galop du cheval. Et pourtant il ne saurait y avoir lieu pour ce motif d'en changer le nom, car c'est toujours, vous le verrez, le même phénomène qui se produit à un moment un peu différent, se déplaçant parfois d'un instant à l'autre ou même d'une pulsation à l'autre. Ainsi le malade atteint d'insuffisance aortique, auquel je faisais allusion au début de cette leçon, a présenté le choc successivement à la fin, puis au milieu de la diastole, et enfin, à une période plus avancée de sa maladie, presque au début de la diastole.

Je fais passer sous vos yeux un certain nombre de tracés cardiographiques pris sur des malades présentant des bruits de galop; je vous montre également des agrandissements de ces mêmes tracés; sur ces figures, vous pouvez voir nettement les diverses modalités du galop de la diastole, qui peut être, ainsi que vous le voyez, présystolique, mésodiastolique ou protodiastolique, sans cesser d'être le galop lui-même; le plus souvent, ces variétés dépendent surtout, ou même exclusivement, de la fréquence plus ou moins grande des battements cardiaques.

Le bruit de galop s'accompagne toujours d'augmentation de volume du cœur, bien qu'à la vérité celle-ci soit parfois peu marquée. Voici des calques de la surface de matité cardiaque de divers malades, sur lesquels vous pouvez vérifier ce fait. En voici notamment plusieurs appartenant à une femme atteinte de scarlatine et chez laquelle il y eut plusieurs périodes dans lesquelles, la matité s'agrandissant, le galop apparaissait pour s'affaiblir et disparaître en même temps que la matité cardiaque diminuait ou retombait à la normale.

Il ne faudrait cependant pas croire qu'il y ait toujours un parallélisme aussi étroit entre le degré d'hypertrophie et l'existence du bruit de galop; en effet, il existe, comme vous allez le voir, de nombreux cas d'hypertrophie, même très accusée, sans aucune trace de bruit de galop.

Parmi les affections dans lesquelles vous pourrez observer le bruit de galop diastolique gauche, notez en première ligne l'hypertrophie du cœur liée à la néphrite interstitielle : le phénomène est dans ce cas presque constant et constitue, ainsi que je l'ai montré il y a longtemps déjà, un signe diagnostique qui peut être fort utile.

Dans l'hypertrophie qui accompagne l'insuffisance aortique, le phénomène est fréquent aussi; c'était le cas de notre malade.

Parfois on l'observe dans la maladie de Basedow, parfois encore au cours de la scarlatine; dans cette dernière affection, le fait est intéressant, car alors il montre la tendance de la maladie à se porter sur le système cardio-vasculaire, et vous concevez comment, chez de tels malades, il peut pour l'avenir faire présager un véritable mal de Bright.

Le bruit de galop de la diastole peut avoir son maximum au niveau des cavités droites, sur une ligne allant de la pointe à la deuxième pièce du sternum : ce bruit s'accompagne alors le plus souvent d'une accentuation du second temps au niveau de l'artère pulmonaire.

Le bruit de galop droit est cause fréquente d'erreur parce que, en raison de l'énergie de son impulsion, il fait croire aisément à une affection organique du cœur chez des gens qui n'ont autre chose qu'une dilatation cardiaque plus ou moins transitoire d'origine dyspeptique; l'erreur est d'autant plus facile que la dyspepsie peut parfois être ignorée du malade lui-même. Jamais, il est vrai, il n'a, dans ce cas, l'intensité du galop gauche des brightiques.

Le bruit de galop droit s'observe souvent aussi chez les chlorotiques où il admet encore la même interprétation. Vous savez qu'il y a des chlorotiques à gros cœur et d'autres à petit cœur : c'est chez les premières que vous entendrez un bruit de galop; or, ces chlorotiques à gros cœur sont des chlorotiques dyspeptiques; faites cesser l'état dyspeptique et le galop disparaîtra, pour faire place souvent aux souffles. Le galop, d'ordinaire, n'existe pas chez les chlorotiques qui présentent un souffle, celui-ci étant l'apanage des chlorotiques à petit cœur.

Dans la péricardite, vous pourrez également observer le galop droit : d'après la définition que je vous en ai donnée, vous saurez le distinguer du frottement qui ne s'accompagne pas de choc. Il y a intérêt à faire cette distinction : en effet, le frottement s'observe dans la péricardite légère, le choc et le galop indiquent une dilatation des cavités droites, phénomène déplorable dans le cas où il y a tendance à la production d'une symphyse. Car si la symphyse se produit sans qu'il existe de dilatation, elle restera probablement latente au point de vue fonctionnel et ne constituera qu'une trouvaille d'autopsie; que, par contre, elle s'organise le cœur étant dilaté, elle apparaîtra avec son cortège clinique d'accidents graves et incurables, se terminant souvent par la mort subite.

Quant au bruit de galop systolique décrit par Cuffer, il consiste en un bruit surajouté occupant le petit silence; son maximum est au voisinage de la base du cœur, au niveau de l'aorte, d'où il se propage jusqu'aux carotides; mais on peut l'entendre dans toute la région précordiale.

Ce galop qui est, comme je vous le montrerai, un phénomène artériel, se rencontre dans la sclérose artérielle avec athérome, et aussi dans la fièvre typhoïde ou dans certaines grippes à forme typhoïde.

Je ne veux pas vous engager dans toutes les discussions auxquelles a donné lieu l'interprétation du bruit de galop. Je vous exposerai donc simplement l'idée que je m'en fais et les raisons qui militent en sa faveur.

Tout d'abord, en ce qui concerne le galop de la diastole, je ne crois pas qu'il puisse être considéré comme la simple exagération de la systole auriculaire, car cette systole ne saurait être bruyante. D'ailleurs il paraît se produire indépendamment de la systole de l'oreillette, au moment où le ventricule arrive à se tendre en se dilatant. Le myocarde, comme les autres muscles, est doué de tonicité et cette tonicité est en antagonisme avec les influences qui tendent à faire pénétrer le sang dans la cavité du ventricule pendant la diastole; si le muscle cardiaque perd de sa tonicité, le ventricule en se dilatant arrive rapidement au point où la résistance fibreuse de sa paroi limite sa distension, et celle-ci, brusquement arrêtée, produit une tension, un choc et le bruit de galop.

Chez le typhique, c'est assurément l'affaiblissement de la résistance tonique qui produit seule le phénomène; chez le brightique, en même temps que le tonus musculaire diminue par altération des fibres cardiaques, la résistance fibreuse exagérée par la prolifération conjonctive limite plus brusquement et davantage l'extensibilité de la paroi. Il y a donc chez le brightique deux causes concourant au même résultat. Aussi est-ce chez lui que le bruit de galop se montre avec la plus grande intensité.

Parfois, sans doute, comme le prouvent certaines expériences de Fr. Franck, un retard de la systole ventriculaire peut entrer en ligne de compte. Quant à la diminution de la tension artérielle, elle ne joue certainement aucun rôle pour la production du bruit de galop brightique,

à l'inverse de ce que croit Fränkel, car j'ai observé ce bruit chez des brightiques dont la pression artérielle atteignait 32 centimètres de mercure !

Quelle part revient-il à l'oreillette? Son hypertrophie, qui existe dans beaucoup de cas de brightisme, n'a aucun rapport constant avec l'intensité du galop; mais elle contribue néanmoins, sans doute, à la production du phénomène.

En ce qui concerne le bruit de galop systolique, le mécanisme pathogénique est identique. Il se passe, comme je vous l'ai dit, au niveau de l'aorte : l'ébranlement qui s'y produit se propage et vers le ventricule et vers les artères du cou. Là encore le bruit de galop est fonction de l'élasticité et de la tonicité artérielle. Si normalement il n'y a pas de choc artériel, c'est que l'élasticité n'arrive pas jusqu'à sa limite extrême, la tonicité des éléments musculaires de la paroi et l'élasticité proprement dite concourant à modérer l'extension. Quand l'artère devient moins élastique, comme dans l'athérome, ou lorsque sa tonicité diminue, comme dans la fièvre typhoïde, la paroi se laisse distendre trop vite ou résiste trop tôt, et l'expansion artérielle s'arrête net en produisant un choc et le bruit qui l'accompagne.

Je ne crois donc pas que le galop, pas plus le systolique que celui qui se produit à la diastole, soit jamais une systole en deux temps, comme l'ont soutenu M. d'Espine (de Genève) et MM. Bouveret et Chabalier. Je ne le crois pas pour les motifs suivants : 1° en ce qui concerne le galop systolique, il est manifestement d'origine artérielle et lié à une modification de la paroi de l'artère; 2° en ce qui regarde celui de la diastole, le choc surajouté peut, en maintes circonstances s'écarter tellement de la systole qui le suit qu'il ne saurait absolument pas en faire partie; d'autre part, quand il se produit chez les sujets qui présentent de longues intermittences entre la diastole et la systole accidentellement retardée, c'est toujours au début de la diastole que le bruit du galop reste en quelque sorte attaché; jamais il ne suit dans son déplacement la systole retardée : il en résulte donc évidemment que le bruit du galop est un phénomène diastolique ventriculaire.

Relativement à la valeur sémiologique du bruit de galop, on peut dire que le galop gauche très accentué se rattache à peu près toujours à une hypertrophie cardiaque accompagnant la sclérose artérielle généralisée capillaire du brightisme : on en trouve la confirmation dans la très haute pression artérielle qui existe toujours en ce cas. Les formes plus atténuées se montrent dans mainte affection fébrile et notamment dans la fièvre typhoïde, où elles indiquent un certain degré d'atonie cardiaque. Quant au galop droit, il signale très utilement la dilatation du ventricule droit si fréquente chez les dyspeptiques, quelle que soit l'origine de la dyspepsie. Il importe de le distinguer du gauche, lorsque, chez un sujet affecté de néphrite catarrhale, il accompagne la dyspnée urémique; car il peut avoir alors un pronostic bien différent de celui du galop gauche, qui devrait faire conclure à la sclérose artérielle et à la néphrite interstitielle concomitante. De même, chez un chlorotique, il n'est point indifférent qu'il dépende d'une dyspepsie la plupart du temps curable, ou d'une néphrite interstitielle qui aggrave si considérablement le pronostic.

Le galop de la péricardite n'est pas moins à considérer, car, en indiquant la participation du myocarde à la lésion péricarditique, il fait prévoir bien des dangers pour l'avenir.

En ce qui concerne le galop systolique artériel, il est un élément du pronostic de l'affection en cours.

Mais pour pouvoir tirer toutes ces données du bruit de galop, il faut avant tout ne pas le confondre avec les divers dédoublements, et c'est en cela particulièrement que son étude attentive importe.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mai 1900.

Du rôle des moustiques dans la propagation de la filariose.

M. Blanchard présente, au nom de M. Patrick Manson (de Londres), un certain nombre de préparations microscopiques montrant les migrations de la filaire du sang dans le corps des moustiques. De l'examen de ces préparations, il ressort que les embryons de la filaire se fixent d'abord dans les muscles du thorax; au bout d'une quinzaine de jours environ, le tissu musculaire ambiant se raréfie et subit la dégénérescence granuleuse; en même temps, les larves de la filaire commencent à se déplacer, elles se dirigent en avant, envahissent le prothorax et s'acheminent peu à peu vers la trompe au niveau de laquelle elles s'accumulent.

De là, ces larves sont introduites naturellement dans la peau des individus qui sont piqués par les moustiques. Ainsi s'explique la pénétration de ces parasites dans les vaisseaux lymphatiques de la peau des membres, du scrotum, etc., etc., et dans le sang, où on les retrouve, comme on sait, à certaines heures de la journée.

Ce n'est donc pas en buvant de l'eau contaminée, comme on l'admet généralement, que l'on contracte la filariose; c'est par la piqûre des moustiques que s'effectue la propagation de cette maladie, qui de l'homme infesté passe ainsi au *Culex* pour revenir ensuite à l'homme sain par l'intermédiaire de cet insecte.

Le moustique qui est ici en cause est le *Culex ciliaris*, originaire de l'Australie, mais il est probable que d'autres variétés de culex peuvent également servir d'habitat à la filaire du sang.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 mai 1900.

Traitement chirurgical de la tuberculose rénale.

M. Albarran. — La discussion soulevée par la communication de M. Pousson (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 123) montre que nous ne sommes pas tout à fait d'accord sur l'utilité de l'intervention chirurgicale contre la tuberculose du rein et sur la manière de conduire cette intervention. Je suis, pour ma part, absolument convaincu que toute tuberculose rénale, dès qu'elle est diagnostiquée, est justiciable de la thérapeutique chirurgicale; à mon avis, l'existence même de lésions pulmonaires ou vésicales ne crée pas une contre-indication.

La principale objection que l'on soulève à propos des indications de la néphrectomie est relative à la difficulté de déterminer l'état du second rein. En réalité, grâce au cathétérisme urétéral, cette difficulté est plus apparente que réelle, l'emploi de cette méthode permettant de se rendre un compte exact des lésions de chaque rein. L'utilité de ce cathétérisme n'est pas discutable, car il rend possible le diagnostic des lésions rénales tuberculeuses tout à fait à leur début. Enfin, on peut toujours le pratiquer, et, dans l'immense majorité des cas, on obtient une anesthésie très suffisante avec la cocaïne.

Les vraies pyonéphroses tuberculeuses, qui sont d'ailleurs beaucoup plus rares qu'on ne le croit, sont en général mal drainées après la simple incision du rein, et c'est pour cela que la néphrostomie ne donne pas, ordinairement, les résultats attendus; aussi je considère la néphrectomie comme l'opération de choix.

En ce qui concerne la résection de l'uretère tuberculeux, je crois qu'elle n'est pas indispensable comme complément de la néphrectomie; je pourrais vous présenter, en effet, 4 malades chez lesquels j'ai conservé l'uretère bien qu'il fût atteint, et qui ont parfaitement guéri sans fistule.

De l'asepsie opératoire.

M. Bazy. — Je pense qu'il n'est pas indispensable d'employer des gants au cours des opérations septiques, et que les gants peuvent même occasionner une gêne considérable au cours de l'intervention, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'enlever un appendice ou une poche de salpingite adhérents. Il suffit de se désinfecter soigneusement les mains pour obtenir d'excellents résultats; c'est ce qu'une expérience déjà longue autorise à proclamer, l'emploi des gants en chirurgie étant, en somme, relativement récent.

Si l'on voulait appliquer dans toute leur rigueur les règles proposées par M. Quénu (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 153), il faudrait diviser les chirurgiens en deux groupes, les uns faisant de la chirurgie pour lésions septiques, et les autres restant chargés exclusivement des interventions aseptiques; et combien de fois ceux-ci, trouvant des lésions septiques insoupçonnées, se verraient alors condamnés à ne pratiquer aucune opération pendant plusieurs jours! Pour éviter cet inconvénient d'infection opératoire, on devrait évidemment s'abstenir de la plupart des interventions d'urgence.

J'ai fait des expériences tout à fait démonstratives sur la possibilité d'une désinfection complète des mains. Après avoir infecté mes mains avec le microbe de la septicémie du lapin, qui tue cet animal en douze heures, je me suis lavé et j'ai pu ensuite introduire impunément le doigt dans le péritoine d'un lapin, qui continue à se porter fort bien, tandis qu'un animal témoin, touché avec les mains non lavées, a péri dans le délai habituel. J'ai répété la même expérience avec d'autres cultures non moins virulentes, et le résultat a été identique. Ces faits suffisent, il me semble, à démontrer la possibilité d'obtenir par de simples lavages une stérilisation suffisante des mains.

Nouveau procédé de suture.

M. Michaux. — J'emploie depuis deux ans un nouveau procédé de suture imaginé par M. Michel. Les deux lèvres de la plaie étant bien affrontées, on les unit par des serre-fines en nickel, reliées par deux broches métalliques. Après une laparotomie, par exemple, on peut fermer la paroi en trente secondes, ce qui fait gagner un temps considérable. L'application de ces serre-fines n'est aucunement douloureuse, ainsi que j'ai pu m'en rendre compte sur moi-même.

M. Michel a perfectionné encore son procédé en faisant construire une pince-revolver qui permet d'une façon automatique la répartition des serre-fines.

La seule contre-indication à l'emploi de cette méthode de suture est l'épaisseur trop grande de la peau, comme c'est le cas dans certaines régions, à la plante du pied notamment.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 mai 1900.

A propos des cirrhoses biliaires splénomégaliques.

M. Chauffard. — Dans une de nos dernières séances (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 154), M. Gilbert a proposé de détacher de la cirrhose hypertrophique de Hanot une nouvelle forme morbide à laquelle serait réservé le nom de *cirrhose biliaire hypersplénomégalique*.

Cette dénomination, outre qu'elle soulève une question de nosographie encore discutable, me semble d'une application difficile. Où finit, en effet, la splénomégalie et où commence l'hypersplénomégalie? Et si l'on se refuse à employer le même qualificatif pour désigner une rate de 1,000 grammes et une rate de 1,900 grammes, pourquoi n'appellerait-on pas hyposplénomégalique une rate ne pesant que 500 grammes? Il me semble inutile d'insister sur le côté arbitraire de ces délimitations pondérales.

Selon moi, ce n'est ni le poids ni le volume de la rate qu'il faut envisager pour différencier de la maladie de Hanot les faits visés par M. Gilbert. Ce qui mérite surtout d'être pris en considération, c'est l'évolution comparée des lésions hépatiques et spléniques, et leur chronologie relative. Il est vrai que la nature de ces lésions est impossible à juger cliniquement; néanmoins on pourrait, à mon avis, essayer de subdiviser les cirrhoses hypertrophiques biliaires d'après les rapports relatifs des altérations hépatiques et spléniques, et concevoir trois catégories de faits :

1° Ceux où la rate et le foie semblent pris simultanément, à un degré sensiblement égal, et que l'on peut désigner sous le nom de *cirrhoses hypertrophiques biliaires splénomégaliques;*

2° Ceux où la rate est nettement atteinte avant le foie et à un plus haut degré que ce dernier organe; j'ai considéré ces cas comme des hépatites d'origine splénique, et je propose de les appeler *cirrhoses hypertrophiques biliaires métasplénomégaliques;*

3° Ceux, enfin, où la lésion hépatique précède et semble commander l'altération de la rate, et qui de ce chef peuvent être classés sous le nom de *cirrhoses hypertrophiques biliaires présplénomégaliques;*

Sans doute, ce cadre est actuellement un peu théorique, et rares sont les observations assez précises pour qu'on puisse les y faire entrer; je crois cependant que cette classification pourrait provisoirement servir de point de départ pour la revision et la différenciation en groupes distincts des différentes espèces de cirrhoses hypertrophiques biliaires.

Orchite typhoïdique.

M. Launois communique, au nom de M. Lœper et au sien, l'observation d'un homme de quarante-huit ans, qui fut atteint d'une orchite au sixième jour de la convalescence d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne. L'origine typhoïdique de cette orchite fut démontrée par ce fait que le liquide épanché dans la vaginale et le sérum du malade agglutinaient fortement tous deux une culture de bacilles d'Eberth. Une ponction capillaire pratiquée au sein même de la glande testiculaire donna, en outre, issue à quelques gouttes de sang, qui fournirent une culture pure de bacilles typhiques. La diazo-réaction d'Ehrlich fut également positive.

Pendant toute la durée de l'infection éberthienne, la leucocytose fut toujours normale ou légèrement abaissée; elle ne fut que très peu accrue par l'orchite, qui ne modifia pas le rapport existant entre les polynucléaires et les mononucléaires.

Cette complication évolua d'une façon normale et donna lieu à la formation d'un petit abcès dont le pus contenait un grand nombre de bacilles d'Eberth et dont l'incision fut suivie de la formation d'un trajet fistuleux qui ne se cicatrisa qu'au bout d'environ deux mois.

Ostéo-arthrite pneumococcique du poignet.

M. Lacapère relate, au nom de M. Fernet et au sien, l'histoire d'un malade de quarante-sept ans qui présenta, au décours d'une pneumonie, une arthrite du poignet gauche. L'examen de l'épanchement séreux intra-articulaire révéla la présence du pneumocoque à l'état de pureté, tandis que la radiographie fit voir une érosion des extrémités du radius et du cubitus, ainsi que des néoformations fibreuses qui ont eu pour conséquence d'empêcher le rétablissement complet des fonctions de l'articulation.

M. Rendu dit avoir également observé un sujet qui fut atteint, à la suite d'une pneumonie, d'une arthrite séreuse pneumococcique du genou.

Traitement de la pneumonie par la levure de bière.

M. Marie appelle l'attention sur le traitement de la pneumonie par la levure de bière administrée aux mêmes doses que contre la furonculose. Huit malades atteints de pneumonies ou de bronchopneumonies, dont plusieurs très graves, que l'orateur a traités par ce moyen ont tous guéri.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 mai 1900.

Du fonctionnement des cellules hépatiques infiltrées de rubigine, au cours des cirrhoses pigmentaires.

MM. Gilbert, Castaigne et **Lereboullet.** — Des recherches cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentales nous ont permis d'établir qu'une cellule hépatique ne peut emmagasiner le pigment ocre que si son fonctionnement est normal ou exagéré; un foie insuffisant ne se pigmente pas, quels que soient les procédés expérimentaux mis en œuvre.

Inversement, quand une cellule hépatique est infiltrée de rubigine, son fonctionnement n'est pas entravé de ce fait; l'étude du chimisme hépatique chez l'homme et chez l'animal nous a même montré que l'hyperhépatie anatomique et fonctionnelle est fréquente alors que toutes les cellules du foie sont bourrées de rubigine.

Ces notions nous semblent appelées à éclairer la pathogénie des infiltrations pigmentaires hépatiques, qui peuvent, à notre avis, se ranger en deux catégories : ou bien il s'agit d'une cellule hépatique normale qui emmagasine du pigment ocre formé aux dépens du sang extravasé; ou bien c'est un foie en état d'hyperhépatie qui produit de la rubigine aux dépens du sang non altéré. Les deux processus sont associés dans les cirrhoses pigmentaires, ce qui explique l'abondance de la rubigine dans ces affections.

Identité du bacille lactique aérogène et du pneumobacille de Friedländer.

MM. Grimbert et **Legros.** — L'étude des caractères morphologiques et biochimiques de quatre échantillons de bacilles lactiques aérogènes types nous a conduit à admettre l'identité complète de cette espèce avec le pneumobacille de Friedländer.

Les bacilles que nous avons étudiés sont immobiles; ils ne se colorent pas par la méthode de Gram, ne donnent pas de spores et s'encapsulent dans le pus, le sang et les sérosités des animaux inoculés; ils sont anaérobies facultatifs; leurs cultures sur eau peptonée à 3 % ne produisent jamais d'indol. L'albumine cuite n'est pas modifiée par eux, le lait est assez rapidement coagulé par acidification, sans altération de la caséine.

D'autre part, le bacille en question fait fermenter la glucose, la lactose, la saccharose, la dextrine, etc., en donnant naissance à de l'alcool éthylique et à des acides acétique, lactique gauche et succinique.

Ces caractères sont communs au bacille lactique aérogène et au pneumobacille de Friedländer, et permettent ainsi d'identifier ces deux espèces.

Du degré de toxicité du cacodylate de mercure.

M. Vayas. — J'ai étudié les effets du cacodylate de mercure administré à des lapins en injections sous-cutanées et intra-veineuses.

Par la voie sous-cutanée, il faut 0 gr. 16 centigrammes de cacodylate de mercure pour tuer un lapin du poids de 1,900 grammes. Les animaux auxquels j'ai injecté seulement de 0 gr. 02 à 0 gr. 06 centigr. de ce sel ont tous augmenté de poids.

En injections intraveineuses, le cacodylate de mercure tue un lapin de moyenne taille à la dose de 0 gr. 10 centigr.; les doses de 0 gr. 02 à 0 gr. 05 centigr. sont au contraire bien supportées, et les animaux qui les ont reçues continuent à bien se porter.

Traitement du muguet.

M. Charrin dépose, au nom de M. Cattaert (de Lille), une note de laquelle il résulte que le naphtol serait l'antiseptique le plus puissant contre le parasite du muguet, qu'il tue à la dose de 1 gramme par litre de milieu. Viennent ensuite l'acide benzoïque, l'acide phénique, l'acide salicylique et le salicylate de soude, qui produisent le même résultat à la dose de 2 gr. 50 centigr. par litre.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 2, 9 et 16 mai 1900.

Sur un cas de paralysie nucléaire.

M. Heubner. — On sait que M. Möbius a attribué certaines paralysies faciales avec ophtalmoplégie externe à une dégénérescence des noyaux d'où émergent les nerfs se distribuant aux muscles paralysés. Cette manière de voir est basée uniquement sur l'autopsie d'un malade atteint de ptosis congénital.

Je puis aujourd'hui vous communiquer un second fait qui vient à l'appui de l'opinion de M. Möbius. Il s'agit d'un enfant d'un an et demi qui était atteint d'une paralysie complète des muscles droits externes des deux côtés, d'une paralysie incomplète de l'oculo-moteur commun gauche et d'une paralysie faciale double. La langue était aussi paralysée et atteinte d'atrophie unilatérale; enfin il existait une absence de sécrétion lacrymale, symptôme sur lequel Bernhardt a appelé le premier l'attention.

Cet enfant ayant succombé à une pneumonie consécutive à la rougeole, l'autopsie permit de constater qu'il n'y avait dans le cerveau aucune altération macroscopique ni microscopique; la moelle était incomplètement développée; quant au bulbe, il était aminci et présentait une atrophie évidente des noyaux, s'étendant depuis l'olive jusqu'au noyau de l'oculo-moteur; ces lésions étaient plus prononcées à gauche qu'à droite.

M. Möbius estime qu'en pareil cas il s'agit d'une dégénérescence des éléments nerveux; or, chez cet enfant on ne trouvait pas trace de dégénérescence; je serais donc plutôt porté à admettre l'existence d'une malformation congénitale, d'un arrêt de développement portant sur les cellules motrices.

De la nature des filaments renflés de l'actinomyces.

M. C. Benda. — On sait que les filaments d'actinomyces renflés à une de leurs extrémités sont considérés par Israël comme une partie essentielle de ce champignon. D'après Ponfick, ces renflements seraient en rapport avec la production des spores, mais cette opinion ne peut guère être soutenue, étant donnée la caducité des éléments en question.

D'après d'autres auteurs, ces filaments ne seraient pas du tout caractéristiques de l'actinomyces, car on les observerait également avec le bacille de la tuberculose.

D'après mes recherches, les leucocytes joueraient un certain rôle dans le développement de ces productions, et les préparations que voici montrent la pénétration des actinomyces dans l'intérieur des leucocytes.

M. Max Wolff. — Je ne puis partager l'opinion de M. Benda. Dans les cultures d'actinomyces sur agar, on voit des petits bâtonnets renflés en forme de bouton et un peu allongés, que je considère comme représentant le stade qui précède celui des formes en massue; ces dernières n'apparaissent qu'après l'injection de la culture aux animaux. Or, comme il va de soi que dans ces cultures il n'y a pas de leucocytes, on ne peut admettre pour les formes en bouton le processus proposé par M. Benda. Il est possible que la disposition en massue de certains filaments soit due simplement à des altérations dégénératives.

M. Benda. — Je ne crois pas que les bâtonnets renflés en bouton soient susceptibles de donner naissance à des corps en forme de massue; par contre, il est exact que ceux-ci n'apparaissent qu'après l'injection de la culture dans un organisme animal, mais ce fait vient précisément à l'appui de ma théorie.

Fracture de la grosse tubérosité de l'humérus.

M. Wohlgemuth. — Les fractures ou luxations de l'épaule produites par de violentes contusions sont assez souvent suivies de graves désordres fonctionnels. On constate fréquemment de l'atrophie des muscles de l'épaule et, en examinant plus attentivement la région, en ayant recours au besoin à la radiographie, on s'aperçoit qu'il existe un arrachement de la grosse tubérosité de l'humérus.

Cette lésion s'observe rarement à l'état isolé; quand il en est ainsi, je crois qu'elle est due à une luxation ou du moins à une subluxation spontanément réduite de la tête de l'humérus.

Le traitement de cet accident consiste à placer le bras dans l'abduction et la rotation en dehors en maintenant au contact de la tête humérale le fragment osseux qui en a été détaché.

Corpuscules globuleux du lait de femme.

M. Michael Cohn. — On peut, avec un grossissement suffisant et une coloration conve-

nable, mettre en évidence dans le lait de femme des corpuscules globuleux entièrement remplis de gouttelettes de graisse, qui coiffent pour ainsi dire les vésicules adipeuses ou s'enroulent autour d'elles.

Il n'existe aucun rapport entre le nombre de ces formations et la quantité de lait sécrété. Du reste, un lait renfermant ces corpuscules en abondance n'est pas moins bien supporté par les enfants que le lait ordinaire.

D'après Czerny, il s'agit là de leucocytes, et la graisse que renferment ces globules provient des matières grasses du lait, ce qui tendrait à faire admettre l'existence d'une phagocytose graisseuse. On sait, en effet, que les leucocytes immigrent en plus grand nombre dans les glandes mammaires quand il y a stagnation du lait. Cette pénétration des globules blancs dans les glandes est peut-être le résultat d'une sorte d'action chimiotactique exercée par des principes qui prennent naissance dans le lait stagnant.

En général, les cellules du colostrum, qui existent normalement dans le lait de femme pendant la première période de la lactation, disparaissent à partir du neuvième jour de l'allaitement; mais il n'est pas rare qu'elles persistent plus longtemps, particulièrement chez les femmes dont les enfants prennent mal le sein. Le lait riche en colostrum est mal toléré par les nourrissons, ce qui tient à la présence d'agents irritants provenant des leucocytes.

M. Dührssen montre une tumeur dermoïde grosse comme une tête d'enfant, qu'il a extirpée par la colpo-cœliotomie. Il insiste sur les avantages de cette opération qui assure une guérison beaucoup plus rapide que la laparotomie.

Dr Villaret.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, par M. S. Duplay. In-8°, 439 p. avec fig. Paris, 1900.

Dans ce troisième volume de Cliniques chirurgicales, M. Duplay s'est attaché, comme il a coutume de le faire dans son enseignement, à traiter avec un soin tout particulier des questions de diagnostic et de thérapeutique qui intéressent directement le praticien et qui cependant sont souvent négligées ou exposées sommairement dans les traités de chirurgie. Chaque affection est l'objet d'un diagnostic différentiel basé sur l'étude minutieuse de la valeur des différents symptômes; les indications opératoires sont nettement formulées pour chacun des cas observés, ainsi que la technique des procédés de choix auxquels il convient de s'arrêter.

Parmi les plus importantes de ces leçons, citons celles qui sont consacrées aux fractures du membre inférieur. M. Duplay étudie d'abord la *fracture bi-malléolaire.* Vicieusement consolidée, cette fracture entraîne comme conséquence une véritable infirmité, capable d'entraver sérieusement les fonctions du membre; l'auteur montre d'abord, à ce propos, comment, par un traitement bien dirigé, on peut prévenir une semblable terminaison; puis, si celle-ci n'a pu être évitée, comment on parvient à corriger ultérieurement la consolidation vicieuse. M. Duplay insiste sur la déviation secondaire du pied qui se produit parfois au moment où le malade commence à marcher, bien que la réduction ait été obtenue et maintenue pendant cinq à six semaines dans un bon appareil; pour prévenir cette déviation secondaire consécutive aux fractures accompagnées d'un grand déplacement, il conseille de soutenir le pied pendant plus d'un mois après la consolidation avec une botte silicatée que l'on applique au moment où le malade va commencer à marcher.

En présence d'une fracture de Dupuytren vicieusement consolidée, si la difformité n'est pas très prononcée et si la fracture remonte à moins de quarante jours, on réussit généralement à corriger la déviation au moyen de l'ostéoclasie manuelle, sous le chloroforme, et il suffit alors d'appliquer immédiatement un appareil plâtré qui doit rester en place pendant deux mois environ. En cas d'insuccès ou s'il s'agit d'une fracture déjà ancienne, on procédera d'abord à l'ostéotomie du péroné, puis, si la réduction reste impossible, on pratiquera séance tenante l'ostéotomie simple du tibia, opération qu'on transformera au besoin en ostéotomie cunéiforme. Enfin, si la réduction ne peut néanmoins être obtenue ou reste imparfaite, on réséquera le plateau tibial, en conservant la malléole externe, et même, si c'est possible, la malléole interne, qu'on ne doit sacrifier qu'en cas d'absolue nécessité.

Dans le traitement des *fractures du corps du fémur*, le point le plus difficile réside dans le maintien en place des fragments réduits. Pour les fractures de la partie moyenne de l'os, une seule des nombreuses méthodes qui ont été proposées dans ce but doit être conservée : c'est celle de l'extension continue, que l'on réalise d'une façon parfaite au moyen d'un appareil qui peut être confectionné partout, en suivant les indications détaillées fournies par l'auteur, avec des bandes de diachylon, une planchette de bois, une corde et des poids. Pour corriger la rotation de la pointe du pied en dehors, qu'on a souvent de la peine à combattre, même en exerçant une traction très énergique, M. Duplay place le pied dans une sorte de boîte rectangulaire que le médecin peut aisément construire lui-même avec 4 planchettes; il est alors facile d'empêcher la déviation en dehors en intercalant entre le pied et la paroi externe de la boîte un petit coussin ou de la ouate.

Dans les cas de *fracture sous-trochantérienne* du fémur, il est généralement difficile, et souvent même impossible, de mettre les fragments bout à bout; on manque, en effet, de prise suffisante sur le fragment supérieur, très court et fortement attiré en avant et en dehors par une action musculaire puissante. Puisqu'il est impossible d'agir sur le fragment supérieur pour obtenir la coaptation, il faut, logiquement, placer le fragment inférieur en regard du premier et le maintenir dans sa direction; or, cette indication, trop souvent négligée, peut être remplie d'une façon très satisfaisante par le double plan incliné de Dupuytren, qui jadis servait dans le traitement de toutes les variétés de fractures du corps du fémur, et qui est aujourd'hui presque totalement oublié, bien qu'il puisse rendre les plus grands services dans ce cas particulier; rien n'est plus facile que de le confectionner avec deux planches inclinées à angle obtus et maintenues dans cette position par deux baguettes clouées de chaque côté. Les mêmes considérations s'appliquent aux *fractures sus-condyliennes* dans lesquelles le fragment inférieur est également très court; si l'on ne peut obtenir la réduction avec l'appareil à extension ordinaire, l'emploi du double plan incliné permettra au fragment inférieur de venir se placer tout naturellement dans la direction du fragment supérieur; il suffira alors de maintenir le membre dans cette position pour obtenir une bonne consolidation.

Le diagnostic de la nature du liquide épanché dans l'articulation à la suite des traumatismes du genou présente une grande importance au point de vue du pronostic et du traitement. S'il s'agit, en effet, d'une *hydarthrose* pure ou mélangée seulement d'une petite quantité de sang la guérison est certaine et peut être obtenue rapidement par le traitement habituel de l'hydarthrose simple, c'est-à-dire par l'immobilisation dans une gouttière plâtrée et par la compression. L'*hémarthrose*, au contraire, résiste à ces moyens et peut persister pendant une durée, assez longue, en même temps qu'elle est susceptible d'entraîner à sa suite des conséquences plus ou moins graves. Lorsque l'on a affaire à une hémarthrose vraie, caractérisée par l'abondance de l'épanchement, la rapidité de son apparition et l'existence de signes indiquant des déchirures ligamenteuses ou des arrachements osseux intra-articulaires, une intervention opératoire s'impose, pour éviter la durée trop longue du traitement et les conséquences possibles de la persistance des caillots. La ponction, même avec un gros trocart, ne permettant pas l'issue des caillots, il est préférable de faire l'arthrotomie, grâce à laquelle on peut en outre explorer directement l'articulation et enlever les fragments de cartilage ou d'os détachés qui pourraient ultérieurement devenir des corps articulaires libres.

La *péritonite tuberculeuse* intéresse aujourd'hui le chirurgien autant que le médecin, en raison du traitement opératoire dont elle est devenue justiciable. Etant donnée la bénignité de l'opération, on est autorisé, d'après M. Duplay, à admettre que l'intervention chirurgicale peut s'appliquer avantageusement à toutes les formes de péritonite tuberculeuse, sauf dans les cas où les malades sont atteints de tuberculoses viscérales graves intéressant, par exemple, l'intestin, les reins ou le foie. Il y a lieu, cependant, de faire une exception, chez la femme, pour la tuberculose des organes génitaux internes, car celle-ci crée une indication de plus à la laparotomie qui permet d'enlever les ovaires et les trompes, dont les lésions sont souvent le point de départ de la péritonite tuberculeuse. La granulie aiguë généralisée, de même que l'existence de lésions pulmonaires très avancées, constitue une contre-indication formelle à toute opération, mais la constatation de lésions pulmonaires limitées ne contre-indique pas absolument la laparotomie, attendu qu'on voit souvent ces lésions s'améliorer et même guérir à la suite de l'intervention dirigée contre la péritonite.

Indépendamment de la sensation de gêne ou des douleurs plus ou moins vives que détermine le *varicocèle*, cette affection se complique fréquemment de phénomènes généraux de neurasthénie qui peuvent acquérir une gravité réelle, au point de conduire parfois les malades à l'hypocondrie la plus accentuée et même au suicide. Un état neurasthénique analogue existe presque toujours, à un degré plus ou moins accusé, chez les femmes affectées de *déchirures du périnée*, et ce qui montre que ces troubles du système nerveux sont bien en rapport avec l'existence de la lésion périnéale, c'est qu'ils cessent de se manifester dès que celle-ci est réparée. Dans les deux leçons qu'il consacre au traitement du varicocèle et des déchirures du périnée, M. Duplay insiste avec raison sur l'importance de ces accidents nerveux déterminés si fréquemment par les affections génitales et sur l'utilité en pareil cas, indépendamment des indications fournies par l'état local, d'une intervention qui suffit à faire disparaître complètement tous les phénomènes neurasthéniques, si accusés qu'ils soient.

Parmi les chapitres qui mériteraient également de nous arrêter, mais qu'il nous est impossible de résumer dans cette courte analyse, mentionnons celui qui est consacré au diagnostic et au traitement de la *coxalgie*, envisagée successivement aux différents stades de son évolution, et ceux dans lesquels M. Duplay a étudié minutieusement le diagnostic des *ulcérations de la langue*, des *rétrécissements de l'œsophage*, des *tumeurs de la parotide* et des *tumeurs du corps thyroïde*, et enfin la *valeur séméiologique de l'otorrhagie dans les traumatismes du crâne*. Nous retrouvons aussi dans ce volume deux leçons dont les lecteurs de ce journal ont eu la primeur et qui ont trait, l'une aux *paralysies du membre supérieur consécutives aux luxations de l'épaule*, et l'autre à l'*uréthrocèle vaginale*. (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 145 et 1899, p. 33). — M. C.

Un microbe pathogène pour les rats et son application à la destruction de ces animaux, par M. J. Danysz.

Il est superflu de démontrer l'intérêt que présente la destruction des rats, les dégâts causés par ces animaux tant dans les villes que dans les exploitations agricoles étant considérables, et les dernières recherches sur la peste montrant qu'ils peuvent, en outre, jouer un rôle important dans la dissémination des germes de certaines maladies infectieuses.

Or, l'auteur ayant observé une épidémie spontanée chez les campagnols isola du cadavre des animaux qui avaient succombé à l'infection un coccobacille présentant l'ensemble des caractères du *bacillus coli*, et qui, dès le début, se montra légèrement pathogène pour le rat gris.

Les différentes espèces de rongeurs nuisibles (souris, rats noirs, rats gris, campagnols, etc.) manifestant une susceptibilité très inégale à l'égard du nouveau bacille, dont la virulence n'était d'ailleurs que passagère, M. Danysz s'attacha à renforcer cette virulence et à la rendre effective pour toutes les espèces de rats et de souris; il y parvint en employant des cultures sur bouillon, chauffées successivement à l'air libre et en ampoules scellées et incluses finalement pendant vingt-quatre heures dans la cavité péritonéale au moyen de sacs en collodion.

Le virus ainsi obtenu servit à l'expérience

suivante, exécutée par l'auteur dans les égouts de Paris : 200 rats gris brun (*Mus decumanus*) furent lâchés dans un tronçon d'égout de 160 mètres de long sur 3 mètres de large, soigneusement isolé et abondamment pourvu de paille et de nourriture; au bout de dix jours, on déposa dans cet égout des morceaux de pain sur lesquels on avait répandu le contenu de vingt tubes de culture; l'épidémie se déclara huit jours après; on fit alors une nouvelle distribution de virus et, au bout de dix jours, tous les rats périrent, sauf 8 qui purent s'échapper grâce à une négligence du surveillant.

Des essais de même nature, institués simultanément à Lille, à Hambourg, à Copenhague et à Tunis, ne donnèrent pas des résultats très concordants, ce qui tient sans doute à un défaut de technique; aussi l'auteur conseille-t-il, pour assurer le succès, de commencer par vérifier que la culture est pathogène pour l'animal qu'il s'agit de détruire; au besoin, on exaltera sa virulence pour l'espèce en question au moyen de la technique indiquée; enfin, il sera bon de ne tenter la destruction en masse qu'au printemps et en automne, époques de la reproduction, car les jeunes animaux sont beaucoup moins résistants que les vieux. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril 1900.) — F. F.

Etude sur les hématomyélies, par M. Jean Lépine.

Les hémorrhagies de la moelle constituent encore, à l'heure actuelle, un des chapitres les plus mal connus de la pathologie du système nerveux. Si leur symptomatologie commence à être bien fixée, leur étiologie présente, par contre, de nombreuses obscurités, et leur anatomie pathologique soulevait récemment encore de vives discussions, sur le point de savoir quel rôle y jouent respectivement les éléments inflammatoire et mécanique. Aussi la thèse de M. J. Lépine, consacrée à l'étude des hématomyélies, porte-t-elle spécialement sur ces deux derniers points.

L'étiologie des hématomyélies comprend la détermination des causes prédisposantes et celle des causes occasionnelles. Parmi les premières, il convient de signaler l'âge, le sexe et le genre de vie, qui, d'après l'auteur, ne jouent d'ailleurs qu'un rôle secondaire.

Il n'en va pas de même des causes occasionnelles ou déterminantes, car elles dominent, au contraire, toute l'étiologie de l'affection. M. J. Lépine cite en première ligne le traumatisme, qui, en y comprenant l'effort, représente environ neuf fois sur dix la cause immédiate de l'hémorrhagie médullaire. On connaît particulièrement les hématomyélies consécutives aux fractures et luxations de la colonne vertébrale, à l'élongation de la moelle (mouvements forcés d'extension du tronc et surtout du cou, traitement du tabes par la suspension, certaines manœuvres obstétricales), à la distension des racines médullaires, enfin à la simple commotion médullaire. Un second groupe de faits est imputable à la congestion (et c'est dans cette catégorie qu'il convient probablement de classer les cas d'hématomyélie survenant après un effort), telle que la réalisent les états convulsifs, l'arrêt d'un flux normal, les excès *in Baccho et Venere*, le froid. Enfin une cause bien étudiée d'hématomyélie est la décompression brusque à laquelle sont exposés, notamment, les scaphandriers et les ouvriers travaillant dans des cloches à plongeurs.

A côté de tous ces cas où il s'agit d'hématomyélie primitive, il en existe d'autres où l'hémorrhagie est secondaire à une affection médullaire, le plus souvent à marche aiguë : myélite aiguë, infectieuse ou par thrombose ou embolie, myélite chronique, syringomyélie, tumeur médullaire, etc.

Relativement à la fréquence de ces divers facteurs, M. J. Lépine a trouvé, sur 227 observations, 189 cas d'hématomyélie primitive (dont 115 consécutifs à un traumatisme), tandis que 38 fois seulement l'affection était secondaire ou de cause inconnue. D'ailleurs, il convient d'ajouter que, sauf dans les cas où l'hémorrhagie est due à un traumatisme violent, on note *presque toujours* l'association de deux ou plusieurs facteurs étiologiques.

Il a paru nécessaire à l'auteur de confirmer par des recherches de laboratoire ces résultats fournis par la clinique. Aussi a-t-il institué une série d'expériences, dont il rapporte seulement une partie dans le présent travail, dans le but de préciser le mode d'action des différents facteurs. Il a ainsi pratiqué des injections intramédullaires de sang après laminectomie, des piqûres simples de la moelle dans les mêmes conditions, des commotions médullaires par choc et des décompressions brusques.

L'injection de sang dans la moelle reproduit à peu près les conditions de l'hémorrhagie spontanée; M. J. Lépine, dans ces expériences, a toujours vu le sang fuser surtout dans la substance grise et en hauteur, alors que les cornes antérieures semblaient lui opposer un obstacle presque infranchissable. Le canal central, non seulement a servi à la propagation de l'hémorrhagie, ce que nient MM. Goldscheider et Flatau, mais en a même toujours été la voie principale; les transformations du tissu nerveux au voisinage du sang épanché se résument en la production d'un foyer ramolli.

La piqûre simple de la moelle a eu pour effets, par l'intermédiaire d'une myélite avec dilatations vasculaires, des extravasations capillaires étendues à toute la moelle, mais prédominant d'une façon remarquable dans la substance grise; elle provoque, en outre, une dilatation du canal central, ordinairement irrégulière et moniliforme, sans doute par suite de l'abondance plus grande de la lymphe. La myélite concomitante se localise plus particulièrement dans la partie moyenne de la substance grise.

La commotion médullaire par choc s'accompagne de lésions immédiates et de lésions tardives; les premières consistent essentiellement en une congestion intense de la région soumise au traumatisme, avec extravasations et hémorrhagies d'importance variable; les phénomènes tardifs sont représentés par des altérations myélitiques et par une réaction névroglique modérée. Il semble qu'il n'y ait aucun rapport entre l'abondance des hémorrhagies en un point donné et l'intensité de la réaction névroglique.

Enfin, la décompression brusque détermine, chez le cobaye et le lapin, des embolies gazeuses, origine d'infarctus hémorrhagiques, des hémorrhagies primitives et d'autres lésions accessoires. Ces hémorrhagies sont dues à des ruptures vasculaires se produisant sous l'influence d'une distension extrême des vaisseaux, qui résulte elle-même du dégagement *in situ* des gaz du sang et, secondairement, de l'afflux du sang abdominal, chassé par la distension gazeuse de l'intestin.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, l'auteur étudie séparément les hémorrhagies et les lésions concomitantes. Les hémorrhagies peuvent être capillaires; elles n'offrent alors qu'un intérêt théorique, car le plus souvent elles ne se manifestent par aucun symptôme et constituent une surprise d'examen histologique; d'ordinaire, elles représentent, au contraire, des foyers plus ou moins volumineux, mais ne pouvant guère dépasser la grosseur d'une noisette; comme localisation sur une coupe, on peut dire, d'une façon schématique, que l'hémorrhagie se produit dans la substance grise, soit au voisinage de l'épendyme, soit dans les cornes postérieures, pour diffuser parfois vers les cordons postérieurs qu'elle peut dissocier, beaucoup plus rarement vers les cornes ou les cordons antérieurs presque toujours intacts. Comme localisation en hauteur, les plus grandes divergences peuvent s'observer; c'est la région cervicale qui est le plus fréquemment trouvée atteinte à l'autopsie, ce qui tient peut-être à la gravité toute spéciale des lésions de cette région. En général, le foyer ne se propage pas, dans le sens vertical, à plus de deux segments médullaires; cependant, quand il occupe le canal central soit primitivement, soit par pénétration secondaire, il peut s'étendre à toute la longueur de la moelle. Nous ne suivrons pas M. J. Lépine dans l'étude des lésions histologiques concomitantes, fort variables, on le devine, selon la cause de l'affection (traumatisme direct, élongation, décompression brusque) et l'état antérieur de l'organe (myélite, athérome, etc.). Au point de vue de l'évolution de ces lésions, la question se pose de savoir si la prolifération névroglique, de règle autour du foyer hémorrhagique, peut aboutir à une vraie gliose, comme le veut M. Minor, et s'il y a lieu, par suite, d'admettre la possibilité d'une transformation de l'hématomyélie en syringomyélie; dans l'état actuel de la science, M. J. Lépine juge impossible de résoudre ce problème.

En résumé, l'auteur tire à la fois de ses observations cliniques et de ses recherches expérimentales la conclusion que l'hématomyélie n'est pas une entité morbide, mais la résultante de différentes causes additionnées, la plupart banales; au point de vue anatomo-pathologique et pathogénique, il insiste sur le rôle prépondérant que joue la substance grise pour la propagation de l'hémorrhagie. (*Thèse de Lyon*, 1900.) — F. F.

Du rôle de la mobilité du diaphragme dans les déplacements apparents des épanchements pleuraux, par M. L. Bard.

On constate parfois, dans les épanchements pleuraux, certaines variations de la limite supérieure de la matité suivant l'attitude du malade. Ainsi, cette ligne paraît remonter d'une façon notable, en avant, dès que le sujet passe du décubitus dorsal à la position assise, fait qu'on attribue généralement à l'influence de la pesanteur. Or, l'auteur a remarqué que lorsque ce phénomène se produit, il suffit de faire lever le malade, ou même de le faire asseoir au bord de son lit les jambes pendantes, pour voir la matité revenir à son étiage primitif.

Cela étant, on doit attribuer les variations du niveau de l'épanchement non pas au déplacement du liquide lui-même sous l'influence de la pesanteur, mais plutôt à un refoulement du diaphragme vers le haut, dans la station assise avec les jambes étendues : en effet, dans cette attitude les organes abdominaux se trouvent comprimés sous la double influence de la flexion des cuisses sur le bassin et de la tension de la paroi abdominale antérieure; ils font ainsi bomber le diaphragme dans le thorax et déterminent, par son intermédiaire, le soulèvement de l'épanchement pleural.

M. Bard a été à même de vérifier ces déductions tirées de l'étude des phénomènes stéthoscopiques par l'examen radiographique d'une quinzaine de pleurétiques de son service; il a pu, de la sorte, se convaincre que parfois le diaphragme est complètement immobile du côté malade, alors que dans d'autres cas il est immobilisé seulement pendant les mouvements respiratoires et se laisse passivement soulever par la pression des viscères abdominaux quand le malade prend la position assise. Il résulte de ces faits que ce soulèvement doit être considéré comme un *déplacement apparent* en rapport avec la mobilité du diaphragme dans la cavité thoracique.

Ce phénomène ne s'observe pas, comme on sait, dans toutes les pleurésies, ou du moins à toutes les périodes de la maladie. D'après les observations de M. Bard, il atteint son maximum de fréquence et d'étendue, à quantité égale de liquide, au début de l'affection, alors que le muscle est frappé de parésie par suite de l'inflammation de la séreuse qui le recouvre. Plus tard, quand le diaphragme devient rigide ou se trouve fixé par des adhérences, le refoulement cesse de se produire.

La parésie inflammatoire et les phénomènes qui en résultent font défaut dans l'hydrothorax et même dans les pleurésies cancéreuses, ainsi qu'il est facile de le comprendre. Par contre, dans un cas de pneumothorax tuberculeux sans trace d'épanchement pleural, M. Bard, en pratiquant l'examen radiographique vingt-quatre heures après le début de l'affection, a constaté que le diaphragme était complètement immobile.

Cette fixité de la voûte diaphragmatique dans les mouvements respiratoires et son refoulement passif sous l'influence de certaines attitudes du corps sont donc deux phénomènes différents, indépendants l'un de l'autre et dont la coexistence ou la dissociation peuvent fournir des renseignements sur la nature, le caractère et l'évolution de la pleurésie, ainsi que sur son pronostic et sur son traitement. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril 1900.)

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Sur un nouveau procédé de détermination clinique des limites du poumon, par M. E. Weisz.

En explorant la sensibilité cutanée au moyen du compas de Weber, l'auteur a remarqué que, pendant la phonation, notamment lors de l'articulation de syllabes comprenant les consonnes

t ou *d*, on peut voir certaines parties des espaces intercostaux bomber nettement. Les voussures ainsi produites sont particulièrement manifestes, en avant, dans les second, troisième et quatrième espaces intercostaux, près des lignes mamelonnaire et parasternale; en arrière, entre les lignes axillaire et scapulaire; et, enfin, le long des bords supérieurs du foie et de la rate. Le phénomène cesse d'être perceptible à un niveau qui correspond exactement à la limite supérieure des matités hépatique et splénique.

Ces voussures intercostales, qui sont dues évidemment à des mouvements d'expansion pulmonaire, n'apparaissent que sous l'influence d'une phonation énergique. Aussi sont-elles moins accusées dans les cas d'ascite, de compression du poumon, de paralysie de la glotte, de dyspnée intense, etc.

M. Weisz a pu s'assurer, d'autre part, que les exsudats pleurétiques sont susceptibles de provoquer les mêmes mouvements ondulatoires, qui peuvent ainsi servir à fixer les limites de ces épanchements et du foie.

Le phénomène dont il s'agit se produit dans toutes les attitudes du corps; mais le meilleur moyen de le mettre en évidence consiste à faire placer le patient dans le décubitus dorsal, latéral ou abdominal, suivant la partie que l'on veut explorer; on l'invite alors à articuler les mots bien distinctement, de façon que, dans l'intervalle des phonations, le thorax ne conserve pas cette position intermédiaire à l'inspiration et au repos, qu'il prend habituellement lorsqu'on parle avec volubilité.

Si, dans ces conditions, on examine attentivement, l'un après l'autre, les espaces intercostaux, on ne tarde pas à constater dans plusieurs d'entre eux l'apparition, à chaque émission de son articulé, de voussures oblongues plus ou moins étendues. Il va de soi qu'on doit se garder de confondre ces ondulations avec les simples contractions musculaires qui peuvent se produire aux mêmes points.

M. Weisz pense que ce procédé d'exploration pourra rendre des services en clinique, surtout pour déterminer d'une façon précise la ligne de démarcation des poumons d'avec le foie et la rate. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er mars 1900.)

197 opérations sur les voies biliaires, par MM. H. Kehr, P. Eilers et R. Lucke.

M. Kehr, en collaboration avec ses assistants, MM. Eilers et Lucke, publie dans le présent travail 197 observations se rapportant à des sujets atteints d'affections des voies biliaires et opérés dans son service au cours de ces trois dernières années. A la suite de ces interventions, l'auteur a eu à enregistrer 32 décès. Ce chiffre paraît relativement élevé, mais il convient de faire remarquer que le nombre de cas graves ou même désespérés était assez considérable et que certains insuccès doivent être attribués à des affections concomitantes. C'est ainsi que M. Kehr fut obligé de pratiquer 27 fois la gastro-entérostomie. Le pronostic opératoire semble beaucoup plus favorable si l'on s'en tient aux interventions ayant porté exclusivement sur les voies biliaires. En effet, 68 laparotomies faites pour des affections peu avancées, et où il s'agissait généralement d'une simple cholécystostomie n'entraînèrent que 3 morts; la cholécystectomie, exécutée sur 55 malades, ne fut suivie de décès que 2 fois. Si l'on déduit les cas de cancer avancé ou d'infection septique préexistante à l'opération ainsi que les décès dus à des interventions étrangères aux voies biliaires, le nombre de morts se réduit à 7.

Sans entrer dans les détails des observations, nous nous bornerons à résumer ici les conclusions principales auxquelles sont arrivés les auteurs du présent mémoire.

Ils insistent d'abord sur la nécessité qu'il y a de se conformer dans le choix du procédé aux circonstances spéciales à chaque cas.

D'une façon générale, ils préconisent l'incision longitudinale à travers le muscle grand droit du côté droit, sauf pour les opérations compliquées, telles que la cholédochotomie, où il est préférable de recourir à l'incision courbe de Czerny. Quand il s'agit de calculs biliaires renfermés dans une vésicule relativement saine, M. Kehr est partisan de la cholécystostomie. On aura soin, en palpant le canal cystique au cours de cette intervention, de ne pas déterminer une migration des calculs dans le cholédoque. On enlèvera, quelque temps après l'opération, toutes les sutures en soie par lesquelles la vésicule a été fixée au péritoine, de crainte qu'elles ne forment plus tard des noyaux pour de nouvelles concrétions. Quant au catgut, on ne s'en servira que pour les vésicules biliaires d'une certaine étendue et qui se laissent facilement fixer à la paroi abdominale. Lorsqu'on se trouve en présence d'une fistule biliaire permanente consécutive à la cholécystostomie, on en pratiquera l'obturation forcée, à l'aide de laquelle on réussit parfois à faire passer le calcul du cholédoque dans le duodénum. Si ce moyen échoue et que le traitement interne reste sans effet, on procédera à la cholédochotomie. Pour une simple fistule muqueuse, on aura recours à la cysticotomie si l'on a affaire à un calcul enclavé dans le canal cystique, et à la cholécystectomie dans le cas d'une oblitération de ce canal. Les petites fistules muqueuses ne nécessitent aucune intervention.

La cholécystostomie ne doit être exécutée en deux temps que dans les cas où l'on est obligé d'interrompre l'opération à cause de l'état général du malade ou quand il s'agit d'une vésicule biliaire très rétrécie dont la fixation à la paroi abdominale ne paraît pas pouvoir être assurée.

L'incision du canal cystique n'est indiquée que lorsqu'on ne peut ramener le calcul dans la vésicule. Si cette dernière est atrophiée, il est préférable d'en pratiquer la résection avec la partie du canal qui renferme le calcul.

Quand on se trouve en présence d'une fistule étendue, à parois épaisses, on choisira la cholécystostomie, réservant l'ablation de la vésicule pour les cas chroniques, où cet organe se trouve atrophié; encore faudra-t-il pouvoir extraire tous les calculs et s'assurer que le pancréas ne présente rien d'anormal au toucher. Si l'on se décide en faveur de la cholécystectomie, on aura soin de pratiquer la ligature isolée de l'artère cystique, et dans le cas où il se produit une plaie au niveau du foie, on terminera l'opération par un tamponnement.

Pour ce qui est des calculs situés dans le cholédoque, les auteurs du présent travail sont d'avis qu'il ne faut intervenir que lorsqu'il s'agit d'une occlusion chronique de ce canal. Quant à la suture du cholédoque, M. Kehr la pratique chez les sujets qui n'offrent pas de symptômes inflammatoires et chez lesquels il a réussi à enlever tous les calculs. Mais quand il se trouve en présence de calculs multiples ou d'une infection des voies biliaires, il préconise le drainage du canal hépatique et il conseille, en général, de combiner ce procédé avec l'excision de la vésicule biliaire, qui est alors le plus souvent atrophiée.

L'opération doit être terminée par le tamponnement dans le cas où l'on a pratiqué la suture du canal. L'ouverture du cholédoque par la voie lombaire, d'après le procédé de M. Tuffier, ne saurait être indiquée que là où l'opération par la voie habituelle échoue. On évitera d'écraser les calculs renfermés dans le cholédoque.

Si les circonstances obligent le chirurgien à établir une anastomose entre les voies biliaires et le tube digestif, il réunira plutôt la vésicule biliaire et le duodénum que le réservoir biliaire et le gros intestin.

En ce qui concerne le cancer de la vésicule biliaire, on est autorisé à pratiquer une opération radicale tant que les ganglions du hile du foie ne sont pas encore tuméfiés et que le néoplasme n'a envahi qu'une partie circonscrite du tissu hépatique.

Dans les cas de péritonite localisée à la région de la vésicule biliaire, on fera la cholécystostomie avec tamponnement. Si l'on se trouve en présence d'une péritonite diffuse, par perforation de la vésicule, on aura recours de préférence à la cholécystectomie, pourvu que l'état du malade permette encore d'effectuer cette opération.

Enfin, dans les cas d'abcès isolés du foie, consécutifs à la cholélithiase, M. Kehr préconise l'intervention sanglante, tandis qu'il conseille de s'abstenir chez les sujets atteints d'une cholangite suppurée diffuse. (*Arch. f. klin. Chir.*, LVIII, 3.) — F. DE Q.

Le tabes chez les enfants et ses rapports avec la syphilis héréditaire, par M. L. von Dydynski.

M. von Dydynski a observé un cas de tabes chez un enfant de huit ans. Le père de ce petit malade avait eu la syphilis à l'âge de vingt ans, et présentait, à l'heure actuelle, différents symptômes d'une lésion des centres nerveux. La mère avait fait cinq fausses couches successives, le sujet de cette observation étant le fruit d'une sixième grossesse. Vers la cinquième année, les parents remarquèrent que leur enfant retenait mal ses urines : il mouillait ses vêtements et urinait parfois au lit. Récemment, il se joignit à ce symptôme de la faiblesse et des douleurs dans les jambes, douleurs qui par leur violence arrachent parfois encore des cris au malade. Sa démarche ne révèle rien d'anormal; il n'y a notamment pas d'ataxie. On constate cependant, à un faible degré, le signe de Romberg, de même que de l'hypotonie musculaire. Les réflexes patellaires font défaut, les réflexes cutanés sont normaux. L'examen de la sensibilité révèle aux jambes une légère hypoesthésie au contact et à la douleur. Il existe de l'inégalité pupillaire; la pupille droite ne réagit pas du tout à la lumière; à gauche, la réaction est à peine sensible.

Il ne saurait y avoir de doute sur la nature de ce fait. D'après M. von Dydynski, il n'en est pas de même pour nombre de cas décrits comme tabes dorsal chez des enfants, alors qu'il ne s'agit le plus souvent que d'une forme plus ou moins bien caractérisée de maladie de Friedreich. En éliminant ces observations, ainsi que celles dont le diagnostic est incertain par suite de l'insuffisance des détails, l'auteur n'a trouvé dans la littérature que 6 cas de tabes de l'enfance, dont 3 publiés par Remak, 1 par Strümpell, 1 par Mendel et 1 par Bloch. Les symptômes relevés chez ces petits malades appartiennent tous au tabes classique, mais certains d'entre eux acquièrent une importance qu'ils n'ont pas chez l'adulte. Or, ces signes caractéristiques font précisément défaut dans la maladie de Friedreich, ce qui facilite singulièrement le diagnostic différentiel de ces deux affections.

Les troubles de la vessie représentent un des prodromes les plus fréquents, de même que l'atrophie du nerf optique. Par contre, l'ataxie, qui est un symptôme cardinal du tabes de l'adulte, fait fréquemment défaut ou n'est que peu prononcée chez les enfants; plusieurs années peuvent même s'écouler sans que la démarche soit altérée d'une façon sensible. Une ataxie précoce et s'étendant à tous les membres relève presque toujours, par contre, de la maladie de Friedreich.

Au point de vue de l'étiologie, on a noté dans les 7 observations la présence de l'hérédo-syphilis. Depuis quelques années, différents auteurs se sont occupés des rapports existant entre le tabes et la syphilis héréditaire; ils ont vu qu'en général l'affection médullaire n'apparaît qu'après la puberté. Le cas de M. von Dydynski, avec son début à l'âge de cinq ans, constitue donc une remarquable exception. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er avril 1900.) — A. J.

De l'ostéomyélite aiguë au niveau de l'articulation coxo-fémorale, par MM. von Bruns et Honsell.

L'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur a été considérée pendant longtemps comme une affection excessivement rare, et ce n'est que dans ces derniers temps qu'on a constaté qu'un certain nombre de coxalgies prises pour des affections tuberculeuses doivent, en réalité, leur origine à une ostéomyélite aiguë de l'épiphyse supérieure du fémur.

M. von Bruns, aidé par son assistant M. Honsell, s'est appliqué à étudier à ce point de vue 106 observations recueillies à la clinique chirurgicale de Tubingue et dont 28 ont été complétées par un examen radiographique. Dans un tiers environ des cas, l'état anatomique de l'articulation de la hanche a pu être vérifié, en outre, à l'occasion d'une opération ou lors de l'autopsie.

Il résulte de la statistique de la clinique de Tubingue que l'affection dont il s'agit est environ cinq fois plus rare que l'ostéomyélite de l'extrémité *inférieure* du fémur.

L'étiologie ne diffère guère de celle des autres formes d'ostéomyélite aiguë, et la porte d'entrée de l'infection n'a pu être déterminée que dans un nombre restreint de cas. Chez 15 sujets, l'affection a débuté après un traumatisme intéressant la région de la hanche.

Quant à l'âge des malades, il varie de un à vingt-six ans, mais la plupart des observations se rapportent à l'époque comprise entre la

dixième et la quinzième année. Le sexe masculin est frappé trois fois plus souvent que le sexe féminin.

Le point de départ de l'ostéomyélite de la hanche siège tantôt dans l'extrémité supérieure du fémur, tantôt dans les os qui forment la cavité cotyloïde. La localisation purement épiphysaire du processus paraît être très rare. Par contre, l'ostéomyélite atteint généralement le col du fémur en intéressant ou non la région trochantérienne, et s'étend parfois à une partie plus ou moins considérable de la diaphyse.

Les opérations pratiquées dans plusieurs cas ont permis de constater que ces ostéomyélites épiphysaires sont caractérisées par la formation de foyers inflammatoires remplis de pus, de granulations et de petits séquestres, et qui restent longtemps circonscrits. Les séquestres se rencontrent le plus souvent au niveau de la région trochantérienne, plus rarement au col du fémur, et très exceptionnellement dans la tête de cet os. Les foyers inflammatoires s'entourent peu à peu d'une néoformation osseuse très compacte.

Dans les cas où le processus inflammatoire siège dans le voisinage immédiat du cartilage épiphysaire, il peut en résulter un décollement suivi tantôt de nécrose de la tête fémorale, tantôt de consolidation soit avec le fémur, soit avec la cavité cotyloïde.

La radiographie a fourni des indications intéressantes sur la déformation des os. Dans nombre de cas, on put constater une atrophie manifeste du fémur; la tête de cet os avait subi un aplatissement et parfois un élargissement notable; le col était fréquemment raccourci. Jamais on n'a trouvé d'allongement analogue à celui qu'on remarque parfois dans la coxalgie tuberculeuse.

M. von Bruns a constaté, par contre, chez de nombreux malades une incurvation du col présentant un des trois types suivants : tantôt il s'agit d'une rotation en dedans avec flexion de l'extrémité supérieure du fémur, y compris la région trochantérienne, tantôt il y a flexion du col au niveau de sa base, tantôt enfin il existe une déviation de la tête fémorale et d'une partie du col vers le petit trochanter.

Quant aux déformations de la cavité cotyloïde, elles sont caractérisées le plus souvent par de fortes néoformations osseuses et quelquefois par un allongement de cette cavité en haut.

La synovite qui accompagne généralement ce processus pathologique offre parfois, à l'œil nu, une ressemblance frappante avec la synovite tuberculeuse.

A l'encontre de ce qui a lieu pour la coxalgie tuberculeuse, l'affection s'annonce par un début brusque présentant tous les caractères de l'ostéomyélite aiguë, avec des douleurs intenses soit au niveau de la hanche, soit dans toute l'extrémité atteinte, principalement au genou. Puis apparaît une tuméfaction diffuse de la région de la hanche. Souvent, le diagnostic se trouve facilité, en outre, par des lésions inflammatoires d'autres articulations.

La marche de la maladie est différente suivant que l'épanchement articulaire perfore ou non la capsule de la hanche. L'absence de perforation a été notée chez 20 malades. Les symptômes graves ont duré dans ces cas de trois à six semaines et la guérison s'est effectuée en l'espace de trois à six mois.

La perforation de l'abcès est loin d'amener une évolution plus rapide de la maladie; souvent même la guérison se trouve ralentie par la formation d'une fistule très tenace.

Pour ce qui est des résultats définitifs, M. von Bruns estime que la possibilité d'une restitution complète de toutes les fonctions ne doit pas être rejetée dans les cas légers. Mais généralement il subsiste une position vicieuse du fémur avec flexion, abduction et rotation en dedans ou en dehors. Quant au raccourcissement, il ne paraît pas jouer un rôle considérable et n'a dépassé dans aucun cas 4 centimètres 1/2. Chez 33 malades, on a observé au cours de la maladie une luxation spontanée de la hanche, affectant 30 fois le type de luxation iliaque, 2 fois le type de luxation obturatrice et une fois celui de luxation iléopubienne.

Le décollement épiphysaire a été noté dans 26 cas. L'attitude du membre était alors assez variable; quant à la mobilité de la hanche, elle se trouvait d'abord exagérée pour diminuer lentement et aboutir le plus souvent à une ankylose complète.

Chez 2 sujets, on constata au cours de la maladie des fractures spontanées en dehors de la ligne épiphysaire.

Des récidives ont été observées même après une guérison apparente datant de plusieurs années.

Pour ce qui est du pronostic, M. von Bruns ne compte que 15 décès, dont 4 post-opératoires. Il estime, toutefois, que ce résultat doit être considéré comme beaucoup trop favorable, car la plupart des faits se rapportent à la période chronique de la maladie et la mortalité serait sensiblement plus grande si l'on ne tenait compte que des cas récents.

Au point de vue du traitement, sur 14 résections il y a eu 12 succès et 2 morts. Dans un cas, on pratiqua la désarticulation de la hanche, mais le malade succomba. Chez 7 patients, on eut recours à l'ostéotomie dont le succès immédiat fut excellent; 3 fois, cependant, on observa ultérieurement une récidive de la position vicieuse. Le redressement forcé, qui fut pratiqué dans 5 cas, ayant amené d'ordinaire une recrudescence plus ou moins intense du processus, M. von Bruns le considère comme une intervention dangereuse.

En terminant, les auteurs du présent travail conseillent de recourir à la résection de la hanche toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une arthrite purulente aiguë. Quant aux interventions orthopédiques, elles ne doivent être tentées qu'après la guérison complète du processus inflammatoire. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 1.) — F. DE Q.

Contribution à l'étude de l'ascite pseudo-chyliforme, par MM. MICHELI et MATTIROLO.

MM. Micheli et Mattirolo ont eu l'occasion d'étudier quatre cas d'ascite présentant tous les caractères extérieurs de l'ascite chyliforme, mais se distinguant de celle-ci, à l'examen microscopique, par l'absence à peu près absolue de globules graisseux. Ce résultat fut d'ailleurs confirmé par le dosage chimique qui n'indiqua qu'une proportion de graisse très faible, absolument insuffisante pour produire le trouble lactescent du liquide ascitique. Dans les faits de ce genre publiés jusqu'à présent, la proportion de graisse variait de 0.12 à 0.67 ‰; dans ceux de MM. Micheli et Mattirolo, le taux des substances solubles dans l'éther (graisse, cholestérine et lécithine) atteignait de 0.73 à 1.0 ‰. Or, M. Letulle a démontré que la quantité minima de matières grasses nécessaire pour produire une émulsion est de 1.5 ‰.

M. Lyon a attribué l'aspect particulier du liquide pseudo-chyliforme à la présence d'une substance protéique spéciale, voisine de la caséine; mais on a démontré, d'autre part, que ce corps peut exister en quantité dans le sérum sanguin, sans que la limpidité de celui-ci soit troublée pour cela. Aussi, MM. Micheli et Mattirolo rapportent l'opalescence du liquide ascitique à la présence de la lécithine. Ils ont dosé ce corps dans deux cas et constaté dans le premier 0.25 ‰ de lécithine (sur un total de 0.9 ‰ de substances solubles dans l'éther); dans le second, ces chiffres étaient respectivement de 0.15 ‰ et de 0.95 ‰. En ajoutant 0 gr. 015 milligr. de lécithine en solution alcoolique à 100 c.c. de liquide ascitique limpide, ils obtinrent un liquide lactescent identique à celui que leur fournissaient les deux malades examinés.

Les auteurs du présent travail préconisent en terminant un procédé simple et rapide pour s'assurer de la présence de la lécithine dans l'ascite chyliforme. Il suffit d'ajouter, à une petite quantité du liquide à examiner, un volume quatre ou cinq fois plus considérable d'alcool, de façon à précipiter les matières protéiques. On chauffe pour maintenir la lécithine en solution et on filtre. Le liquide limpide, ramené au bain-marie à son volume primitif, se trouble s'il contient de la lécithine. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 janvier 1900.) — A. J.

De la présence de cristaux insolites dans les os d'enfants rachitiques traités par l'opothérapie surrénale, par MM. STÖLTZNER et SALGE.

En pratiquant des coupes dans les os d'un enfant rachitique qui, peu avant sa mort, avait été traité par l'opothérapie surrénale, les auteurs du présent mémoire remarquèrent que le microtome rencontrait une résistance insurmontable en certains points de la préparation. Or, l'examen microscopique permit de constater l'existence, dans ces os, de corps globuleux assez volumineux, composés de couches concentriques et présentant une striation radiaire. Ces globules, dont la surface était hérissée, par place, de petites pointes et qui étaient surtout nombreux au niveau des espaces médullaires, manifestaient une affinité particulière pour le nitrate d'argent. Sur des coupes conservées dans l'alcool dilué, ils se transformèrent au bout de quelques jours en amas de fines aiguilles; ils disparurent complètement, par contre, dans les préparations plongées dans l'eau distillée. Il s'agit donc d'une substance cristalline, insoluble ou peu soluble dans l'alcool, mais se dissolvant facilement dans l'eau pure.

En faisant séjourner dans une petite quantité d'eau distillée ces coupes de substance osseuse préalablement traitées par l'éther (pour en enlever la celloïdine), puis desséchées et pulvérisées, MM. Stöltzner et Salge obtinrent un liquide qui laissa déposer, par évaporation, de nombreux cristaux doués de la même affinité à l'égard du nitrate d'argent que les corps globuleux dont ils provenaient; ils se désagrégeaient lentement lorsqu'on les exposait à l'air.

Les mêmes constatations ont été faites chez deux autres enfants rachitiques ayant ingéré des capsules surrénales et dont les auteurs ont pu examiner les os après la mort.

Ainsi, dans ces trois cas, les os renfermaient une substance cristalline dont la présence — au dire de M. Virchow lui-même, auquel les préparations furent soumises — n'a encore jamais été constatée chez les enfants rachitiques et qui, d'après M. Salkowski, a l'aspect des cristaux de spermine. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 avril 1900.)

Technique et indications de l'interruption artificielle de la grossesse, par M. F. HEYMANN.

L'accouchement prématuré est pratiqué avec une fréquence très inégale dans les diverses maternités, ce qui prouve que les indications de cette intervention ne sont pas posées d'une manière uniforme. Quant au choix du procédé, quoique diverses méthodes aient paru donner des résultats également bons, M. Heymann préconise vivement celle de Krause. Sur 107 observations recueillies dans le service de M. Mermann, à Mannheim, qui constituent la base de ce travail, 10 se rapportent à des cas d'avortement provoqué au moyen de laminaires stérilisées à la chaleur sèche.

Voici comment M. Heymann décrit la méthode de Krause, telle qu'elle est pratiquée par M. Mermann. On prend une bougie américaine rouge de 8 à 10 millimètres de diamètre, on fixe à son extrémité inférieure un fil de soie, et on la fait bouillir pendant dix minutes, ainsi que son mandrin, dans une solution de soude. Après une désinfection minutieuse des organes génitaux externes de la malade, on fixe le col avec une pince à griffes et on introduit la sonde dans l'orifice de l'utérus, en la faisant glisser sur le doigt; on retire ensuite le mandrin, et on refoule la sonde jusqu'au delà de l'orifice interne, où elle peut demeurer sans inconvénient pendant trois ou quatre jours. En moyenne, l'accouchement a débuté trente-cinq heures trois quarts après l'intervention.

En comparant la morbidité des femmes chez lesquelles on avait provoqué l'accouchement prématuré avec la morbidité générale de la Maternité de Mannheim, l'auteur arrive à la conclusion que la méthode de Krause est d'une innocuité absolue pour la mère. Quant aux enfants, les résultats sont généralement très satisfaisants, et l'on peut affirmer que par l'accouchement prématuré, pratiqué assez près du terme, on met généralement au monde des enfants vivants, viables pour la plupart.

M. Heymann discute ensuite longuement les indications de l'accouchement prématuré. Il les divise de la façon suivante : *a*) indications ayant en vue l'intérêt de l'enfant; ce sont la disproportion entre les dimensions de l'enfant et celles du bassin, la mort habituelle du fœtus à terme, la possibilité de la mort de la mère avant le terme de la grossesse; *b*) du côté de la mère, les indications sont les incidents de la grossesse qui menacent la vie de la mère, sans résulter d'une maladie antérieure, et les maladies antérieures aggravées par la grossesse.

M. Heymann pense que, dans les cas de bas-

sin rétréci, on peut, grâce à l'accouchement prématuré, restreindre l'emploi de la symphyséotomie. Dans cette forme de dystocie, l'accouchement prématuré donne en effet les meilleurs résultats pour la mère; il est d'ailleurs moins dangereux que toutes les opérations pratiquées à la fin de la grossesse, et en particulier que la perforation. De plus, il sauve beaucoup plus d'enfants que les interventions à terme, à l'exception toutefois de l'opération césarienne.

L'auteur considère l'interruption de la grossesse comme nécessaire quand il y a rétroversion partielle de l'utérus avec incarcération, quand il existe une môle ou qu'il se produit des vomissements incoercibles. Ces derniers nécessitent même plutôt l'avortement artificiel. Il attire aussi l'attention sur certains états morbides qui, sans menacer la vie de la mère, peuvent rendre avantageux l'accouchement prématuré; ce sont, en premier lieu, les douleurs continuelles dépendant probablement d'une endométrite; puis la fièvre de la grossesse; enfin l'hydramnios et les hémorrhagies.

Parmi les maladies de la mère qui menacent sa vie par leur coexistence avec la grossesse, M. Heymann cite l'éclampsie, la néphrite, les maladies du cœur et la phtisie; l'éclampsie, de même que le placenta prævia, nécessite parfois un procédé plus rapide que la méthode de Krause. On peut être forcé encore d'interrompre la grossesse à cause d'un goitre, d'une chorée, d'un kyste ovarique ou d'une hernie, toutes questions que l'auteur examine sous leurs diverses faces. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 2.) — E. C.

De la pharyngotomie sous-hyoïdienne,
par M. Honsell.

Bien que la pharyngotomie sous-hyoïdienne soit, depuis quelque temps déjà, du nombre des opérations classiques, M. Honsell a entrepris de réunir tous les cas publiés jusqu'à ce jour, en y ajoutant 4 observations nouvelles, recueillies dans le service de M. von Bruns.

Dans le premier fait observé par l'auteur, il s'agissait d'un dentier avalé pendant un repas. On sentit le corps étranger à l'aide de la sonde œsophagienne et même à la palpation, mais il fut impossible de l'extraire par les voies naturelles. M. von Bruns pratiqua tout d'abord la trachéotomie, puis il sépara l'épiglotte d'avec le larynx au moyen de l'incision classique de la pharyngotomie sous-hyoïdienne. Le corps étranger fut alors extrait sans peine. On réunit la plaie par une suture à étages, après tamponnement de la cavité pharyngienne. Les suites opératoires furent normales, et le malade pouvait avaler des aliments solides au bout de quinze jours.

Dans le deuxième cas, on avait affaire à un sarcome de la paroi postérieure du pharynx. Ici également, la guérison se fit sans incident, et le malade quitta la clinique en parfait état. L'auteur ne donne pas de renseignements sur les résultats éloignés de l'intervention.

La troisième opération se rapporte à un cancer de l'épiglotte et de l'entrée du larynx. M. von Bruns fit précéder la pharyngotomie, comme dans les cas précédents, d'une trachéotomie. L'opération fut terminée par le tamponnement de la plaie. Le malade succomba au bout de quelques semaines à une tuberculose diffuse des poumons; l'examen histologique démontra, d'ailleurs, que le cancer s'était développé sur un ulcère tuberculeux.

Enfin, dans la quatrième observation, il s'agissait d'une jeune femme atteinte d'un lupus de l'entrée du larynx. Le traitement endolaryngien n'ayant amené aucun résultat, M. von Bruns pratiqua l'ablation de l'épiglotte et de toute la région atteinte, au moyen de la pharyngotomie sous-hyoïdienne. Les suites opératoires furent bonnes, mais une récidive obligea à recourir à la trachéotomie trois ans plus tard.

Parmi les 93 cas publiés jusqu'à présent dans la littérature médicale, 10 ont trait à des corps étrangers, 14 à des tumeurs bénignes du larynx et du pharynx, 57 à des tumeurs malignes des mêmes régions, 6 à des affections inflammatoires, principalement tuberculeuses; dans 6 faits enfin, il s'agit d'indications diverses, ne rentrant dans aucune des catégories énumérées cidessus.

Sur les 10 cas d'intervention pour corps étrangers, les suites opératoires furent bonnes chez 9 malades. Un seul patient, atteint d'aliénation mentale, succomba le jour de l'opération, sans que l'on ait pu déterminer la cause de la mort.

Pour les tumeurs bénignes, l'auteur relève une mortalité de 5 opérés sur 14, c'est-à-dire de plus du tiers, et généralement par bronchopneumonie. Mais il faut tenir compte que l'un des décès est relatif à une des premières opérations de cette nature faites sur le vivant, et qu'un second se rapporte à un enfant atteint déjà de bronchopneumonie avant l'opération.

Les résultats obtenus dans les cas de cancer du larynx (25 observations) sont encore moins favorables, la mortalité post-opératoire étant de 40 %. Si l'on compare cependant les résultats éloignés de cette intervention avec ceux que fournissent les autres méthodes de traitement, on voit que c'est la pharyngotomie sous-hyoïdienne qui donne le plus grand nombre de guérisons définitives et la plus faible proportion de récidives. L'auteur croit que la mortalité élevée de cette méthode doit être attribuée plutôt à l'étendue des lésions qu'au procédé opératoire.

L'opération pour sarcome du larynx, dont M. Honsell relate 7 observations, n'a jamais entraîné la mort, mais la récidive survint dans 43 % des cas.

Les 21 faits de cancer du pharynx ont fourni une mortalité de 45 %; un seul patient est mort, sur 4 qui ont été opérés pour sarcome de la même région.

Enfin, sur 5 cas d'affections tuberculeuses laryngées, 2 malades succombèrent rapidement à un développement aigu de leur tuberculose pulmonaire; une fois, la guérison se maintenait encore dix mois après l'opération.

Ces faits permettent à l'auteur de formuler de la manière suivante les indications cliniques de la pharyngotomie sous-hyoïdienne :

Dans les cas de corps étrangers, ce procédé est indiqué toutes les fois que le corps étranger ne peut être extrait par les voies naturelles. La pharyngotomie sous-hyoïdienne doit être préférée ici à l'incision latérale.

Pour l'extraction de tumeurs bénignes, la voie endo-laryngienne devra être choisie le plus souvent, la pharyngotomie ne trouvant que de rares indications.

Dans les cas de tumeurs malignes du larynx, M. Honsell conseille de restreindre l'application de la pharyngotomie sous-hyoïdienne aux seules tumeurs de l'épiglotte. Quant aux tumeurs malignes du pharynx, il est préférable de ne pas s'en tenir systématiquement à une seule méthode, mais de choisir l'incision opératoire dans chaque cas, d'après la localisation du néoplasme.

Les résultats de l'intervention pour tuberculose paraissent peu encourageants, et l'auteur pense qu'on ne devra se résoudre à opérer que si le traitement endo-laryngien est resté sans résultats. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 1.) — F. DE Q.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement des fistules parotidiennes par des injections de cocaïne dans le trajet fistuleux.

Il y a quelques années, un confrère italien, M. le docteur G. Guerra, publia un cas de guérison rapide d'une fistule du canal de Sténon par des badigeonnages de la région parotidienne avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 % (Voir *Semaine Médicale*, 1896, Annexes, p. CLXXXII).

Depuis lors, l'efficacité de ce moyen de traitement — qui agirait en produisant une vasoconstriction et l'inhibition des fonctions glandulaires — a été pleinement confirmée chez trois nouveaux malades atteints de fistule de la parotide, et observés, le premier par M. le docteur Nové-Josserand, chirurgien des hôpitaux de Lyon, et les deux derniers en Italie, l'un par M. le docteur L. Abbamondi, l'autre par MM. les docteurs E. Madia et G. Abbamondi.

Ces deux derniers confrères eurent recours à une modification du procédé primitif qui mérite d'être signalée, car elle paraît présenter l'avantage d'une action curative particulièrement rapide : au lieu d'appliquer la cocaïne sur les téguments de la joue, comme on l'avait fait jusqu'ici, MM. Madia et G. Abbamondi injectèrent dans le trajet fistuleux, au moyen d'une seringue de Pravaz non munie de son aiguille, une solution à 4 % de cocaïne dans un mélange à parties égales d'eau et de glycérine. Sous l'influence de ces injections répétées trois fois *pro die*, l'écoulement diminua bientôt pour cesser dès le quatrième jour. Le surlendemain, les orifices interne et externe de la fistule étaient complètement oblitérés.

Les effets vasoconstricteurs de la cocaïne augmentant, comme on sait, avec l'élévation de la température, nos confrères italiens estiment qu'il est possible de guérir les fistules salivaires même en employant une solution à 0.5 %, à condition qu'elle ait été chauffée préalablement jusqu'à 50 ou 55°, mais non au delà, car la cocaïne se transforme en argonine à la température de 60°.

Faut-il évacuer le tube digestif avant de donner le chloroforme ?

Il est de règle, pour la chloroformisation, de laisser le patient à jeun et même d'évacuer préalablement l'intestin au moyen de purgatifs et de lavements.

Cette manière de faire est-elle vraiment rationnelle ? Telle est la question qu'un médecin russe, M. le docteur G. A. Gorbounov, s'est posé après avoir subi lui-même, pour une ostéomyélite des deux fémurs, onze interventions ayant nécessité l'anesthésie chloroformique. Le chloroforme a été administré à notre confrère tantôt après évacuation du tube digestif et tantôt sans que cette précaution eût été prise. Or, dans ce dernier cas il n'y eut jamais de vomissements et l'appétit se rétablit rapidement, tandis que lorsqu'il y avait eu purgation les vomissements persistaient encore le lendemain de l'opération.

Ces faits engagèrent M. Gorbounov à se livrer, dans le service de M. le docteur V. A. Ratimov, professeur de chirurgie à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, à des recherches statistiques concernant les effets du chloroforme suivant l'état du tube digestif au moment de l'anesthésie. Notre confrère trouva que sur un total de 1,223 opérations pratiquées à cette clinique au cours des cinq dernières années, la période d'excitation fut le moins prolongée et le moins violente dans 95 cas (dont 53 particulièrement graves) où l'on dut intervenir d'urgence, par conséquent sans avoir préparé le sujet.

Il semblerait donc — autant qu'il est permis d'en juger par ces recherches portant sur un nombre relativement restreint de malades — que les précautions habituellement prises avant l'anesthésie chirurgicale, outre qu'elles sont une complication, offrent encore l'inconvénient d'affaiblir le patient et de le rendre de la sorte moins apte à supporter la narcose.

Les injections intra-uréthrales de cocaïne contre la rétention d'urine d'origine spasmodique.

Dans 4 cas de rétention d'urine par spasme réflexe de l'appareil sphinctérien (à la suite d'une cure radicale de hernie, d'une cure radicale d'hydrocèle, d'une fracture de jambe par choc direct et de contusions multiples sans lésions de l'urèthre), M. le docteur L. Martel, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne, a vu la miction naturelle se rétablir sous l'influence de simples injections intra-uréthrales avec 6 à 7 c.c. d'une solution tiède ou chaude de cocaïne à 2 %. Pour que le liquide injecté pénétrât bien dans la région sphinctérienne, notre confrère pinçait le méat entre deux doigts au moment où il retirait la seringue, et faisait quelques malaxations du canal pendant une ou deux minutes. Bientôt après, le patient pouvait uriner spontanément. La miction ainsi obtenue ne fut jamais suivie d'incontinence.

Les injections uréthrales de cocaïne, pratiquées comme il vient d'être dit, paraissent donc constituer, pour toute une catégorie de cas dans lesquels les cataplasmes et les lavements chauds sont souvent impuissants à vaincre le spasme, un excellent moyen d'éviter le cathétérisme et, par suite, l'infection vésicale qui en résulte si fréquemment. Cependant, ces injections sont contre-indiquées lorsqu'il existe une plaie du canal (rupture de l'urèthre, fausse route), qui permettrait une absorption trop considérable de cocaïne.

Errata. — Dans notre dernier numéro, p. 167, 2e col., 33e ligne, au lieu de : cinquième, lire : *quatrième*; — p. 168, 1re col., 19e et 20e lignes, au lieu de : le carré des lombes, lire : *en dedans du carré des lombes*.

REVUE GÉNÉRALE

L'intoxication acide dans le diabète.

I

L'augmentation du taux de l'ammoniaque, constatée par Walter (1) dans ses recherches concernant l'action des acides sur l'organisme, a été le point de départ d'une série de travaux destinés à élucider les conditions dans lesquelles se produit l'élimination de l'ammoniaque et les facteurs capables de l'influencer dans les divers états pathologiques. C'est ainsi que Hallervorden (2) constata que l'urine de certains diabétiques renferme des quantités considérables de ce corps, atteignant fréquemment jusqu'à 5 et 6 grammes par vingt-quatre heures, mais pouvant aussi s'élever, comme dans un cas de Stadelmann (3), au taux excessif de 12 grammes. L'urine conservant malgré tout sa réaction acide, cet excès d'ammoniaque doit être accompagné soit d'une diminution des autres bases fixes, soit d'une augmentation proportionnelle des acides urinaires. Tandis que dans l'urine normale le dosage comparatif des bases et des acides donne régulièrement un léger excès d'acide, ce rapport est renversé dans l'urine des diabétiques contenant beaucoup d'ammoniaque, et les recherches de Stadelmann (4) lui montrèrent un excédent de bases correspondant dans un cas à plus de 6 grammes de sodium. Etant donnée la réaction franchement acide de l'urine, la conclusion s'imposait donc qu'il existe dans ce liquide un acide organique ignoré jusque-là. En effet, Stadelmann réussit à isoler, de l'urine en question, une quantité relativement considérable d'acide crotonique. Ce corps n'existe cependant pas sous cette forme dans l'urine diabétique. Ainsi qu'il ressort des recherches simultanées de Külz (5) et de Minkowski (6), il ne représente qu'un produit de décomposition de l'acide β-oxybutyrique : distillé après addition d'acide sulfurique, l'acide β-oxybutyrique perd une molécule d'eau et donne naissance à de l'acide α-crotonique.

L'acide oxybutyrique se trouve, par contre, préformé dans l'urine de certains diabétiques, et Minkowski en a isolé 5 à 6 grammes à l'état de pureté dans le premier des cas qu'il a examinés.

II

La présence insolite d'un acide organique dans l'urine, coïncidant avec une élimination exagérée d'ammoniaque, s'observe surtout à cette période spéciale de la maladie que l'on désigne sous le nom de coma diabétique. L'analogie incontestable qui existe entre les symptômes de cet état et ceux de l'intoxication par les acides, telle que l'avait décrite Walter, amena naturellement Stadelmann et Minkowski à considérer le coma diabétique comme l'expression de l'accumulation dans l'organisme d'un principe acide neutralisant les bases nécessaires au bon fonctionnement des organes.

Malgré tout ce que cette hypothèse avait de séduisant, on dut reconnaître qu'elle supposait la présence de quantités énormes d'acide oxybutyrique. D'après les recherches de Walter, 0 gr. 90 centigr. d'acide chlorhydrique par kilogramme d'animal sont nécessaires pour amener la mort; en supposant que l'acide oxybutyrique possède pour les bases de l'organisme la même avidité que les acides minéraux, il n'en faudrait pas moins de 160 grammes pour tuer par intoxication acide un adulte de 60 kilogrammes, car le poids moléculaire de l'acide oxybutyrique est environ le triple de celui de l'acide chlorhydrique. L'accumulation d'une telle quantité d'acide oxybutyrique implique l'existence de quantités correspondantes de ce corps dans l'urine, tandis qu'en réalité on ne parvient généralement pas à en isoler plus de 5 à 10 grammes dans l'urine de vingt-quatre heures. La seule observation dans laquelle l'analyse chimique ait révélé une quantité d'acide oxybutyrique vraiment considérable est due à Minkowski (1): cet auteur en a constaté 53 grammes dans l'urine de vingt-deux heures d'un diabétique plongé dans le coma.

A côté des raisons tirées de l'analyse des urines, l'examen du sang dans le coma diabétique a fourni différents arguments à l'appui de l'hypothèse de l'intoxication acide. Minkowski et Kraus (2) ont constaté, d'une part, une diminution considérable de l'acide carbonique contenu dans le sang, tandis que, d'autre part, Kraus, ainsi que Roque, Devic et Hugounenq (3) ont pu, par titration directe, se convaincre que dans le coma l'alcalinité du sang est notablement inférieure à la normale.

La preuve directe de l'intoxication acide restait cependant encore à faire. Dans un travail remarquable publié récemment, Magnus-Levy (4) est venu combler cette lacune. Il a eu l'occasion d'observer 6 cas de coma diabétique et d'étudier pour chacun d'eux les conditions d'élimination de l'acide oxybutyrique. La méthode ordinaire de dosage, employée par Wolpe (5), exige beaucoup de temps et ne donne pas de résultats satisfaisants; aussi Magnus-Levy a-t-il dosé séparément les bases et les acides de l'urine et calculé la quantité d'acide oxybutyrique d'après l'excédent des bases. La comparaison des chiffres obtenus de cette façon avec ceux que donne le dosage direct de l'acide par extraction montre que ces derniers sont sensiblement inférieurs; l'écart peut atteindre jusqu'à 30 %, et provient, d'après Magnus-Levy, de la difficulté d'extraire par l'éther les dernières traces d'acide oxybutyrique. Cette méthode a démontré, d'autre part, que l'excédent des bases correspond approximativement au taux de l'ammoniaque contenue dans l'urine, de sorte que, dans la pratique clinique, le dosage de ce dernier corps constitue un procédé commode pour rechercher la présence d'acides organiques.

Parmi les cas de Magnus-Levy, il en est un qui présente un intérêt tout particulier. Il s'agit d'un jeune garçon de treize ans atteint de diabète compliqué d'albuminurie. A deux reprises le malade eut un violent accès de coma diabétique, dont il se remit grâce à l'administration de doses énormes de bicarbonate de soude (plus de 200 grammes par jour, alors qu'en temps ordinaire la dose quotidienne n'était que de 40 grammes). Malgré cela, l'urine conserva constamment sa réaction acide. L'excédent des bases, déterminé dans trois périodes normales de deux à quatre jours chacune, représentait 8 grammes, 9 gr. 50 centigr. et 13 grammes de sodium, correspondant à 35, 42 et 60 grammes d'acide oxybutyrique. Lors de la première attaque de coma, le taux de ce dernier corps s'éleva, grâce à un traitement alcalin énergique, jusqu'à 157 grammes pour vingt-quatre heures, et, dans le second, jusqu'à 112 grammes, tandis que l'élimination de l'ammoniaque restait constante. Pendant les cinq jours que dura la première période de coma, le malade élimina 528 grammes d'acide oxybutyrique, alors qu'il n'en produisait en temps ordinaire, durant le même laps de temps, que de 200 à 250 grammes. Si l'on considère que la théorie n'exige que de 80 à 150 grammes d'acide oxybutyrique pour que les symptômes de l'intoxication acide puissent apparaître dans un organisme de 30 kilogrammes, il faut reconnaître que cette observation fournit la première preuve directe de la présence, chez le diabétique comateux, d'une quantité d'acide suffisante pour provoquer l'intoxication.

Dans un autre cas, terminé par la mort, Magnus-Levy a dosé l'acide oxybutyrique des organes; il a trouvé les chiffres suivants, pour 1,000 grammes d'organe : sang, 2 gr. 20 centigrammes; foie, 1 gr. 50 centigr.; rate, 1 gramme 70 centigr.; muscles, 1 gr. 30 centigr.; contenu de l'estomac, 1 gr. 50 centigr. Ces quantités, obtenues par extraction directe, sont au-dessous de la réalité; elles n'en représentent pas moins plus de 100 grammes d'acide oxybutyrique pour un individu de 45 kilogrammes. On doit tenir compte, en outre, de la part qui revient à l'acide acétylacétique dans la neutralisation des bases de l'organisme. Or, les mêmes organes contenaient de l'acétone au taux de 0 gr. 009 milligr. à 0 gr. 030 milligr. pour 100, ce qui représente de 0 gr. 016 milligr. à 0 gr. 052 milligr. d'acide acétylacétique.

En rapport avec l'accumulation d'acide dans l'organisme, le même auteur a constaté une diminution sensible, pendant le coma, de l'alcalinité du sang, qui était normale quelques jours encore avant l'apparition des accidents toxiques.

Les documents accumulés dans le travail de Magnus-Levy prêtent à la théorie de l'intoxication acide ou « acidose », selon l'expression de Naunyn (1), un appui considérable. La seule question qui se pose encore est de savoir si cette imprégnation de l'organisme par l'acide oxybutyrique se produit dans tous les cas de coma diabétique ou si ce syndrôme ne peut pas être attribué parfois à d'autres causes. S'appuyant sur 26 observations de Naunyn, sur 3 de Stadelmann et sur 14 faits personnels, dans lesquels l'acide oxybutyrique n'a jamais fait défaut, Magnus-Levy estime que ce corps est constant et que le coma diabétique ne reconnaît pas d'autre cause que l'acidose. On a bien, il est vrai, publié des cas de coma diabétique au cours desquels la présence de l'acide oxybutyrique n'a pu être constatée. Pour les uns, comme ceux de Rumpf (2) et de Münzer et Strasser (3), la présence de grandes quantités d'ammoniaque permet de douter du résultat négatif obtenu, la recherche de l'acide oxybutyrique exigeant, en effet, une certaine habitude et beaucoup de soins dans les manipulations. Pour d'autres faits, comme ceux de Kraus (4) et de Lépine (5), Naunyn (6) émet l'opinion que les

(1) Walter. Untersuchungen über die Wirkung der Säuren auf den thierischen Organismus. (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, VII, 2.)

(2) Hallervorden. Ueber Ausscheidung von Ammoniak im Urin bei pathologischen Zuständen. (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, XII, 4.)

(3) Stadelmann. Weitere Beiträge zur Behandlung des Diabetes mellitus und des Coma diabeticum. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, XXXVII, 6.)

(4) Stadelmann. Ueber die Ursachen der pathologischen Ammoniakausscheidung beim Diabetes mellitus und des Coma diabeticum. (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, XVII, 6.)

(5) Külz. Ueber eine neue linksdrehende Säure (Pseudooxybuttersäure). (*Zeitsch. f. Biol.*, XX, p. 165.)

(6) Minkowski. Ueber das Vorkommen von Oxybuttersäure im Harn bei Diabetes mellitus. (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, XVIII, 1-2.)

(1) Minkowski. Ueber den Kohlensäuregehalt des Blutes beim Diabetes mellitus und Coma diabeticum. (*Mittheil. aus der med. Klinik zu Königsberg*, 1888. p. 174.)

(2) Kraus. Die Krankheitsformen des Menschen, in deren Verlauf Säureautointoxication infolge von Anhäufung der β-Oxybuttersäure und der ihr verwandten Verbindungen eintritt, *in* Ergebnisse der allgemeinen pathologischen Morphologie und Physiologie. T. II, p. 615. Wiesbaden, 1895.

(3) Roque, Devic et Hugounenq. Du coma diabétique. (*Rev. de méd.*, déc. 1892.)

(4) Magnus-Levy. Die Oxybuttersäure und ihre Beziehungen zum Coma diabeticum. (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, XLII, 2-3-4.)

(5) Wolpe. Untersuchungen über die Oxybuttersäure des diabetischen Harns. (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, XXI, 2-3.)

(1) Naunyn. Der Diabetes mellitus, p. 179. Vienne, 1898.

(2) Rumpf. Ueber Diabetes mellitus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 et 12 août 1895.)

(3) Münzer et Strasser. Untersuchungen über die Bedeutung der Acetessigsäure für den Diabetes mellitus. (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, XXXII, 5-6.)

(4) Kraus. Ueber die Alkalescenz des Blutes bei Krankheiten. (*Zeitsch. f. Heilkunde*, X, p. 152.)

(5) Lépine. Diabète; accidents attribuables à une autointoxication par les acides formique et oxybutyrique. Infusion alcaline intra-veineuse; coma; mort; autopsie. (*Rev. de méd.*, 1888, p. 1004.)

(6) Naunyn. (*Loc. cit.*, p. 295.)

malades en question n'étaient pas atteints de vrai coma diabétique avec dyspnée caractéristique, hypothèse qui est rendue plus plausible encore par l'existence de convulsions chez ces sujets.

III

Si vraisemblable que soit la théorie de l'acidose, elle n'en a pas moins rencontré des contradicteurs. Klemperer (1), et avec lui von Noorden (2), tout en reconnaissant la réalité de l'acidose, se refusent à considérer ce trouble comme la cause directe du coma. Le diabétique, dit Klemperer (3), ne tombe pas dans le coma parce que son sang a perdu son alcalinité, mais son sang devient acide par le fait du coma. Le même auteur admet comme cause directe du coma la production dans l'organisme d'une toxine encore actuellement inconnue. Les expériences de Roque, Devic et Hugounenq (4) semblent confirmer cette manière de voir. Et de fait, le sérum sanguin, dans le coma diabétique, se distingue par une toxicité très forte, qui diminue sensiblement si l'on ramène le sang à son alcalinité normale par addition de bicarbonate de soude, mais n'en reste cependant pas moins, même alors, très supérieure à la normale.

Il était naturel que l'on cherchât avant tout à déterminer les propriétés toxiques de l'acide oxybutyrique lui-même. Or, tandis que l'acide butyrique normal possède une action toxique nettement accusée, l'acide oxybutyrique s'est montré parfaitement inoffensif, même à des doses relativement énormes. Ainsi, Sternberg (5) a pu administrer chaque jour à un diabétique 10 grammes de ce corps sans le moindre inconvénient (6).

Tout récemment, ce dernier auteur (7) a émis une nouvelle hypothèse sur la cause du coma diabétique, qui résulte pour lui, comme pour Klemperer, d'une intoxication spéciale, distincte des troubles éventuels occasionnés par la neutralisation des bases de l'organisme.

Partant de considérations théoriques générales dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer ici, il suppose que l'acide oxybutyrique, qu'il considère comme un produit de désassimilation des matières protéiques, dérive directement de l'acide amidobutyrique. Jusqu'à présent, personne n'a signalé encore la présence de ce dernier corps dans l'organisme, mais il est certain qu'il peut être transformé *in vitro* en acide oxybutyrique sans aucune difficulté. Sternberg a étudié la toxicité des acides amidobutyriques; il a trouvé que, tandis que l'acide α est inoffensif, l'acide β exerce une action toxique manifeste; l'intoxication est caractérisée, chez le chat et le chien, par un coma avec accélération du pouls et augmentation de l'amplitude des inspirations; une dose de 3 grammes suffit pour tuer un chat de 3 kilogrammes.

La théorie de Sternberg est incontestablement séduisante et paraît au premier abord en harmonie avec les faits. Mais elle admet que l'acide amidobutyrique provient de la désassimilation des matières protéiques; or, comme nous le verrons plus loin, cette hypothèse est en contradiction avec les observations de différents auteurs. Etant donnée la toxicité relativement faible de l'acide amidobutyrique, on devrait d'ailleurs en retrouver des quantités notables soit dans l'urine, soit dans les organes, constatation qui jusqu'ici n'a pas encore été faite. D'autre part, des faits indiscutables expliquent les phénomènes observés d'une façon naturelle, de sorte que, dans l'état actuel de la science, la théorie de l'intoxication acide dans le coma diabétique demeure la plus vraisemblable.

IV

Nos connaissances sur la formation de l'acide oxybutyrique dans l'organisme et sur les conditions qui président à son élimination sont encore très incomplètes. En dehors du diabète, on a rencontré cet acide dans différents états pathologiques accompagnés d'une inanition plus ou moins intense, tels que maladies infectieuses, cachexie cancéreuse, certaines psychoses compliquées d'anorexie, vomissements incoercibles de l'hystérie, ainsi que au cours d'auto-intoxications d'origine gastro-intestinale.

Minkowski (1) a le premier attiré l'attention sur les relations étroites qui existent entre l'acide oxybutyrique, l'acide acétylacétique et l'acétone et il en a conclu à la probabilité d'une cause unique déterminant l'apparition de ces trois corps chez les diabétiques. En effet, par l'oxydation de l'acide oxybutyrique, on obtient de l'acide acétylacétique et de l'eau, et l'acide acétylacétique se décompose facilement en acétone et en acide carbonique.

Von Jaksch (2), par contre, a émis l'hypothèse que l'acétone est produite par la combinaison de l'acide acétylacétique avec l'acide carbonique.

Les recherches de ces dernières années ont fourni différents arguments en faveur de la conception de Minkowski (3). Cet auteur a lui-même observé que si l'on administre à un chien rendu diabétique par l'ablation du pancréas de l'oxybutyrate de soude, l'urine donne nettement la réaction de Gerhardt, ainsi que la réaction de l'acétone. De même, Schwarz (4) a constaté, au cours du diabète pancréatique expérimental, l'apparition d'acétone dans l'urine après administration d'une certaine quantité du composé sodique de l'acide acétylacétique. Enfin, Araki (5) a vu que chez les animaux intoxiqués par l'oxyde de carbone l'injection d'oxybutyrate de soude fait apparaître de l'acétone dans l'urine, phénomène qui fait défaut chez les animaux sains.

La conception primitive, qui faisait dériver l'acétone d'une désassimilation incomplète des hydrates de carbone, est aujourd'hui pour ainsi dire abandonnée, car les observations de Rosenfeld (6), Hirschfeld (7) et Geelmuyden (8) ont démontré que l'acétone apparaît dans l'urine quand on abaisse le taux des hydrates de carbone de l'alimentation au-dessous d'une certaine limite, et qu'il suffit d'augmenter la proportion de ces substances pour voir la quantité d'acétone diminuer progressivement.

La plupart des auteurs s'accordent actuellement à considérer les matières protéiques comme donnant naissance à l'acide oxybutyrique. L'apparition de l'acétone dans l'état d'inanition absolue, de même qu'à la suite d'une alimentation composée exclusivement de matières albuminoïdes, semble, au premier abord, confirmer cette manière de voir. Gerhardt et Schlesinger (1) ont, de plus, trouvé de l'acide oxybutyrique dans l'urine d'un individu sain nourri exclusivement de viande et de graisse. Von Noorden (2) attribue même la formation de l'acétone et de l'acide acétylacétique à la désassimilation des matières albuminoïdes organisées, en mettant l'albumine circulante hors de cause. Dans une série d'observations minutieuses, Hirschfeld (3) s'est élevé contre cette manière de voir, en se basant sur ce fait que l'acétonurie produite par une alimentation insuffisante persiste même quand on met fin à la désassimilation de l'albumine des tissus par l'addition à la nourriture d'une quantité suffisante de graisse. Le cas du diabétique de Weintraud (4), qui, pendant plus d'un an, s'est maintenu en équilibre de nutrition tout en éliminant chaque jour de 2 grammes à 2 gr. 50 centigr. d'acétone et près de 3 grammes d'acide oxybutyrique, ne s'accorde pas non plus avec la théorie de von Noorden. Magnus-Levy (5) cite aussi une observation analogue: il a vu un diabétique qui pendant une période de cent jours a éliminé quotidiennement de 3 à 6 grammes d'acétone, de 4 à 8 grammes d'ammoniaque et de 20 à 33 grammes d'acide oxybutyrique sans entamer sa réserve d'albumine.

Non content de réfuter la manière de voir de von Noorden, Magnus-Levy (6) va plus loin: il considère l'origine protéique de l'acide oxybutyrique comme au moins invraisemblable; il estime qu'il n'était pas possible que les quantités énormes d'acide oxybutyrique trouvées dans le cas précédent provinssent de la désassimilation des matières albuminoïdes. D'après ses calculs, 100 grammes d'albumine pourraient produire tout au plus 100 grammes d'acide oxybutyrique. Or, chez le malade en question, la désassimilation des matières albuminoïdes s'était élevée, pour une période de trois jours, à 117, 95 et 59 grammes, alors que dans le même temps la production d'acide oxybutyrique atteignait respectivement 116, 143 et 83 grammes. En réalité, l'écart est infiniment plus grand, car, dans son calcul, Magnus-Levy admet que tout le carbone de l'albumine non excrété sous forme d'urée ou de matières extractives reparaissait dans l'acide oxybutyrique éliminé.

Geelmuyden (7) a émis une autre hypothèse sur l'origine de l'acétone et de ses congénères. Ayant étudié l'influence des variations de l'alimentation sur la sécrétion de l'acétone, cet auteur conclut que l'acétonurie la plus considérable se produit quand l'alimentation contient la plus forte proportion de matières grasses. Cette observation a été récemment confirmée par Waldvogel (8), mais il est bon d'ajouter que, dans les deux cas, les quantités d'acétone observées ne dépassaient pas quelques décigrammes et pouvaient parfaitement provenir, d'a-

(1) Klemperer. Coma des cancéreux. (*Semaine Médicale*, 1889, p. 372.) — Du coma des diabétiques. (*Semaine Médicale*, 1895, p. 228.)

(2) Von Noorden. Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung, p. 85. Berlin, 1895.

(3) Klemperer. Ueber den Stoffwechsel und das Coma der Krebskranken. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1889, p. 990.)

(4) Roque, Devic et Hugounenq. (*Loc. cit.*)

(5) Sternberg. Zur Kenntniss der Wirkung der Buttersäure und β-Oxybuttersäure. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLII, 2, p. 214.)

(6) Voir aussi: Minkowski. Untersuchungen über den Diabetes mellitus nach Exstirpation des Pankreas. (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, XXXI, 2-3, p. 182.)
Weintraud. Ueber die Ausscheidung von Aceton, Diacetsäure und β-Oxybuttersäure beim Diabetes mellitus. (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, XXXIV, 3-4.)
Waldvogel. Ein Beitrag zur Wirkung der optisch aktiven β-Oyxbuttersäure und ihrer Salze. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 20 août 1898.)

(7) Sternberg. Chemisches und Experimentelles zur Lehre vom Coma diabeticum. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 1-2-3.)

(1) Minkowski. Ueber das Vorkommen von Oxybuttersäure im Harn bei Diabetes mellitus. (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, XVIII, 1-2, p. 41.)

(2) Von Jaksch. Ueber Acetonurie und Diaceturie. Berlin, 1895.

(3) Minkowski. Untersuchungen über den Diabetes mellitus nach Exstirpation des Pankreas. (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, XXXI, 2-3.)

(4) Schwarz. Ueber die Oxydation des Acetons und homologer Ketone der Fettsäurereihe. (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, XL, 3-4.)

(5) Araki. Beiträge zur Kenntniss der β-Oxybuttersäure und ihres Verhaltens im Organismus. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, XVIII, 1.)

(6) Rosenfeld. Zur Diagnose und Therapie der Uratdiathese; vorläufige Mittheilung. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 20 juillet 1895.)

(7) Hirschfeld. Beobachtungen über die Acetonurie und das Coma diabeticum. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXVIII, 1-2.)

(8) Geelmuyden. Ueber Aceton als Stoffwechselproduct. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, XXIII, 4-5.)

(1) Gerhardt et Schlesinger. Ueber die Kalk- und Magnesiaausscheidung beim Diabetes mellitus und ihre Beziehung zur Ausscheidung abnormer Säuren (Acidose). (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, XLII, 1, p. 98.)

(2) Von Noorden. (*Loc. cit.*, p. 82.)

(3) Hirschfeld. (*Loc. cit.*)

(4) Weintraud. (*Loc. cit.*, p. 169.)

(5) Magnus-Levy. (*Loc. cit.*, p. 12.)

(6) Magnus-Levy. (*Loc. cit.*, p. 73.)

(7) Geelmuyden. (*Loc. cit.*, p. 431.)

(8) Waldvogel. Zur Lehre von der Acetonurie. (*Zeitsch f. klin. Med.*, XXXVIII, 4-5-6.)

près Geelmuyden lui-même (1), de l'acide butyrique du beurre absorbé. Pour les quantités d'acide oxybutyrique produites dans le coma, il est difficile de se représenter un processus chimique qui n'exigerait pas la destruction de quantités énormes de graisse. On se trouve ainsi ramené forcément à admettre une synthèse de l'acide oxybutyrique dans l'organisme, sans qu'il soit possible de préciser quoi que ce soit quant aux réactions en jeu.

V

Le traitement alcalin du coma diabétique est la conséquence logique de la découverte de Stadelmann. Aussi cet auteur n'a-t-il pas hésité à recommander l'emploi du bicarbonate de soude à hautes doses pour combattre l'intoxication acide dans le diabète. Malheureusement, les résultats n'ont pas répondu aux espérances que l'on se croyait en droit de fonder sur ce mode de traitement, et les nombreux insuccès enregistrés sont un argument essentiel des adversaires de la théorie de l'acidose.

Avant de rechercher les causes de ces échecs, nous examinerons rapidement la casuistique du traitement alcalin. Deux statistiques, réunissant les cas consignés dans la littérature, ont été publiées dans le courant de 1899 : la première appartient à Roget et Balvay (2) ; la seconde, plus complète, est de Weber (3) et repose sur 31 cas. Si l'on y ajoute les observations signalées depuis cette dernière, on arrive à un total de 36 faits. Il faut en défalquer 8 (comprenant 2 succès, 2 améliorations temporaires et 4 insuccès), dans lesquels des injections intraveineuses de sérum physiologique ont remplacé le traitement alcalin. Les succès sont dus l'un à Oliver (4), l'autre à Roget et Balvay. Dans ce dernier fait, que Magnus-Levy ne reconnaît pas comme vrai coma dyspnéique de Kussmaul, les auteurs ont injecté en sept fois 8 litres et demi de sérum : amélioration sensible après la troisième injection ; après la cinquième, le malade absorbe en dix-huit heures dix bouteilles d'eau alcaline.

Sur les 28 cas restants, on compte 7 succès, 7 améliorations temporaires et 14 insuccès. Les succès sont représentés par un cas de Minkowski (5), deux de Naunyn (6), un de Chauffard (7), un de Lépine (8), un de Zinn (9) et un de Magnus-Levy (10).

Si l'on tient compte qu'en présence du coma diabétique le médecin se trouve désarmé, on est obligé de convenir que ces résultats sont satisfaisants. D'autant que nous trouvons, parmi les insuccès, des faits où le traitement alcalin a été notoirement insuffisant ; que signifient, en effet, quelques grammes de bicarbonate de soude en présence des quantités d'acide oxybutyrique dont Magnus-Levy a révélé l'existence ? Dans d'autres cas suivis d'amélioration temporaire, on ne peut que regretter que le traitement ait été interrompu et qu'on ait attendu une rechute pour recourir de nouveau, mais trop tard, à l'administration des alcalins.

L'efficacité du traitement dépend aussi beaucoup du moment auquel il est appliqué. Chez presque tous les malades qui ont guéri, l'administration du bicarbonate a commencé dès le début des accidents comateux, tandis que la méthode est restée généralement sans effet lorsqu'elle n'est intervenue qu'au moment où le coma était arrivé à son apogée ; le sujet étant alors dans l'impossibilité d'avaler, l'administration de fortes doses de bicarbonate devient extrêmement difficile par la voie gastrique ; en injections intraveineuses, on ne peut jamais dépasser une certaine limite, l'injection de un litre et demi d'une solution de bicarbonate de soude à 3 % présentant déjà des difficultés, d'après Magnus-Levy. A cela il faut ajouter l'hypothèse, émise par Minkowski et soutenue par Naunyn, d'une lésion profonde des éléments nerveux par l'acide accumulé dans les tissus, lésion qu'une neutralisation tardive de cet acide ne saurait réparer.

La conclusion pratique de ces faits, c'est qu'il ne faut pas attendre l'explosion des accidents comateux pour administrer les alcalins, et que, dès que l'état général du malade ou l'examen des urines révèlent l'imminence du coma, on doit chercher à prévenir cet accident par l'administration de fortes doses (30 à 40 grammes par jour) de bicarbonate de soude. Le titrage de l'ammoniaque dans l'urine, opération facile, même dans le laboratoire le plus modeste, fournit un indice certain, qui permet, suivant les cas, de modérer ou d'accentuer le traitement alcalin. Ce traitement ne guérit pas, il est vrai, la maladie, mais il peut, comme les observations de Naunyn et de Lépine en font foi, prolonger notablement la vie du malade.

A. JAQUET,
Professeur à la Faculté de médecine de Bâle.

(1) GEELMUYDEN. Acetonurie bei Phloridzinvergiftung. (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, T. XXVI, p. 381.)

(2) ROGET et BALVAY. Guérison d'un cas de coma diabétique par des injections massives de sérum artificiel. (*Lyon méd.*, 8, 15 et 29 janv. 1899.)

(3) WEBER. Kritisches Referat über die Behandlung des Coma diabeticum durch subkutane und intravenöse Infusionen. (*Zeitsch. f. diät. u. physikal. Therapie*, III, 1.)

(4) OLIVER. Diabetic coma successfully treated by saline transfusion ; no relapse four weeks afterwards. (*Lancet*, 13 août 1898.)

(5) MINKOWSKI. Ueber den Kohlensäuregehalt des Blutes beim Diabetes mellitus und das Coma diabeticum. (*Mittheil. aus der med. Klinik zu Königsberg*, 1888, p. 185.)

(6) NAUNYN. (*Loc. cit.*, p. 306.) — Voir aussi MAGNUS-LEVY. (*Loc. cit.*, p. 62, note 5.)

(7) CHAUFFARD. Les petits accidents nerveux du diabète sucré. (*Semaine Médicale*, 1893, p. 69.)

(8) LÉPINE. Traitement du coma diabétique. (*Lyon méd.*, 11 avril 1897.) — Bons effets d'une infusion bicarbonatée dans un cas de diabète grave en imminence de coma. (*Lyon méd.*, 31 juillet 1898.)

(9) ZINN, *in* Charite-Annalen (séance du 28 juillet 1898).

(10) MAGNUS-LEVY. (*Loc. cit.*, p. 32.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mai 1900.

Sur l'hématolysine humaine.

M. Metchnikoff. — Une chèvre à laquelle nous avons injecté à plusieurs reprises du sang humain défibriné fournit un sérum qui dissout rapidement les globules rouges du sang humain.

J'ai injecté ce sérum hémolytique, avec l'autorisation de M. Hallopeau, à plusieurs lépreux de son service qui avaient consenti à se soumettre à ces expériences. Nous avons commencé nos essais avec une très grande prudence.

A la suite de chaque injection de sérum hémolytique, il se manifesta une certaine augmentation des hématies et de l'hémoglobine, augmentation qui se maintint pendant plusieurs jours et s'accentua après des injections répétées de doses croissantes.

Les injections étaient bien supportées par les malades sans qu'il en résultât de complication ou d'inconvénient.

Lorsque, après plus de deux mois de recherches, nous avons pu nous rendre compte des propriétés stimulantes de nos sérums hémolytiques et de leur innocuité, nous nous sommes décidés à faire une expérience décisive sur deux autres lépreux.

Le premier reçut une injection d'un demi-centimètre cube de sérum très hémolytique de la chèvre préparée, et l'autre 5 c.c. du même sérum. Les deux injections ont provoqué une augmentation du nombre des globules rouges et du taux de l'hémoglobine, mais à un degré différent. Tandis que chez le premier lépreux cette période de suractivité hématopoiétique se maintint pendant quelques jours seulement, chez le second elle dura trois semaines au moins.

Lorsque, quinze jours après l'injection, le taux des hématies et de l'hémoglobine fut descendu chez le premier lépreux à sa valeur normale, nous lui fîmes une seconde injection avec 3 c.c. du sérum de la chèvre préparée. Les hématies remontèrent de nouveau ainsi que l'hémoglobine.

Le second malade reçut au bout de trois semaines une seconde injection de 8 c.c. du même sérum, ce qui amena une nouvelle augmentation de l'hématopoïèse.

Nos lépreux non seulement n'éprouvèrent aucun mal après leurs injections, mais encore ils affirmèrent se sentir mieux, surtout au point de vue des douleurs névralgiques.

On peut donc considérer comme acquis dès à présent que le sérum hémolytique, injecté à l'homme à faibles doses progressivement croissantes, est capable de stimuler l'hématopoïèse d'une façon notable et prolongée.

Ce résultat, d'après tout ce que nous savons sur les poisons cellulaires artificiels, doit être considéré non comme un fait de hasard ou d'exception, mais bien comme un exemple d'une loi générale de l'action stimulante des toxines cellulaires sur les éléments correspondants.

Sur deux cas d'irréductibilité de l'utérus gravide en rétroversion.

M. Pinard lit, à l'occasion de deux cas d'irréductibilité de l'utérus gravide traités au moyen de la laparotomie par M. Mouchet (de Sens) et suivis d'accouchements à terme (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 149), un rapport dans lequel, après avoir établi que l'irréductibilité de l'utérus est habituellement due à des adhérences ou à des tumeurs des annexes, il montre que le traitement de cette affection peut être formulé à l'heure actuelle de la façon suivante :

Au début, provoquer la libre évacuation de la vessie et du rectum ; le plus souvent la réduction se produira spontanément.

La rétroversion persistant, pratiquer la réduction manuelle par le vagin avec ou sans anesthésie. Si l'on échoue, l'introduction d'un ballon gonflé et laissé à demeure dans le rectum est la seule intervention instrumentale qui doive être tentée.

La rétroversion se montrant irréductible, il faut avoir recours à la laparotomie ou à la cœliotomie qui permettra de détruire les adhérences et de pratiquer la réduction directe. S'il existait des signes appréciables de gangrène de la muqueuse vésicale, il faudrait pratiquer ensuite la taille vaginale.

Des opérations sur l'orbite par la voie temporale.

M. Valude. — J'ai eu l'occasion d'intervenir trois fois sur l'orbite par la voie temporale (méthode de Krönlein). Cette opération, qui jusqu'à présent n'avait pas encore été pratiquée en France, a pour but d'aller à la recherche des néoplasmes de l'orbite en laissant en place le globe oculaire. Voici en quoi elle consiste : une incision courbe à convexité antérieure, comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, est conduite en suivant à peu près les contours de la fosse temporale. A sa partie antérieure, qui forme la convexité du lambeau, l'incision doit être tangente au bord externe de l'orbite qui est mis à nu, puis elle s'infléchit en arrière en suivant l'arcade zygomatique.

L'incision du lambeau achevée, on glisse dans l'orbite un détache-tendon plat, entre l'os et le périoste, de façon à isoler celui-ci sur toute l'étendue de la paroi externe de l'orbite. Le troisième temps consiste à mobiliser l'os malaire. Pour cela, on pratique deux incisions qui se rejoignent dans la fente sphéno-maxillaire en circonscrivant un triangle osseux adhérent au lambeau cutané.

Ce triangle osseux détaché est luxé en dehors, récliné avec un écarteur, et, dès lors, le fond de la cavité orbitaire est largement accessible.

L'ablation du néoplasme terminée, le lambeau osseux est rabattu à sa place, où il est suffisamment fixé par les points de suture de la peau. La guérison est très rapide.

M. Tuffier montre plusieurs malades qu'il a opérés sous anesthésie médullaire chirurgicale (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 167-169).

M. Suarez de Mendoza lit une note sur un nouveau procédé d'ouverture totale ou partielle des cavités de l'oreille moyenne.

M. de Lamallerée (de Varennes) donne lecture d'un travail dans lequel il préconise les inhalations d'aldéhyde formique comme moyen curatif et prophylactique de la grippe.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 mai 1900.

Statique minérale du fœtus humain, pendant les cinq derniers mois de la grossesse.

M. Hugounenq. — L'analyse chimique des cendres provenant de la combustion de sept fœtus ayant dépassé le quatrième mois de leur vie intra-utérine m'a permis de compléter les résultats que j'ai déjà communiqués sur la statique minérale du fœtus humain (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 157 et 203, et 1900, p. 123). Voici les conclusions générales auxquelles je suis arrivé :

L'assimilation du chlorure de sodium, très active au début et à la période moyenne de la grossesse, se ralentit à la fin. La fixation de l'acide phosphorique ne subit pas de grandes variations pendant la seconde moitié de la gestation; cependant elle augmente un peu. Par contre, la proportion de chaux s'accroît d'une façon considérable pendant les derniers mois.

En somme, la composition des cendres restant à peu près constante depuis le début du quatrième mois jusqu'au terme de la grossesse, on peut dire que la cellule d'un fœtus de quatre mois a les mêmes besoins nutritifs que la cellule d'un enfant à terme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 mai 1900.

De l'asepsie opératoire.

M. Rochard. — M. Quénu, partant de ce principe que l'on ne peut stériliser ses mains, exige que l'on pratique toute opération avec des gants. Je me demande s'il n'y a pas là quelque exagération, car il est certainement beaucoup de cas dans lesquels les gants sont bien gênants, lorsqu'on a, par exemple, besoin d'un toucher délicat.

Pour ma part, je ne vois pas que l'usage des gants de caoutchouc soit indispensable pour les opérations aseptiques; je les réserve seulement pour les opérations septiques.

M. Terrier. — Depuis longtemps je me suis efforcé de restreindre l'emploi des antiseptiques et d'étendre en revanche l'usage de l'asepsie. Pour le lavage des mains, je crois à l'insuffisance de la désinfection par les antiseptiques, lorsque les mains ont été infectées dans une autopsie ou au cours d'une intervention septique. Les expériences faites à ce point de vue sur les lapins ne sont pas tout à fait démonstratives, attendu que le péritoine ne réagit pas de la même façon chez tous les animaux; elles auraient peut-être plus de valeur si elles avaient été pratiquées sur le péritoine du cheval.

J'ai fait à plusieurs reprises avec M. Morax des recherches qui ont bien démontré qu'il n'est guère possible de conserver des mains aseptiques jusqu'à la fin de l'opération; à plus forte raison, je ne puis guère avoir confiance dans le lavage des mains après qu'elles ont été infectées.

Je ne vois pas l'utilité de l'emploi des gants de fil dans les opérations aseptiques; ces gants ne peuvent que faciliter le séjour des germes au niveau des mains, tout en gênant plus ou moins l'acte opératoire.

Résultats éloignés et technique de la gastrostomie.

M. Monod. — Dans une de nos dernières séances (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 172), M. Segond nous a entretenus d'une malade chez laquelle il a pratiqué la gastrostomie depuis plus de quinze ans.

Je pourrais vous présenter à mon tour un sujet que j'ai gastrotomisé il y a neuf ans, et qui n'a jamais présenté le moindre écoulement de suc gastrique. Je me suis borné, dans ce cas, à faire sur l'estomac une toute petite ouverture avec un trocart, sans me préoccuper de suturer la muqueuse à la peau.

M. Quénu. — Je ne crois pas que le fait de suturer la muqueuse à la peau nécessite une ouverture beaucoup plus grande que la ponction avec un trocart; d'ordinaire, en effet, je fais l'incision de l'estomac avec un ténotome, et je réunis ensuite la muqueuse à la peau.

Il y a avantage à produire une sorte de rétrécissement de la portion de l'estomac attirée à travers la paroi, de façon à obtenir pour ainsi dire un petit œsophage intrapariétal.

M. Poirier. — Depuis ma dernière communication, j'ai pu appliquer sur deux malades de M. Gérard-Marchant le procédé de gastrostomie que j'ai décrit devant vous; l'opération a été exécutée en douze minutes dans un cas, en quatorze dans l'autre, et les deux opérés vont très bien.

Traitement de la tuberculose rénale.

M. Tuffier. — J'ai pratiqué ma première néphrectomie pour tuberculose rénale il y a neuf ans et demi. Je suis devenu depuis de plus en plus interventionniste, en présence des résultats que j'ai obtenus chez mes malades; mais je n'opère pas d'une façon systématique tous les cas qui se présentent.

En ce qui concerne le diagnostic de la tuberculose rénale, je ne crois pas qu'il soit toujours nécessaire d'employer le cathétérisme urétéral pour déterminer la valeur du rein opposé à celui sur lequel on songe à pratiquer la néphrectomie. Pour connaître exactement l'état de ce rein, il faudrait recueillir l'urine de vingt-quatre heures; or, il est certain que le séjour d'une sonde dans l'uretère pendant un tel laps de temps n'irait pas sans inconvénient. D'autre part, il suffit, dans beaucoup de cas, d'avoir constaté à diverses reprises que l'urine est normale pour être fixé sur le point en question. D'une façon générale, on peut donc dire que le nombre des faits dans lesquels le cathétérisme urétéral devient nécessaire est relativement restreint, étant donné que ce mode d'exploration ne peut pas être considéré comme tout à fait anodin.

Dans le cas de pyonéphrose tuberculeuse, je commence par faire la néphrotomie quand l'état général est trop mauvais, me réservant de pratiquer ensuite la néphrectomie secondaire. J'ai fait 9 néphrectomies pour tuberculose rénale, et tous mes malades ont parfaitement guéri.

Pour ce qui regarde l'uretère, je ne pense pas qu'il faille faire dans tous les cas l'urétérectomie totale. C'est seulement lorsque ce conduit est dilaté que j'en pratique l'ablation aussi complètement que possible.

Kystes ovariens et fibromes utérins.

M. Monod. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur deux observations qui nous ont été envoyées par M. Girou (d'Aurillac). Je ne ferai que mentionner la première de ces observations, qui concerne un cas de corps étranger du vagin. Quant à la deuxième, elle a trait à un fait de kyste volumineux du ligament large coïncidant avec un fibrome utérin pédiculé, traité avec succès par l'ablation des deux tumeurs. Je vous rappelle les craintes exprimées il y a quelques années par différents chirurgiens au sujet des dangers de ces doubles opérations pour fibromes utérins et tumeurs ovariennes ou para-ovariennes. Devant la bénignité actuelle de l'hystérectomie abdominale, surtout lorsqu'on conserve le col utérin, je pense que ces craintes n'ont plus de raisons d'être. Pour ma part, je suis intervenu 3 fois, sans aucun incident, dans des conditions analogues.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 mai 1900.

Sur la cirrhose biliaire hypersplénomégalique.

M. Gilbert. — La communication faite au cours de la dernière séance par M. Chauffard m'engage à résumer, en mon nom et au nom de M. Fournier, l'état actuel de nos connaissances sur une forme anatomo-clinique essentiellement caractérisée par un ictère chronique et une hypertrophie splénique considérable, le foie n'étant lui-même que peu, parfois même très peu développé. Il s'agit là d'une *cirrhose biliaire hypersplénomégalique*, affection dont nous avons, dès 1895, entrepris l'étude et sur laquelle nous sommes revenus à plusieurs reprises.

Antérieurement à nos recherches, divers auteurs avaient publié des faits qui peuvent être rapprochés de ceux que nous avons en vue. Hanot, qui apporta la première lumière dans ce groupe confus des cirrhoses biliaires, ne vise nullement cette forme particulière à apparences splénopathiques; il suffit, pour s'en convaincre, de lire les tableaux symptomatiques qu'il donne dans sa thèse et dans sa monographie de 1892, et dans lesquels il n'est pas fait mention de la rate; il n'établit, en outre, le diagnostic de sa cirrhose d'avec aucune affection splénique proprement dite, telle que la maladie de Banti. C'est que si, dans la cirrhose biliaire hypersplénomégalique, l'hypertrophie de la rate et l'ictère représentent les deux principales manifestations cliniques, dans la maladie de Hanot, au contraire, c'est à l'hypertrophie hépatique et à l'ictère que reviennent les premières places dans la hiérarchie des symptômes.

Plusieurs observateurs ont, dans ces derniers temps, abordé à des points de vue nouveaux l'étude des cirrhoses biliaires hypertrophiques. Tels sont Popov, Kirikov, Boix, Boinet, Chauffard, qui attribuent aux lésions spléniques et ganglionnaires la prédominance ou l'antériorité sur les lésions cirrhotiques du foie. D'autre part, MM. Hayem et Lévy ont isolé récemment un type clinique d'ictère infectieux chronique splénomégalique à poussées paroxystiques. Enfin il convient encore de citer l'observation relatée il y a quelques semaines par MM. Landrieux et Milian (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 124).

La cirrhose biliaire hypersplénomégalique nous semble d'une fréquence à peu près égale à celle de la maladie de Hanot. Le jeune âge, l'enfance et l'adolescence sont des conditions favorables à son développement, mais elle peut se rencontrer à une période plus avancée de la vie. L'influence prédisposante du sexe est peu marquée. On ne trouve de rapports étiologiques ni avec les grandes infections aiguës ou chroniques (tuberculose, syphilis, paludisme), ni avec les intoxications les plus communes (alcoolisme). Des troubles digestifs intenses et prolongés semblent avoir été dans plusieurs cas les seules causes occasionnelles de la maladie.

Le début est habituellement très obscur; on peut cependant, selon la nature des accidents qui ouvrent la scène, admettre trois modalités différentes :

1° *Début gastro-intestinal :* anorexie, vomissements, diarrhée, avec ou sans douleurs abdominales diffuses, et précédant de plus ou moins longtemps les signes hépato-biliaires;

2° *Début hépato-biliaire :* ictère d'abord léger, puis s'accentuant progressivement, sensations douloureuses dans l'hypocondre droit, hypertrophie hépatique bientôt appréciable. Quelquefois c'est une véritable poussée angiocholitique aiguë avec accès fébriles plus ou moins intenses qui marque la première phase de la maladie;

3° *Début splénique :* sensations douloureuses dans la région splénique et hypertrophie de la rate semblant précéder les phénomènes hépatiques. Il faut admettre ici, non que la cirrhose hépatique procède d'une splénopathie, mais simplement que les premiers symptômes ont eu pour siège la rate et la région splénique.

L'affection arrive lentement à sa période d'état. Elle est alors essentiellement caractérisée par un ictère persistant et une énorme tuméfaction splénique.

L'inspection révèle une déformation considérable de la partie supérieure de l'abdomen, portant principalement sur le côté gauche (ventre splénique). La palpation et la percussion permettent de délimiter une énorme masse dure et lisse, occupant tout l'hypocondre et le flanc gauches et s'avançant jusqu'au delà de la ligne médiane dans la région ombilicale. La rate est parfois indolore; dans d'autres cas il existe des douleurs plus ou moins intenses survenant par poussées (crises splénalgiques).

Le foie, relativement peu hypertrophié, ne dépasse les fausses côtes droites que de deux ou trois travers de doigt; il paraît lisse, uni, ferme. Tantôt il est indolent, même à la pression, tantôt il est le siège de douleurs plus ou moins vives, survenant quelquefois par crises (crises hépatalgiques).

La disproportion entre le volume du foie et celui de la rate donne à l'affection un aspect particulier.

Les troubles fonctionnels du foie sont constitués dans les premières phases de la maladie par une exagération (hyperhépatie), quelquefois par une viciation (parhépatie) du fonction-

nement normal. A une époque tardive apparaissent les phénomènes d'anhépatie.

L'ictère, qui est constant, dénote l'hyperhépatie biligénique. La glycogénie et l'uréogénie sont assez variables et peuvent se montrer exagérées. Les urines, de quantité ordinairement normale, ne contiennent, à côté des pigments biliaires normaux ou modifiés, ni sucre ni albumine.

On observe, en outre, du côté des divers organes et appareils, toute une série de troubles d'ordre secondaire, analogues pour une grande part à ceux que produisent tous les ictères chroniques.

L'absence d'ascite et celle de circulation collatérale sont deux symptômes négatifs très importants.

Des déformations des doigts et de certaines articulations (poignet, genou, cou-de-pied, etc.) surviennent fréquemment. Enfin, le développement général des malades est souvent arrêté lorsque l'affection les atteint assez jeunes; la puberté avorte : ils restent grêles, chétifs, infantiles.

Par son évolution et sa durée, comme par la nature de ses lésions, la cirrhose biliaire hypersplénomégalique se rapproche des autres modalités de cirrhoses biliaires. Au point de vue pathogénique, elle paraît être, comme celles-ci, le résultat d'une infection ascendante des voies biliaires par des germes venus de l'intestin.

Quelques auteurs pensent toutefois qu'il peut s'agir ici d'une maladie frappant d'abord la rate et les ganglions, et gagnant secondairement le foie; la veine splénique serait donc la voie d'apport principale de l'agent pathogène dans le foie. On conçoit facilement qu'une splénopathie puisse déterminer une cirrhose veineuse — et il en est ainsi dans la maladie de Banti —, mais non une cirrhose biliaire. Enfin, la théorie splénique n'apporte aucune lumière sur la question de la nature même de la maladie.

Le début franchement hépatique dans un assez grand nombre de cas, l'existence de poussées aiguës — véritables poussées angiocholitiques — et la systématisation des lésions plaident fortement en faveur de la théorie de l'origine biliaire. La nature infectieuse de la maladie est démontrée par les deux faits que j'ai observés, seul ou avec MM. Castaigne et Lereboullet, et dans lesquels nous avons trouvé, du vivant des malades, des microorganismes dans le foie et la rate.

Cette conception pathogénique paraît applicable aux autres modalités de cirrhoses biliaires. De sorte que, dépendant d'un même processus pathogénique, ces cirrhoses réaliseraient un des trois types hépatique, hypersplénomégalique, microsplénique, et cela uniquement sous l'influence du terrain lui-même, et pour une certaine part d'après l'âge des malades. Ces types sont d'ailleurs réunis par des faits intermédiaires et constituent ainsi une chaîne ininterrompue.

Cette classification des cirrhoses biliaires s'appuie sur l'observation des faits; elle permet au médecin de classer les cas cliniques et de poser un diagnostic. M. Chauffard la critique et préfère à une classification « pondérale » une classification « chronologique ». Malheureusement, ce qui souvent est le plus obscur dans les cirrhoses biliaires, c'est justement la chronologie des symptômes; la classification de M. Chauffard préjuge, en outre, de la chronologie des lésions hépatiques et spléniques et du mécanisme pathogénique, deux points très discutés.

En résumé, nous croyons qu'il convient de placer dans le groupe des cirrhoses biliaires, à côté du type décrit par Hanot, une modalité caractérisée essentiellement par de l'ictère chronique, de l'hypersplénomégalie et une faible hypertrophie du foie. Il ne s'agit point ici, selon nous, d'une splénopathie primitive mais d'une hépatosplénopathie, consécutive sans doute à une infection ascendante des voies biliaires.

Cette affection diffère des cirrhoses hépatiques d'origine splénique, telles que la maladie de Banti, par l'absence dans son évolution d'une première phase purement splénique, par l'importance des phénomènes hépato-biliaires et par la systématisation des lésions qui réalisent ici une cirrhose biliaire, et non une cirrhose veineuse. Elle s'éloigne essentiellement du type de Hanot par l'énorme disproportion qui existe entre le volume de la rate et celui du foie, et par l'aspect splénopathique qu'elle revêt. Mais elle s'en rapproche par l'analogie de la systématisation des lésions et par le mécanisme même de leur production. Les différences entre ces deux types voisins seraient seulement une affaire de terrain.

M. Chauffard. — Je crois, malgré ce que vient de dire M. Gilbert, que c'est aller contre les faits que de ne pas admettre l'antériorité de la lésion splénique dans certaines formes de cirrhoses biliaires. En effet, il n'y a pas seulement, dans certains cas, disproportion énorme entre le volume de la rate et celui du foie, mais bien absence au moins apparente de toute lésion hépatique. Je suis, par contre, d'accord avec M. Gilbert lorsqu'il dit que c'est à une infection intestinale qu'il faut faire remonter l'origine des cirrhoses biliaires splénomégaliques. J'ai soutenu l'antériorité chronologique de la lésion splénique sur la lésion hépatique, mais je n'ai pas été au delà, et il n'a jamais été dans ma pensée de considérer la lésion de la rate comme protopathique.

Un cas de méningite cérébro-spinale à Constantine.

M. Netter communique, au nom de M. Billet (médecin militaire), l'observation d'un soldat qui a été atteint d'une méningite cérébro-spinale dont l'évolution a été interrompue par plusieurs rémissions, et qui s'est terminée par la mort au bout de soixante jours. L'examen répété du sang a montré une leucocytose abondante et le microscope a permis de déceler le *diplococcus intracellularis* de Weichselbaum. Ce fait de méningite cérébro-spinale est resté isolé dans la garnison, mais il paraît y avoir eu d'autres cas chez les enfants de la population civile de Constantine.

L'orateur fait remarquer à propos de cette observation que la méningite cérébro-spinale, qui existe à Paris depuis 1898, a été constatée dans plusieurs localités, notamment à Marseille, à Dreux, à Angers, etc. Il insiste, en outre, sur la grande fréquence du signe de Kernig au cours de cette maladie. Sur 79 méningites de toutes natures (épidémiques, secondaires, tuberculeuses), il l'a noté 66 fois, soit dans 83.5 % des cas.

M. Netter a pu, en outre, constater le signe de Kernig dès le premier jour d'apparition de la méningite, chez deux malades atteints, l'un de scarlatine avec otite, l'autre de pneumonie. Dans ces deux faits, la ponction lombaire faite immédiatement a donné un liquide renfermant le streptocoque et le pneumocoque. Dans deux autres cas où l'on pouvait croire à une méningite et dans lesquels le signe de Kernig manquait, l'autopsie a prouvé qu'il s'agissait d'une thrombose des sinus.

De l'emploi de la levure de bière comme agent de désinfection gastro-intestinale.

M. Faisans déclare, à propos des observations présentées au cours de la dernière séance par M. Marie, que la levure de bière ne lui a pas paru exercer d'action curative sur la pneumonie. Par contre, il lui a semblé que ce médicament, administré à la dose de 3 ou 4 cuillerées à café par jour, abrégeait la durée de la grippe et modifiait surtout très avantageusement la marche de la fièvre typhoïde. La levure de bière constitue, d'après l'orateur, un excellent agent de désinfection gastro-intestinale, appelé à rendre des services dans un certain nombre de maladies infectieuses.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 mai 1900.

Action globulicide des silicates alcalins.

M. Hedon. — J'ai pu m'assurer récemment que les silicates de soude et de potasse en solution aqueuse détruisent les globules rouges quel que soit le degré de concentration de la solution.

J'ai constaté d'autre part qu'en solutions isotoniques de chlorure de sodium, les silicates détruisent encore les hématies, et que la résistance de celles-ci n'est que faiblement accrue.

Les silicates alcalins doivent donc être comptés parmi les substances globulicides les plus énergiques, bien que leur action demande un temps assez long pour se manifester, ce qui tient, sans doute, à la lenteur avec laquelle ils pénètrent dans le stroma globulaire.

Influence de l'électricité statique sur l'organisme à l'état normal.

M. Yvon. — J'ai entrepris, au cours de l'année dernière, un certain nombre d'expériences pour étudier l'influence du bain statique sur l'organisme normal.

De nombreuses déterminations relatives à l'élimination de l'urée et de l'acide phosphorique et aux modifications de la respiration, de la circulation et de la température du corps me permettent de conclure que l'action physiologique de l'électricité statique sur l'organisme est fort peu accentuée, si toutefois elle existe. Ces expériences confirment celles de Duchenne (de Boulogne), lesquelles amenèrent cet auteur, dès 1855, à nier cette action.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 23 mai 1900.

Traitement de la maladie de Basedow.

M. G. Klemperer. — On tend aujourd'hui à considérer la maladie de Basedow comme justifiant une intervention opératoire. Or, sur 177 cas de cette affection traités chirurgicalement jusqu'ici, on compte 102 guérisons et 24 décès, soit une mortalité de 13.5 %, ce qui est une proportion assez élevée. Selon moi, c'est au médecin qu'il appartient de traiter la grande majorité des cas de goitre exophtalmique, et cela par la suralimentation, par les pratiques hydrothérapiques et par la faradisation des parties latérales du cou au moyen de courants de faible intensité. Dans quelques cas, l'iodure de sodium et les tablettes de thyroïdine peuvent rendre également des services.

M. Ewald croit qu'aux moyens proposés par M. Klemperer il convient d'ajouter la cure d'altitude.

M. Senator conseille l'emploi des préparations arsenicales chez les basedowiens.

M. Oppenheim estime que la thyroïdine est nuisible à ces malades.

M. Karewski déclare avoir opéré quatre sujets atteints de goitre exophtalmique : trois ont guéri et le quatrième est seulement amélioré.

Chez l'un de ces patients, l'extirpation du lobe droit hypertrophié de la thyroïde fut suivie du développement d'un goitre dans le lobe gauche; mais jusqu'à présent les symptômes de la maladie de Basedow n'ont pas reparu.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 21 mai 1900.

A quoi peut être attribuée la réaction colorante des bacilles de la tuberculose?

M. Helbing. — Ayant eu l'occasion d'examiner un fragment d'épiploon réséqué au cours d'une opération de pérityphlite, j'y constatai un tissu de granulation semblable à celui des proliférations tuberculeuses et même quelques nodules typiques; par contre, je ne trouvai aucun bacille de la tuberculose, car les éléments qui se colorèrent sous l'influence de la fuchsine phéniquée étaient, non pas des bacilles de Koch, mais des œufs de tænia ou des produits de décomposition de ces œufs.

Il est très étrange que des éléments aussi différents que les œufs de tænia et les bacilles de la tuberculose possèdent les mêmes réactions colorantes. On sait que ces bacilles prennent difficilement les couleurs basiques d'aniline, mais qu'une fois colorés ils les retiennent fortement et opposent une grande résistance aux acides. Ces propriétés ont été attribuées à la présence de quantités considérables de matières grasses; mais cette opinion ne peut plus être soutenue depuis que l'on a démontré que d'autres

microbes également riches en graisses ne possèdent ni les mêmes réactions colorantes ni la même résistance aux acides que les bacilles de la tuberculose.

Pour expliquer le fait que j'ai observé, il faut admettre ou bien que les œufs de tænia et les bacilles de la tuberculose contiennent des éléments chimiques analogues, ou bien que des composés différents au point de vue chimique peuvent présenter les mêmes réactions colorantes.

Or, on sait que la coque des œufs de tænia est formée de chitine. Ce corps est absolument insoluble dans les alcalis et dans les acides minéraux dilués; quand on le dissout dans des acides minéraux concentrés et qu'on ajoute de l'eau chaude, on obtient une masse gélatinoïde. Comme il est invraisemblable que des corps chimiques différents possèdent les mêmes réactions, je suis plutôt disposé à admettre qu'il existe dans les bacilles de la tuberculose des substances voisines du groupe des chitines, et que c'est à ces substances que ces bacilles doivent leur mode spécial de colorabilité et leur résistance aux acides.

Intoxication expérimentale par la phénylhydrazine.

M. Kaminer relate le résultat de ses recherches sur l'intoxication expérimentale par la phénylhydrazine. L'injection sous-cutanée de 0 gr. 15 centigr. d'une solution aqueuse de chlorhydrate de phénylhydrazine produit une néphrite aiguë; dans un cas il a vu ce corps déterminer une pneumonie fibrineuse. Les altérations du sang dans cette intoxication offrent, ainsi que le prouvent les préparations qu'il montre, la plus grande analogie avec celles que l'on observe dans l'anémie pernicieuse, la poikylocytose en moins.

M. A. Fränkel. — Ces altérations sanguines n'ont rien de spécifique, car on peut les produire avec n'importe quel poison du sang.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 26 mai 1900.

Sur deux cas de perforation de l'intestin.

Dans l'avant-dernière séance de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. J. Schnitzler** a présenté un homme qui, en tombant, reçut sur l'abdomen un fardeau qu'il portait. A la suite de cet accident, il vomit une seule fois; mais il conserva une douleur très vive avec empâtement au niveau de la moitié inférieure de la région abdominale. Une laparotomie, pratiquée au bout de vingt-quatre heures, permit de constater la présence, dans la cavité abdominale, d'un liquide purulent mêlé de matières fécales; l'intestin grêle était couvert de pus et de dépôts fibrineux et présentait, vers le milieu de sa longueur, une perforation ayant les dimensions d'un haricot. Les lèvres de la plaie intestinale ayant été suturées, la cavité abdominale fut lavée avec une solution d'eau salée tiède, puis tamponnée et drainée. La guérison est aujourd'hui complète.

L'orateur insiste sur la nécessité d'une intervention hâtive toutes les fois qu'il y a lieu de supposer une perforation de l'intestin; malheureusement, il est souvent très difficile de reconnaître cliniquement la perforation quand il n'existe pas de plaie de la paroi. La douleur circonscrite à la pression et la tension de l'abdomen constituent des signes précoces importants de cette grave complication.

M. Schnitzler communique l'observation d'un autre malade, chez lequel un morceau de ferblanc perfora la paroi abdominale à travers les vêtements. Le blessé eut presque immédiatement des vomissements et tomba peu de temps après dans le coma. L'opération ayant été pratiquée, on trouva du sang dans la cavité abdominale et une petite déchirure de l'iléon. Ce sujet, traité comme le précédent, est en voie de guérison.

Du rôle du cornet inférieur dans l'acte de la respiration.

M. Léopold Réthi a relaté un certain nombre d'expériences, desquelles il résulte que la présence du cornet inférieur ne modifie pas sensiblement la quantité d'air qui pénètre dans les poumons à chaque inspiration, et que la suppression de ce cornet peut être effectuée sans aucun dommage pour l'individu.

Guérison spontanée d'un pneumothorax.

Dans la séance d'hier de la même Société, **M. H. Schlesinger** a présenté un homme qui fut pris il y a six mois, sans cause appréciable, d'une dyspnée violente et progressive. L'examen physique permit de reconnaître un pneumothorax du côté gauche. Le bruit de tintement métallique disparut au bout de quinze jours, et actuellement, après un repos de quatre mois, on ne constate plus aucun signe de pneumothorax.

De la pénétration des gonocoques dans l'utérus.

M. E. Kraus déclare avoir trouvé 8 fois des gonocoques dans le tissu utérin, sur 11 cas de blennorrhagie qu'il a étudiés à ce point de vue. Les gonocoques pénètrent dans l'utérus par les vaisseaux lymphatiques et les espaces interstitiels et déterminent ainsi l'apparition d'une métrite spécifique.

Névrite blennorrhagique.

Dans la séance du 23 mai du Club médical de Vienne, **M. Kienböck** a présenté une femme atteinte d'une uréthrite purulente et chez laquelle on constate les symptômes suivants : crépitation au niveau de l'articulation scapulohumérale gauche dont la mobilité est diminuée, atrophie des muscles de l'épaule, légère cyanose de tout le membre supérieur correspondant, atrophie des muscles innervés par le nerf cubital, douleurs à la pression au niveau des troncs nerveux du bras gauche.

Il s'agit très probablement ici d'une névrite d'origine blennorrhagique. Le pronostic de ces névrites est favorable.

Sur un procédé de diagnostic des rétrécissements œsophagiens.

M. W. Pauli a préconisé un nouveau moyen de diagnostic des rétrécissements œsophagiens, qui consiste à faire ingérer au malade d'abord de 80 à 100 c.c. d'une solution d'acide tartrique, puis, au bout de vingt minutes, une solution de bicarbonate de potasse. Lorsque les deux liquides entrent en contact dans l'œsophage par suite d'un rétrécissement de ce conduit, la bouche se remplit de mousse, ce qui ne s'observe jamais quand la perméabilité de l'œsophage est complète. Ce procédé peut rendre des services dans les cas où le cathétérisme œsophagien est dangereux, lorsqu'il existe, par exemple, un anévrysme de l'aorte.

Doigts en massue dans les affections cardiaques acquises.

M. Jul. Donath a montré une malade de vingt-sept ans qui eut à quatorze ans une attaque choréique accompagnée de troubles cardiaques. Des crises analogues se reproduisirent trois fois depuis lors; la dernière eut lieu l'an passé et s'accompagna de gonflement douloureux de plusieurs jointures et de renflement en massue de l'extrémité des doigts et des orteils. Cette femme est atteinte actuellement d'insuffisance mitrale ainsi que de rétrécissement et d'insuffisance aortiques.

Les difformités des doigts des cardiaques sont attribuées ordinairement soit à des stases veineuses, soit à une affection pulmonaire, mais rien de pareil n'existe chez cette malade.

Pouls parotidien dans un cas d'insuffisance mitrale.

M. W. Pauli a présenté un homme de vingt-quatre ans atteint d'insuffisance mitrale, chez lequel on constate des pulsations dans la région des parotides. A côté du pouls veineux hépatique et du pouls veineux splénique, il y a donc place pour un pouls veineux parotidien, dû à une communication anormale entre la veine jugulaire profonde et la veine faciale postérieure.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

De la desquamation dans la fièvre typhoïde chez l'adulte, par M. P. Remlinger.

La desquamation n'ayant été que rarement observée dans la fièvre typhoïde — et encore est-ce presque uniquement chez les enfants qu'on l'a constatée jusqu'ici —, l'auteur du présent travail relate les observations de 6 dothiénentériques, sur les 706 qu'il a soignés pendant les années 1898 et 1899 à l'hôpital militaire du Belvédère à Tunis, qui présentèrent le phénomène en question.

Il s'agissait de soldats atteints de fièvre typhoïde grave, avec période fébrile de trente-deux à cinquante-deux jours de durée et convalescence également longue et difficile. La desquamation survint dans tous les cas au moment où la température commençait à baisser; elle ne se fit ni sous la forme furfuracée ni sous la forme de grands lambeaux, mais bien en petites lamelles, représentant ainsi un type intermédiaire à la desquamation de la rougeole et à celle de la scarlatine. Elle débuta par les parties latérales du thorax et de l'abdomen et se limita au tronc, sauf dans un cas où elle s'étendit aux membres.

Ce phénomène est-il lié à des éruptions de sudamina ou doit-on le considérer comme un trouble trophique? Telle est la question qu'on a posée au sujet de la desquamation post-typhoïdique chez les enfants et que l'auteur discute également à propos de ses observations sur les adultes.

Bien que la minceur des lamelles épidermiques desquamées et la coïncidence constante de la desquamation avec la défervescence — moment où apparaissent souvent des éruptions sudorales chez les dothiénentériques — semblent plaider en faveur de la première opinion, l'auteur n'en considère pas moins la seconde comme plus vraisemblable. En effet, chez aucun des 6 malades dont il s'agit il n'a pu constater la moindre trace de sudamina. Par contre, 3 autres sujets ayant eu des éruptions sudorales n'ont présenté par la suite aucune desquamation. M. Remlinger invoque encore comme argument à l'appui de sa manière de voir l'extrême rareté de la desquamation post-dothiénentérique, comparée à la fréquence des sudamina dans la fièvre typhoïde; enfin, il fait ressortir que chez 3 des malades ayant présenté de la desquamation, cette dernière coïncida avec une chute des cheveux.

En conséquence, notre confrère est tenté de considérer, à l'exemple de M. Weil, la desquamation dans la fièvre typhoïde comme un trouble trophique cutané, qui doit être rapproché de l'alopécie si fréquente au déclin de cette affection; cette interprétation rend parfaitement compte de ce fait que la desquamation survient uniquement à la suite des dothiénentéries graves, à période fébrile prolongée et à convalescence difficile.

Au point de vue du pronostic, la desquamation serait un indice favorable, quelle que soit son origine exacte, car elle indiquerait l'approche de la convalescence. (*Rev. de méd.*, mai 1900.)

Procédé de résection du genou sans ouverture de l'articulation pour arthrite tuberculeuse, par M. G. Marion.

On sait combien il est fréquent, au cours d'interventions sur des tissus tuberculeux, et notamment en cas d'arthrites fongueuses, d'inoculer le bacille au niveau des tissus sains sur lesquels porte l'incision.

Pour obvier à ce grave inconvénient, au moins en ce qui concerne l'opération pour tumeur blanche du genou, l'auteur a imaginé un procédé nouveau qui permet d'enlever toutes les parties malades sans ouvrir la synoviale, par conséquent sans plonger dans le foyer morbide. A cet effet, M. Marion, après avoir disséqué un lambeau cutané courbe à concavité supérieure, sectionne l'attache rotulienne du muscle quadriceps et sépare le muscle du cul-de-sac sous-tricipital, en prenant bien garde d'ouvrir ce dernier. C'est là le point délicat de l'opération. Il détache ensuite la face postérieure du cul-

de-sac d'avec la face antérieure du fémur, ce qu'il est aisé de faire avec le doigt, dénude également le fémur en arrière, au niveau du creux poplité, et protège les organes importants de la région au moyen d'un écarteur; il pratique enfin une section cunéiforme de l'os.

Il ne reste plus alors qu'à disséquer soigneusement la région poplitée en attirant en avant la masse articulaire dont l'attache supérieure vient d'être détachée, puis à réséquer le tibia en forme de V ouvert en haut.

Sur 5 cas où l'auteur a appliqué ce procédé, 1 malade, qui était très gravement atteint au moment de l'opération, dut subir ultérieurement l'amputation de la cuisse; chez un autre, l'intervention est trop récente pour qu'on puisse déjà en apprécier les effets; des 3 derniers opérés, 2 présentent une consolidation parfaite; le troisième, qui commit des imprudences au cours du traitement post-opératoire, a conservé un peu de mobilité au niveau du genou, ce qui ne le gêne d'ailleurs en rien pour la marche. (*Bull. et mém. de la Soc. anat.*, février 1900.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Du traitement opératoire de la tuberculose du coude et de ses résultats définitifs, par M. A. Oschmann.

Le travail de M. Oschmann est basé sur des observations dont certaines remontent à vingt-cinq ans; il permet ainsi d'apprécier non seulement les résultats immédiats, mais aussi les suites éloignées du traitement opératoire de la tuberculose du coude. Pour 35 des cas rapportés par l'auteur, l'opération ne date que des cinq dernières années; pour 45, par contre, elle remonte à la période comprise entre 1872 et 1893. Ces dernières observations ont été déjà étudiées par M. Kummer et en partie par M. Fischer; elle concernent tous ceux, parmi les malades chez lesquels M. Kocher a pratiqué la résection du coude depuis 1872, qui ont pu donner quelques renseignements sur le résultat définitif de l'intervention.

15 des 45 malades en question étaient morts au moment des recherches de l'auteur, et chez 9 d'entre eux le décès devait être attribué à des lésions tuberculeuses; l'intervalle compris entre l'opération et la mort avait varié de neuf mois à vingt-deux ans; 8 fois il avait dépassé cinq ans. Quant aux survivants, M. Oschmann put s'assurer que leur état général avait été favorablement influencé par l'intervention. Les fonctions de la main, qui sont, comme on le sait, très souvent compromises à la suite de la tuberculose du coude, étaient normales chez tous les sujets traités par la résection, sauf dans 2 cas où des accidents indépendants de l'opération les avaient altérées.

Pour ce qui concerne les mouvements de l'articulation atteinte, on ne notait que chez 3 opérés une ankylose plus ou moins complète. Chez 5 autres, il existait une mobilité anormale, et 6 fois il s'était produit une luxation ou une subluxation plus ou moins étendue des os de l'avant-bras; même alors, le fonctionnement du coude était très satisfaisant. L'auteur a pu constater, du reste, que la luxation ou la subluxation de l'avant-bras en avant ne s'était produite dans aucun des cas opérés d'après la méthode de M. Kocher, et qu'elle se rencontrait uniquement chez les malades qui avaient subi une intervention avant que ce chirurgien eût établi sa méthode actuelle de résection.

La mobilité exagérée résultait tantôt d'une résection très étendue, tantôt d'une mobilisation commencée trop tôt après l'opération et pratiquée sans appareil protecteur. Les expériences faites à la clinique de M. Kocher démontrent, en effet, que les résultats les meilleurs sont obtenus dans les cas où les premiers mouvements de l'articulation sont exécutés sous la protection d'un appareil orthopédique très simple, qui doit être porté un certain nombre de mois après l'intervention. Il est donc possible, par un traitement post-opératoire minutieux, d'éviter dans la plupart des cas la production d'une mobilité exagérée; d'où il résulte que la crainte de voir survenir une néarthrose trop mobile ne doit jamais faire désirer la terminaison par ankylose.

Les récidives et les suppurations de la plaie opératoire constituent la cause la plus fréquente de l'ankylose, et malheureusement ces accidents sont au-dessus de nos ressources. En dehors de cette double éventualité, la soudure articulaire résulte toujours d'un défaut de mobilisation après l'opération; elle est donc facilement évitable.

La comparaison des résultats constatés chez les mêmes malades par M. Kummer en 1887, par M. Fischer en 1893 et par M. Oschmann en 1898 prouve que l'amélioration s'accentue avec le temps, en ce qui concerne du moins l'étendue et la force des mouvements.

Les cas observés à la clinique chirurgicale de Berne ne permettent pas à l'auteur de se prononcer d'une façon absolue sur la valeur du traitement conservateur. Il estime cependant que ce traitement n'est indiqué que dans les cas légers et à marche bénigne, ou encore chez les enfants, quand une simple arthrectomie ne paraît pas devoir donner un résultat suffisant. Chez les adultes, l'intervention lui paraît légitime toutes les fois que le traitement conservateur n'a pas produit l'effet attendu; l'indication serait même immédiate chez les malades où l'on diagnostique l'existence d'un foyer osseux sans participation de la synoviale, car alors l'évidement précoce du foyer — si possible sans ouverture de l'articulation — peut préserver cette dernière d'une arthrite tuberculeuse diffuse.

En ce qui concerne la technique opératoire, M. Oschmann rappelle que M. Kocher ne pratique jamais la résection sous-capsulo-périostée d'après le procédé de M. Ollier; il enlève au contraire la capsule articulaire dans son entier, de façon à éliminer tous les tissus atteints de tuberculose. Le procédé opératoire de M. Kocher présente en outre l'avantage d'épargner le muscle anconé. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 1 et 2.) — F. DE Q.

Influence de la menstruation sur les fonctions de l'estomac, par M. H. Elsner.

On sait que chez les femmes nerveuses il est d'observation courante de voir survenir, au moment des règles, des troubles gastriques d'ordres divers, tels que douleurs, nausées, vomissements. Il était intéressant de rechercher si ces phénomènes sont dus à des réflexes d'origine génitale ou à une perversion de la sécrétion de l'estomac. A part une observation de Kretschy, qui, dans ces conditions, a constaté chez une femme le retard de la sécrétion gastrique, on ne possédait pas de documents propres à trancher ce problème. Aussi M. Elsner a-t-il examiné dans ce but le chyme gastrique chez 14 femmes pendant et après les règles.

Dans 5 de ces 14 cas, l'acidité du suc gastrique est restée normale durant la période menstruelle. Dans 5 autres, il existait une hyperacidité manifeste, mais variable comme durée: c'est ainsi que chez 2 femmes, cette hyperacidité persista tout le temps des règles, tandis que chez une autre elle disparut dès le second jour, et que deux fois, elle suivit les oscillations du flux menstruel. Enfin, l'augmentation de l'acide chlorhydrique fut insignifiante dans un cas, et il existait même de l'hypoacidité dans les 3 derniers faits relatés par l'auteur.

Ces variations semblent indiquer que tous les cas ne sont pas susceptibles de la même interprétation. Il convient d'abord d'éliminer les faits de ménorrhagies abondantes où l'hyposécrétion glandulaire relève uniquement de l'anémie générale du sujet. Mais au cours d'une menstruation normale, la perte de sang est insuffisante pour expliquer les troubles de la sécrétion gastrique. Il faut donc, d'après M. Elsner, faire intervenir un mécanisme analogue à celui que l'on invoque pour expliquer la pathogénie des hémorrhagies gastriques cataméniales chez certaines femmes dont la muqueuse gastrique est lésée. Dans cette hypothèse, la congestion des organes génitaux s'accompagnerait de l'irritation des voies nerveuses qui en partent, irritation déterminant une hyperémie réflexe de la muqueuse gastrique. L'intensité de cette irritation étant proportionnelle à celle de la congestion, il est naturel qu'elle se traduise par une abondance plus ou moins grande de l'écoulement menstruel ou de l'hémorrhagie cataméniale de la muqueuse gastrique.

Au point de vue pratique, il résulte de ces considérations que si la motricité de l'estomac, qui est indépendante de la menstruation, peut être étudiée même à l'époque des règles, il en est tout autrement du chimisme gastrique qui subit à ce moment des modifications appréciables. C'est ainsi que des ménorrhagies abondantes peuvent ramener un chyme hyperchlorhydrique à la formule normale et qu'inversement un écoulement peu abondant peut déterminer une hyperchlorhydrie qui n'est, en réalité, que transitoire. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, V, 4.) — F. M.

Diagnostic différentiel du cancer et de la tuberculose du cæcum, par M. W. P. Obrastzov.

M. Obrastzov, ayant eu l'occasion d'étudier plusieurs cas de cancer et de tuberculose du cæcum, s'est attaché à dépister et à mettre en évidence les signes propres à trancher la question toujours si délicate du diagnostic différentiel de ces deux affections. Voici quels sont les signes principaux sur lesquels on peut, d'après lui, baser ce diagnostic.

Abstraction faite de la présence possible de bacilles de Koch dans les fèces en cas de tuberculose, c'est la palpation qui fournit les caractères distinctifs les plus nets. En effet, quand il s'agit d'un néoplasme, le cæcum ne se présente pas sous la main avec ses caractères habituels, mais donne la sensation d'une tumeur unique et irrégulière. Lorsqu'on a affaire à la tuberculose, au contraire, la forme, l'élasticité ainsi que les autres caractères physiques de l'organe sont faciles à constater; en même temps, on perçoit un épaississement de la paroi intestinale dont l'infiltration diminue progressivement à mesure que l'on remonte le long du côlon ascendant.

D'autre part, tandis que dans le cancer les lésions sont localisées au cæcum, la tuberculose est toujours accompagnée d'une péritonite, généralement circonscrite à la région cæcale, de sorte qu'il existe une véritable typhlite et pérityphlite tuberculeuses. Contrairement à l'opinion défendue par König et Boas, l'auteur estime qu'un rétrécissement se manifestant d'une façon précoce est un signe de cancer, alors que l'apparition plus tardive de la sténose plaide en faveur de la tuberculose.

Dans les affections néoplasiques ou bacillaires du cæcum, cet organe occupe généralement une situation beaucoup plus élevée que normalement. On le trouve alors dans la partie toute supérieure de la fosse iliaque ou même au-dessus de la crête iliaque, siège habituel du rein droit dans la néphroptose, d'où fréquence des erreurs de diagnostic. Cette position s'explique d'ailleurs aisément par la rétraction fibreuse que subissent tant les parois du côlon que les mésos qui le rattachent à la paroi postérieure de l'abdomen. Quand le cæcum occupe cette situation élevée, l'iléon, qui, à l'état normal, est dirigé presque transversalement suivant une ligne joignant les deux épines iliaques antérieures et supérieures, affecte une direction verticalement ascendante et devient accessible à la palpation sur une longueur de 8 à 10 centimètres. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VI, 1.) — F. M.

PUBLICATIONS ITALIENNES

De la « production sublinguale » de Fede ou « maladie de Riga », par MM. S. Giannelli et G. Memmi.

Il existe deux variétés de *subglossite* chez les petits enfants: l'une, fréquente dans la coqueluche, n'est qu'une stomatite ulcéreuse du frein de la langue, due aux quintes de toux qui provoquent la déchirure de la muqueuse de cette région; l'autre, qui n'a, au contraire, rien de commun avec la coqueluche, se présente sous la forme d'une petite tumeur siégeant sur le frein lui-même, ou entre ce dernier et la pointe de la langue. Décrite pour la première fois par Cardarelli, en 1857, et nommée par lui aphte cachectique, cette seconde variété de subglossite a été désignée, par les auteurs italiens qui l'ont successivement étudiée, sous les dénominations diverses de nécrose sublinguale par compression (Ridola), de petit néoplasme fibrineux perlé (Pandolfi), de néomembrane de couleur perlée due à une infection interne (Riga), de batrachose (de Marinis) et de production sublinguale (Fede). Mais c'est sous le nom de maladie de Cardarelli ou de maladie de Riga qu'on la désigne communément.

Cette affection paraît être propre à l'Italie méridionale; elle n'en est pas toutefois l'apanage exclusif, puisque deux exemples bien nets en ont

été observés en France, l'un par M. F. Brun et l'autre par M. Comby, qui a même donné à la maladie de Riga le nom de subglossite diphtéroïde *non ulcéreuse*, par opposition à la subglossite diphtéroïde *ulcéreuse* de la coqueluche.

La lésion dont il s'agit ne provoque pas de symptômes (c'est à peine si elle trouble l'enfant pendant les tétées); elle se présente sous l'aspect d'une tumeur lenticulaire pouvant atteindre 2 centimètres de diamètre, de consistance dure et de coloration grisâtre, perlée, notamment à son centre. Les auteurs qui ont eu l'occasion d'en pratiquer l'examen histologique diffèrent d'avis sur sa nature, les uns la considérant comme un fibrome ou un papillome, les autres comme un granulome d'origine infectieuse ou même comme une simple hyperplasie de la muqueuse par irritation répétée.

Mais la question capitale que soulève la subglossite non ulcéreuse est la suivante : s'agit-il dans l'espèce d'une lésion intimement liée à des troubles graves de l'état général, ainsi que l'ont prétendu Cardarelli et, après lui, Riga et Pianese, ou bien d'une maladie purement locale et dont le traitement doit être également local (cautérisations, excision de la tumeur), comme on a tendance à l'admettre actuellement?

Or, il ressort du mémoire de MM. Giannelli et Memmi, comprenant 25 cas de cette affection recueillis à la clinique pédiatrique de Naples, que la vérité doit être cherchée entre ces deux opinions extrêmes.

Dans ces observations, qui toutes concernent des nourrissons atteints de troubles gastro-intestinaux dont 8 ont succombé à l'athrepsie, la production sublinguale fit son apparition le plus souvent à l'âge de six à neuf mois, et immédiatement après l'éruption des deux incisives inférieures. Cependant un des petits malades a présenté de la subglossite alors qu'il n'avait pas encore de dents, ce qui prouve que si le frottement de la langue sur les incisives inférieures favorise la production de la maladie de Riga, il n'en est pas, cependant, un facteur pathogénique indispensable. L'affection résulte plutôt d'une stomatite infectieuse, liée intimement aux troubles gastro-intestinaux. En effet, chez les enfants observés par les auteurs, on a souvent remarqué, avant l'apparition de la subglossite, de la rougeur de la muqueuse buccale, de la tuméfaction des gencives et l'existence de petits aphtes qui plus tard ont disparu sous l'influence de lavages antiseptiques ou même sans aucun traitement.

Dans tous les cas, MM. Giannelli et Memmi ont noté un parallélisme complet dans l'évolution des troubles digestifs et de la tumeur sublinguale : cette dernière s'est montrée réfractaire à tous les moyens thérapeutiques locaux, y compris l'excision, tant que persistaient les symptômes gastro-intestinaux, alors que chez deux petits malades elle a disparu sans aucun traitement local, après le retour à l'état normal des fonctions digestives. Cette relation intime entre les troubles gastro-intestinaux et la maladie de Riga était particulièrement manifeste chez un enfant qui, devenu dyspeptique par suite d'une alimentation vicieuse, fut atteint d'abord de stomatite aphteuse, puis de glossite sublinguale et d'anémie; les phénomènes du côté du tube digestif s'étant amendés, la production sublinguale disparut à son tour, mais l'enfant succomba à l'anémie progressive (1).

Ainsi donc, en présence d'une subglossite non ulcéreuse chez un nourrisson, on doit tout d'abord combattre les troubles gastro-intestinaux concomitants, le traitement local de la lésion ne présentant qu'une importance secondaire. (*Pediatria*, avril 1900.)

L'immunité du vagin à l'égard des affections vénériennes, par M. G. Barbiani.

Le chancre syphilitique est peu fréquent au niveau du vagin, et c'est rarement aussi que ce conduit devient le siège primitif de l'infection blennorrhagique. A quoi est due cette immunité, pour le moins relative? Les auteurs qui se sont occupés de cette question ont invoqué tour à tour l'épaisseur de la muqueuse vaginale, la grande dilatabilité du vagin, rendant difficile la production des solutions de continuité qui servent de porte d'entrée aux agents infectieux, et, enfin, la difficulté de l'absorption au niveau d'une muqueuse pauvre en glandes et en lymphatiques, comme l'est celle du vagin; cette dernière opinion est, d'ailleurs, battue en brèche par de nombreux faits d'intoxication survenue à la suite d'absorption vaginale.

Pour M. Barbiani, l'immunité dont il s'agit serait due à la réaction acide que présentent normalement les produits de sécrétion vaginale, et voici l'observation clinique qu'il relate à l'appui de sa manière de voir :

Il s'agit d'une femme du peuple, ayant contracté, à la suite de couches, une leucorrhée abondante et rebelle longtemps traitée par des injections vaginales de bicarbonate de soude et de tannin, et chez laquelle on vit survenir des manifestations non équivoques d'une infection syphilitique récente, telles que roséole, pléiades ganglionnaires aux aines, tuméfaction des ganglions du cou, de la nuque et du creux axillaire, plaques muqueuses de la cavité buccale, etc. En pratiquant l'examen au spéculum, l'auteur trouva le vagin rempli d'un liquide muco-filamenteux qu'on voyait sourdre de l'orifice utérin; les lèvres du col étaient rouges et tuméfiées par suite d'une endométrite cervicale chronique, mais ne présentaient aucune lésion de nature syphilitique. Par contre, sur la paroi antérieure du vagin siégeait un petit placard de coloration cuivrée, de consistance nettement parcheminée et recouvert d'un dépôt pultacé peu abondant. C'était évidemment là l'accident primitif, que l'on avait recherché en vain au niveau de la vulve et sur les autres régions du corps.

Sous l'influence du traitement spécifique, les manifestations secondaires ne tardèrent pas à disparaître et le chancre se transforma en une petite induration indolente; mais la sécrétion vaginale continua à présenter une réaction nettement alcaline.

M. Barbiani estime que dans ce cas la perte de l'acidité normale de la muqueuse du vagin, survenue par suite de la leucorrhée abondante et de l'usage prolongé des injections alcalines, a favorisé la localisation au niveau du vagin de l'accident syphilitique initial. (*Giorn. ital. delle mal. veneree e della pelle*, 1, 1900.)

Névralgie grave du trijumeau, guérie par la résection du ganglion cervical supérieur du grand sympathique, par M. G. Cavazzani.

L'auteur a eu recours avec succès à l'extirpation du ganglion supérieur du sympathique cervical dans un cas de névralgie du trijumeau droit intéressant les trois branches de ce nerf et datant de plus d'un an et demi.

Dans ce fait — qui est antérieur à la communication de M. Chipault relative à la guérison d'une névralgie faciale grave par la même opération (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 171) — les accès névralgiques se répétaient jusqu'à soixante-dix fois par jour; ils s'étaient montrés rebelles au traitement médical et électrothérapique, ainsi qu'à la résection partielle de l'apophyse alvéolaire du maxillaire supérieur.

L'extirpation du ganglion de Gasser, à laquelle on a recours d'ordinaire en pareille occurrence, était donc indiquée; mais M. Cavazzani, à cause des dangers de cette intervention et de l'incertitude de ses résultats, décida de lui substituer la résection du ganglion supérieur du sympathique cervical du côté atteint, qu'il pratiqua chez son patient le 27 novembre 1899.

Cette opération eut pour résultat immédiat la suppression complète des douleurs pendant trente-six heures; les jours suivants, les accès névralgiques se montrèrent de nouveau, mais ils furent moins violents qu'auparavant et diminuèrent progressivement d'intensité, pour disparaître d'une façon définitive seize jours après l'intervention. (*Rivista veneta di scienz. med.*, 15 février 1900.)

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les injections intra-utérines de sérum gélatiné dans le traitement des métrorrhagies.

L'injection d'une solution de gélatine dans la cavité utérine ne paraît avoir été employée jusqu'ici que contre les hémorrhagies *post partum*. Or, M. le docteur M. Bourcart, privat-docent de gynécologie à la Faculté de médecine de Genève, y a eu recours avec succès contre des métrorrhagies non liées à l'accouchement.

Notre confrère s'est servi à cet effet de sérum gélatiné à 2 % soigneusement stérilisé dont il injectait, en observant rigoureusement toutes les règles de l'asepsie, 10 c.c. quand les pertes étaient dues à une endométrite fongueuse ou à des lésions annexielles; il élevait la dose jusqu'à 15 c.c., lorsqu'il s'agissait de métrorrhagies provoquées par un fibrome utérin. Après l'injection, il pratiquait un tamponnement du vagin et recommandait à la patiente de garder le lit pendant quelques heures.

Dans les observations de M. Bourcart, une ou deux injections de sérum gélatiné (la seconde étant faite vingt-quatre heures après la première) ont suffi pour enrayer l'hémorrhagie.

Chez une femme atteinte de rétroflexion mobile et d'atonie utérine, notre confrère a pu arrêter les pertes sanguines en faisant quotidiennement, pendant quatre jours consécutifs, une injection intra-utérine avec 1 gramme de sérum gélatiné au moment où l'hémorrhagie commençait à se produire, et cela sans avoir replacé l'organe rétroversé dans sa position normale.

Au moment où l'on pratique l'injection, on voit, d'après M. Bourcart, le sang se coaguler au niveau du canal cervical, autour de la canule qui ramène le caillot avec elle lorsqu'on la retire. Le lendemain, on trouve encore sur le tampon un ou deux caillots peu volumineux. Pendant quelques jours, les malades rendent des glaires sanguinolentes qui ne sont autre chose que de la gélatine.

Jamais les patientes ainsi traitées n'ont présenté de douleurs ni de réaction fébrile.

L'opothérapie surrénale contre l'asthme par dilatation des vaisseaux bronchiques.

D'après M. le docteur S. Solis-Cohen, professeur de médecine et de thérapeutique à la Philadelphia Polyclinic, l'ingestion de substance surrénale constituerait un excellent moyen de traitement d'une forme particulière d'asthme qui ne survient que chez des sujets présentant une tendance aux troubles vasomoteurs, tels que le dermographisme, les transpirations abondantes, les palpitations, les crises de tachycardie, de migraine, d'œdème angioneurotique, etc.

Chez ces malades, en effet, l'accès asthmatique serait dû à une dilatation des vaisseaux bronchiques amenant la congestion, la turgescence de la muqueuse, et déterminant ainsi un rétrécissement du calibre des petites bronches. En pareil cas, les inhalations de nitrite d'amyle, loin de calmer l'oppression, ne font que l'augmenter (c'est même là un signe caractéristique de cette forme morbide). Par contre, la substance surrénale desséchée, à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 60 centigr. répétée toutes les deux ou trois heures (jusqu'à 5 gr. 40 centigr. par jour), empêcherait, en raison de ses effets vasoconstricteurs, la reproduction des accès dyspnéiques. Ce résultat ne s'obtient d'ailleurs qu'après un traitement opothérapique assez prolongé.

Dans la forme classique d'asthme par spasme bronchique, M. Solis-Cohen a pu se convaincre que cette méthode de traitement reste, au contraire, tout à fait inefficace.

La cocaïne contre les vomissements provoqués par les tænifuges.

Les médicaments susceptibles d'amener l'expulsion des tænias, notamment l'extrait de fougère mâle et l'écorce de grenadier, ou son alcaloïde la pelletiérine, provoquent souvent des vomissements qui, parfois, font échouer la cure. Pour éviter cet accident, M. le docteur M. Flesch (de Francfort-sur-le-Mein) a recours avec succès à la cocaïne associée à la belladone, comme dans la solution ci-dessous formulée :

Chlorhydrate de cocaïne..	0 gr. 15 centigr.
Extrait de belladone......	0 — 20 —
Eau distillée de valériane.	10 grammes.

Chaque fois qu'il éprouve une nausée, le patient prend quelques gouttes de ce liquide sans toutefois absorber plus du tiers de la dose totale, c'est-à-dire 0 gr. 05 centigr. de cocaïne.

(1) MM. J. Callari et L. Philippson viennent de publier aussi un travail sur le « fibrome sublingual des nourrissons » (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 5), dans lequel ils nient tout rapport entre la maladie de Riga et les troubles des fonctions digestives; nous devons ajouter que leur mémoire n'est basé que sur 8 observations. — V. de H.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

A quel moment faut-il opérer dans les cas d'appendicite ?

A l'heure actuelle, on est généralement d'accord pour reconnaître que l'appendicite est devenue une affection chirurgicale, et que seul le traitement opératoire peut en assurer la guérison définitive. Le point saillant de la discussion ne porte donc plus, pour le moment, sur la question de savoir s'il faut ou non opérer l'appendicite, mais *quand* il faut l'opérer. L'étude de l'évolution que cette question a subie dans ces dix dernières années n'est pas sans intérêt, car elle nous permet de constater que, après de fortes oscillations, il survient un rapprochement de plus en plus général vers une ligne de conduite qui sera adoptée, croyons-nous, avec des modifications dépendant du tempérament et de l'expérience personnelle de l'opérateur, par la plupart des chirurgiens de l'avenir.

I

La première période du traitement moderne de l'appendicite, qui date de 1886 en Amérique et de 1888 en Europe, fut caractérisée naturellement par un zèle exagéré, que ne justifiait pas une expérience clinique suffisante. Effrayés par des cas de mort survenue malgré le traitement interne, et constatant que des malades abandonnés par la médecine pouvaient être sauvés par l'intervention, ne disposant pas, d'autre part, d'une connaissance approfondie de l'évolution spontanée des différentes formes de la maladie, les chirurgiens recommandèrent et pratiquèrent le traitement opératoire de l'appendicite dans tous les cas où le diagnostic de cette affection était porté. C'est ainsi que M. Krafft, dans sa thèse inaugurale inspirée par M. Roux, et qui peut être considérée comme le point de départ de la discussion de la pérityphlite en Europe, dit que, une fois le diagnostic d'une perforation établi, on n'opérera jamais trop tôt, on ne peut intervenir que trop tard. Roux lui-même, dans sa communication au Congrès français de chirurgie de 1889, déclare qu'on aurait tort d'attendre que l'état général inspire des inquiétudes pour pratiquer une incision qui aura toutes chances de faire découvrir le pus, si l'on a constaté à un moment quelconque de la maladie une tuméfaction douloureuse, circonscrite, isolée, ou un empâtement diffus de la région iléo-cæcale avec infiltration de la paroi du cæcum évacué. Cette indication était encore assez vague et comprenait nombre de cas qui, certainement, pouvaient guérir sans intervention.

En Allemagne, M. Sonnenburg va plus loin, et il dit, en 1897 encore, que l'indication opératoire doit être posée toutes les fois que l'on a diagnostiqué la perforation de l'appendice suivie de péritonite purulente circonscrite. Il insiste même, contrairement à M. Roux, sur la nécessité de l'opération dans les cas où la percussion et la palpation ne révèlent pas de tumeur.

En France, le mouvement interventionniste à outrance survint un peu plus tard et persiste en partie à l'heure qu'il est. Les tendances opératoires furent plus prononcées encore que chez les auteurs que nous venons de citer. La plupart des chirurgiens, en effet, se prononcèrent pour l'intervention immédiate, dès que le diagnostic est posé, et l'un des représentants les plus distingués de la médecine interne, M. Dieulafoy, nie l'existence du traitement médical et ne cesse de plaider en faveur de l'opération pratiquée aussi rapidement que possible, même dans les cas légers. En Amérique, la majeure partie des chirurgiens préconisent aussi, en ce moment encore, l'intervention immédiate dès les premières heures de la maladie.

Ce mouvement toujours croissant en faveur de l'opération exécutée *toujours* et *tout de suite*, a rencontré cependant une opposition d'autant plus autorisée qu'elle est partie de ceux-là mêmes qui avaient été les promoteurs du traitement chirurgical de l'appendicite. Qu'il nous suffise de rappeler ici que, dès 1891, M. Roux a combattu le zèle trop grand de certains chirurgiens, et que depuis il ne discontinue pas de mettre en garde le praticien contre des interventions intempestives, insistant sur les dangers d'une opération faite au moment du shock péritonitique et à une période de la maladie où les adhérences ne sont pas encore suffisamment établies pour protéger la cavité abdominale contre l'invasion du pus.

En 1898, M. Sonnenburg est également venu apporter une restriction à ses conclusions premières, en déclarant que, dans la pérityphlite récidivante et présentant des lésions relativement peu étendues de la région iléo-cæcale, il faut préférer l'opération « à froid ». Et tout récemment encore, n'a-t-il pas ajouté que « les chirurgiens ont commencé à restreindre l'intervention immédiate » et qu'il estime « qu'il ne serait pas justifié d'opérer toutes les pérityphlites d'emblée à cause du danger que cette affection laisse en perspective ». Il admet même « que l'on peut s'abstenir de l'intervention opératoire quand la tuméfaction iléo-cæcale diminue sensiblement dès les premiers jours et que l'état des malades est en même temps satisfaisant ».

En France, enfin, les dernières discussions sur cette question paraissent indiquer également un retour de l'intervention hâtive, à outrance, vers une thérapeutique plus réservée (1).

II

Quelle est la cause de ce mouvement restrictif? Nous la trouvons dans les trois faits suivants :

1° Une meilleure connaissance de la pathologie de l'appendicite de la part des chirurgiens ;

2° Une expérience plus étendue des conséquences et des inconvénients de l'opération pratiquée dans certaines phases de la maladie ;

3° L'importance de plus en plus grande qu'a prise l'opération de la pérityphlite « à froid ».

La pathologie de l'appendicite nous échappait au début et ce n'est qu'avec le nombre toujours croissant d'observations anatomo-pathologiques faites sur le vivant, en opérant des malades à toutes les périodes de l'affection, que l'on a acquis des connaissances précises sur ce sujet. Les chirurgiens ont pu, par l'expérience, constater que le nombre des faits évoluant sans qu'il soit nécessaire d'intervenir est beaucoup plus grand qu'ils ne le croyaient jadis, alors qu'on ne les consultait que pour des cas désespérés. Ils ont aussi reconnu que la résorption du pus, qu'ils étaient tentés de nier tout d'abord, est au contraire chose assez fréquente.

L'observation clinique des opérés apprit, d'autre part, qu'il est des conditions dans lesquelles toute intervention constitue un traumatisme dangereux et où les forces de la nature préparent beaucoup mieux la guérison que le bistouri du chirurgien. Il fut démontré que le péritoine est d'une sensibilité extrême au début de l'infection, et qu'une contamination de la cavité péritonéale par le pus d'un abcès circonscrit peut à ce moment-là avoir des conséquences très fâcheuses. De même, dans les cas offrant dès le commencement des symptômes diffus avec formation d'abcès multiples, l'opération hâtive ne saurait atteindre tous les foyers d'infection sans un déroulement des intestins pouvant, à lui seul, devenir fatal par le shock qu'il détermine.

(1) Cet article était entièrement écrit et envoyé à la rédaction de la *Semaine Médicale* vers la fin du mois d'octobre de l'année dernière ; il n'a pu être publié plus tôt, parce qu'il devait figurer dans un numéro consacré presque exclusivement à l'appendicite. Dans cet intervalle de temps a paru le travail de M. Broca (*L'appendicite*) dont les idées se rapprochent beaucoup de celles qui sont contenues dans cet article.

L'observation prolongée des malades a permis de constater, en outre, que l'opération à chaud, c'est-à-dire pratiquée pendant la crise, entraîne souvent la formation de hernies ventrales, tandis que cet accident peut être évité à peu près sûrement par l'opération à froid.

Enfin, le temps, ce grand facteur qu'il ne faut jamais négliger en clinique, est venu montrer que certaines affections étaient susceptibles de simuler une crise d'appendicite, d'où l'inutilité de la laparotomie pratiquée dans ces cas.

Toutes ces considérations ont amené les chirurgiens à individualiser de plus en plus les faits, et à remplacer l'intervention à outrance par une thérapeutique adaptée aux particularités de chaque malade et de chaque phase de la maladie, pour ne pas ajouter à la catégorie des décès survenus après une opération trop tardive celle des morts causées par une intervention trop hâtive.

Nous allons donc donner ici les règles de conduite qui nous paraissent se dégager de cette individualisation d'après l'expérience des chirurgiens les plus autorisés et en mettant à profit les enseignements de notre propre observation.

III

Nous baserons notre étude, pour la commodité du praticien, sur les signes cliniques présentés par le malade plutôt que sur l'état anatomo-pathologique de l'appendice et du péritoine, et nous n'examinerons que les types les plus fréquents.

Voici d'abord un malade qui, après une imprudence de régime ou bien sans cause appréciable, est pris de fortes coliques prédominant dans la région iléo-cæcale et autour de l'ombilic. Son pouls est bon, quoique généralement accéléré; l'élévation de la température fait défaut ou demeure peu considérable; quelques vomissements complètent le tableau morbide. L'examen objectif révèle une légère sensibilité diffuse de l'abdomen. Il existe une défense musculaire plus ou moins nette au niveau de la région iléocæcale, et peut-être déjà une légère résistance plus ou moins circonscrite au même point. La langue est humide, le facies ne présente ni cyanose ni ictère.

Faut-il opérer ce malade? La plupart des chirurgiens américains répondraient certainement par l'affirmative; l'opération pratiquée à ce moment présente en effet, d'après eux, l'avantage de préserver le malade de toutes les complications ultérieures que son appendicite peut éventuellement lui occasionner. Cette manière de procéder représenterait évidemment l'idéal si le diagnostic était toujours certain dans les toutes premières heures et si l'opération exécutée alors n'offrait pas plus de dangers qu' « à froid ». Mais elle suscite des objections sérieuses de la part des chirurgiens que l'on désigne d'ordinaire sous le nom de temporisateurs. L'intervention systématique dans les cas semblables, disent-ils, entraîne, à cause de la difficulté du diagnostic différentiel, à des opérations tout à fait inutiles, pour des névralgies ovariennes, des coliques banales localisées par hasard dans la région iléo-cæcale, voire pour des fièvres typhoïdes. L'opération immédiate présente, en outre, des conditions peu favorables à la guérison de la plaie; on se trouve, en effet, souvent en présence, sinon d'un abcès déjà formé, du moins d'un péritoine infecté, compromettant la cicatrisation par première intention; on a ainsi les plus grandes chances de voir survenir plus tard une hernie au niveau de la cicatrice. Il n'est même pas toujours possible de placer l'incision près du ligament de Poupart, comme le conseille Reclus pour diminuer les risques de hernie ultérieure. Le même malade traité par la diète, le repos et l'opium, peut être délivré de son appendice quelques semaines plus tard, sans aucun risque. Ajoutons tout de suite que de tels cas constituent une grande partie, sinon des pérityphlites vues par

le chirurgien, du moins de toutes celles que l'on observe en général.

Une erreur de diagnostic ne saurait être commise quand il s'agit d'une récidive, car alors le diagnostic est affirmé par l'existence de crises antérieures. Ici la seule raison valable contre l'intervention immédiate est le danger d'infecter la plaie. Nous croyons qu'on ne doit pas en tenir compte dans les cas où les crises antérieures ont été graves, de même que lorsque la palpation ne permet pas de constater d'empâtement et que l'on peut espérer qu'il n'existe pas encore de lésions extra-appendiculaires entraînant nécessairement l'infection de la plaie. Dans toute autre circonstance — et surtout en cas de diagnostic douteux non confirmé par des crises antérieures —, l'expectation armée nous paraît seule indiquée.

Supposons maintenant que le début ait été plus violent : la sensibilité de l'abdomen est plus intense et surtout plus diffuse, le pouls plus rapide, la température plus élevée; le malade présente de la dyspnée, des vomissements intenses et continuels, bref tous les symptômes d'une péritonite déjà confirmée après un ou deux jours de maladie. La palpation ne fait pas reconnaître de collection nettement délimitée dans la région iléo-cæcale, mais la percussion démontre parfois la présence d'un léger épanchement péritonéal. Faut-il opérer immédiatement dans ces cas? Il y a des distinctions à faire ici. Si le malade présente déjà, à ce moment, outre l'état saburral de la langue et la cyanose, une légère coloration subictérique des téguments, des troubles sensoriels, une euphorie fatale alternant avec des moments d'angoisse qu'aucune douleur vive ne justifie, si ses traits sont défaits, ses extrémités froides, son pouls filiforme, si, en un mot, on constate tous les signes d'une septicémie grave, alors l'opération a si peu de chances de succès que mieux vaut en général s'en abstenir. Faudrait-il intervenir si le malade pouvait être transporté très facilement dans un service hospitalier, ou si le milieu se prêtait à une opération *in situ?* Les résultats obtenus dans de telles conditions y engagent fort peu, car les guérisons que l'on a citées semblent plutôt relever de la catégorie suivante. Du moins nous paraît-il malaisé d'établir ici une règle de conduite invariable.

A côté de ces rares cas désespérés d'emblée, il existe des faits beaucoup plus nombreux, où le péritonisme initial ne s'accompagne pas des signes d'une intoxication septique grave. Le pouls, malgré sa fréquence, reste bon, et la température ne présente pas cet abaissement fatal que l'on observe souvent dans la péritonite septique. Voici les péritonites où l'intervention compte le plus de succès; mais l'abstention n'en compte pas moins. Dans nombre de cas, il survient en effet, au début de la pérityphlite, une péritonite séreuse, plus ou moins généralisée, qui traduit la réaction du péritoine vis-à-vis d'un foyer purulent circonscrit. Or, il est établi par des expériences multiples que cette péritonite légère, réactionnelle, disparaît le plus souvent sans opération; et il nous paraît bien imprudent d'augmenter le shock péritonéal par une intervention active, qui permettra peut-être l'invasion des germes infectieux contre lesquels la séreuse a engagé la lutte; d'autant que, d'après l'expérience presque unanime des cliniciens, le péritoine est d'une sensibilité extrême à ce moment-là. Nous ne nions point qu'un chirurgien expérimenté ne puisse éviter cette contamination dans la plupart des cas; mais il n'en serait pas toujours de même si l'intervention devait entrer, à titre d'opération d'urgence, dans la pratique courante, et être exécutée, en dehors des grands centres, par des praticiens souvent fort peu au courant de la technique de la chirurgie abdominale.

Tels sont les cas que le médecin a été appelé à voir dès le début. Mais, le plus souvent, il n'en est pas ainsi, et le malade n'a recours à l'art médical qu'après avoir traversé la période initiale, et fréquemment après avoir aggravé son état par l'ingestion de quelque purgatif plus ou moins violent, ou même d'un vomitif non moins dangereux. Trois éventualités peuvent alors se présenter :

Ou bien le patient offre les symptômes d'une péritonite diffuse, avec un météorisme plus ou moins prononcé. Nulle part, l'examen le plus minutieux ne révèle une matité circonscrite ou de la résistance à la palpation; le toucher rectal reste également sans résultat. On constate cependant une température élevée, un pouls rapide, un état général plus ou moins gravement compromis. Le malade n'est plus sous l'influence du premier shock, mais il présente néanmoins peu de chances de guérison par l'intervention chirurgicale, car, dans ces cas, l'opération révèle le plus souvent l'existence de nombreux petits abcès enkystés entre les anses intestinales qu'agglutinent des adhérences fibrineuses; la toilette abdominale complète exigerait alors un dévidement de l'intestin tout entier, intervention bien grave dans l'état du patient. Mieux vaut donc, de l'avis des chirurgiens les plus expérimentés, employer la glace et l'opium, jusqu'à ce que l'examen répété et minutieux permette de constater la présence d'abcès susceptibles d'être ouverts par une simple incision, sans manœuvres intra-abdominales plus étendues et par conséquent plus graves.

Ou bien il existe des signes d'un épanchement péritonéal diffus, que l'on ne confondra pas avec la réaction péritonéale passagère du début de la crise. Ici la seule chance du malade, bien précaire, d'ailleurs, consiste dans l'exécution immédiate d'une ou de plusieurs incisions permettant d'assurer un drainage aussi complet que possible de la cavité abdominale.

Ou bien, enfin, on perçoit, soit au niveau du cæcum, soit dans la région lombaire, soit encore ailleurs, une résistance parfaitement caractérisée, accompagnée d'une matité parfois très légère et perceptible seulement à la percussion faible. Voilà les cas où l'intervention peut être salutaire. Nous la considérons comme indiquée et urgente, toutes les fois que la résistance ne rétrocède pas spontanément après les tout premiers jours de la maladie, ou lorsqu'il existe le moindre symptôme qui puisse inspirer des inquiétudes par son désaccord avec les autres signes observés.

Il en va autrement si la résistance est très restreinte et l'état général tout à fait bon. Alors l'expectation sera de mise aussi longtemps que les symptômes paraîtront s'amender; mais la moindre alerte obligera à recourir au bistouri. Ajoutons, avec M. Sonnenburg, que l'indication opératoire devient particulièrement urgente quand il s'agit d'une recrudescence au cours d'une crise de pérityphlite. Des symptômes qui ne nous engageraient nullement à opérer au début d'une crise constituent une indication d'urgence lorsqu'ils surviennent chez un malade déjà en convalescence. Aussi ne nous paraît-il pas douteux que dans nombre de cas où un retour offensif des symptômes a enlevé le malade avant qu'on ait eu le temps d'intervenir, une observation plus minutieuse aurait permis de poser l'indication opératoire à temps, à un moment où l'on se croyait déjà en présence d'une évolution favorable, permettant l'expectation. Le médecin, en conseillant d'attendre, accepte donc, par le fait même, le devoir impérieux de suivre minutieusement son malade et de faire intervenir le chirurgien si l'un des symptômes cardinaux trahit l'imminence d'une recrudescence.

De ce que, dans les lignes précédentes, nous avons beaucoup restreint les indications opératoires pendant la crise même, il ne faudrait pas conclure que tous les malades traités par l'expectation n'aient pas besoin d'une intervention chirurgicale. Nous estimons bien au contraire, à l'exemple de Roux, que l'opération à froid doit être conseillée à tout sujet qui a présenté une crise d'appendicite dûment constatée, sans attendre qu'un deuxième ou un troisième accès l'ait mis en danger de mort. L'intervention s'impose de même dans tous les cas opérés à chaud sans ablation de l'appendice, la simple incision de l'abcès ne donnant aucune garantie contre les récidives. Il est, d'ailleurs, certainement moins difficile de faire accepter, par les malades ou leurs familles, une opération sans danger si elle est pratiquée par un chirurgien exercé, au moment opportun et dans un milieu favorable, que de leur faire entrevoir la perspective de toute une série de récidives. Du reste, non seulement les malades acceptent l'opération à froid, mais souvent ils la réclament eux-mêmes.

Nous ne prétendons certes pas avoir passé en revue tous les points importants du sujet; mais nous espérons avoir démontré que l'individualisation des cas, préconisée par beaucoup de chirurgiens, entre autres par M. Reclus dans son excellente clinique sur la question, doit être érigée en principe; et que l'observation minutieuse du malade par le médecin — afin de reconnaître le moment propice pour l'intervention — est plus utile que l'opération pratiquée systématiquement, d'après une règle fixe, aussitôt que l'on a posé le diagnostic. Ce n'est d'ailleurs qu'à cette seule condition d'une observation minutieuse que l'expectation armée ne constitue point un retour en arrière, mais au contraire un progrès, et permet au traitement chirurgical d'être utile souvent, de ne nuire jamais.

Dr F. DE QUERVAIN,
Chirurgien de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds.

CHIRURGIE PRATIQUE

Technique de la résection de l'appendice cæcal à froid.

PREMIER TEMPS. — *Incision de la paroi.*

Ce premier temps comprend deux phases distinctes, l'incision de la paroi proprement dite et la pénétration dans le péritoine.

1° *Incision de la paroi proprement dite* (peau, tissu cellulaire, muscles); d'après les divers chirurgiens, elle est faite de façons différentes.

a) *Procédé de Roux :* A un travers de doigt en avant de l'épine iliaque antérieure et supérieure on fait, parallèlement à l'arcade de Fallope et sur une longueur de 10 à 15 centimètres suivant les sujets, une incision dont le milieu correspond à cette épine (*fig. 1*, RR').

Le bistouri rencontre successivement la peau, le tissu cellulaire, les muscles grand oblique, petit oblique et transverse.

b) *Procédé de MacBurney :* A 2 centim. 1/2 en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure, on pratique une incision longue de 10 centimètres, perpendiculaire à une ligne réunissant cette épine à l'ombilic, et ayant son milieu sur cette ligne.

La peau et la couche sous-cutanée incisées, on sectionne l'aponévrose du grand oblique suivant la direction de ses fibres, et les deux lèvres de l'incision aponévrotique sont confiées à des écarteurs. Les fibres du petit oblique et du transverse sont alors dissociées à la sonde cannelée et confiées à deux autres écarteurs qui agissent dans une direction perpendiculaire à celle des deux premiers.

c) *Procédé de Max Schüller :* On incise la paroi en dehors du bord externe du grand droit de l'abdomen, parallèlement à ce bord; le tiers supérieur de l'incision se trouve audessus de la ligne réunissant l'épine iliaque à l'ombilic.

La peau et le tissu cellulaire sectionnés, il ne reste à inciser qu'un seul plan aponévrotique résultant de la réunion à ce niveau des aponévroses des trois muscles de la paroi latérale de l'abdomen.

d) *Procédé de Jalaguier :* Sur le milieu de l'espace qui sépare l'ombilic de l'épine iliaque

antérieure et supérieure, on mène une incision de 8 à 10 centimètres parallèle au bord externe du muscle droit, son tiers supérieur étant au-dessus de la ligne iléo-ombilicale (*fig. 1, JJ'*).

L'aponévrose du grand oblique est fendue de haut en bas dans toute la longueur de la plaie cutanée (*fig. 2*), et les deux lèvres de l'incision aponévrotique sont saisies avec des pinces à forcipressure.

La lèvre interne de l'aponévrose étant réclinée en dedans, on incise la gaine du grand droit sur toute la longueur de la plaie, à 1 centim. 1/2 environ en dedans du bord externe du muscle, facile à reconnaître à la vue et au toucher (*fig. 3*). La lèvre externe du feuillet antérieur de la gaine est alors disséquée de dedans en dehors jusqu'au bord externe du muscle, qu'on dégage avec la sonde cannelée (*fig. 4*) et qu'on refoule en dedans au moyen de deux écarteurs. A 1 centim. 1/2 environ en dedans du sommet de l'angle dièdre qu'il forme en se réunissant avec le feuillet antérieur, le feuillet postérieur de la gaine ou *fascia transversalis*, ainsi mis à découvert, est incisé ensuite très prudemment, en même temps que le péritoine sur lequel il est appliqué sans interposition de tissu graisseux (*fig. 5*).

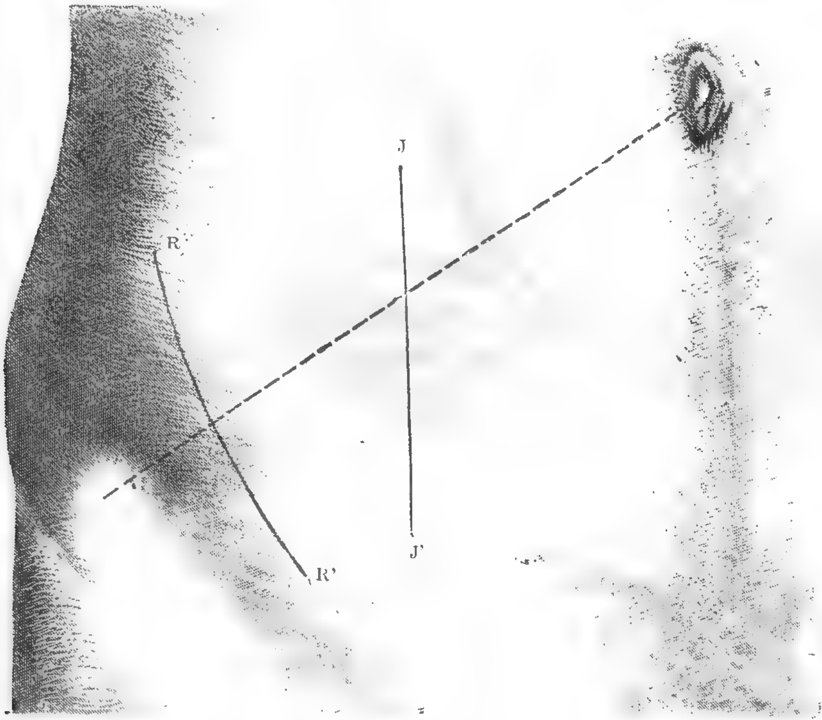
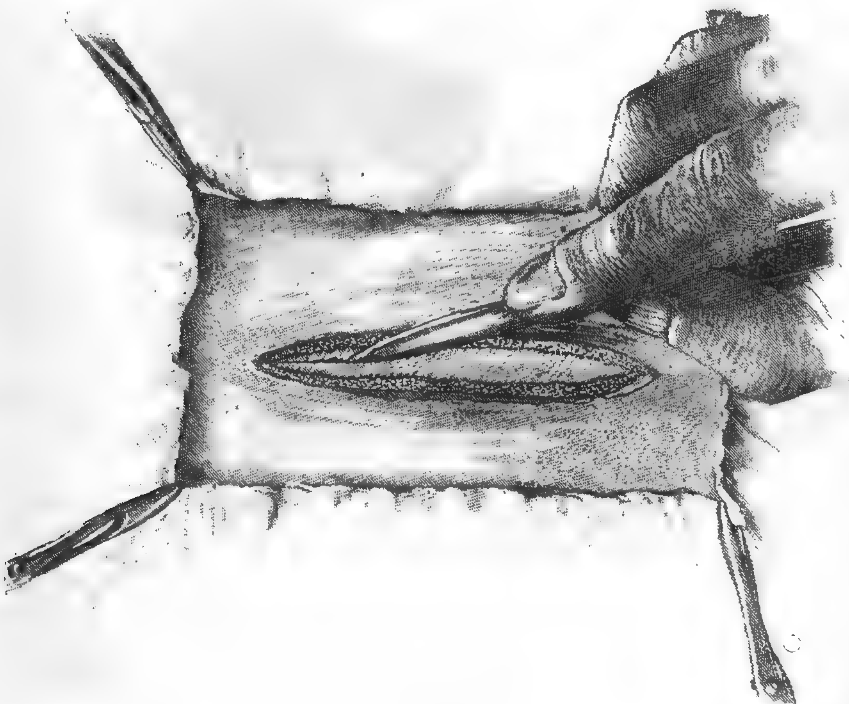
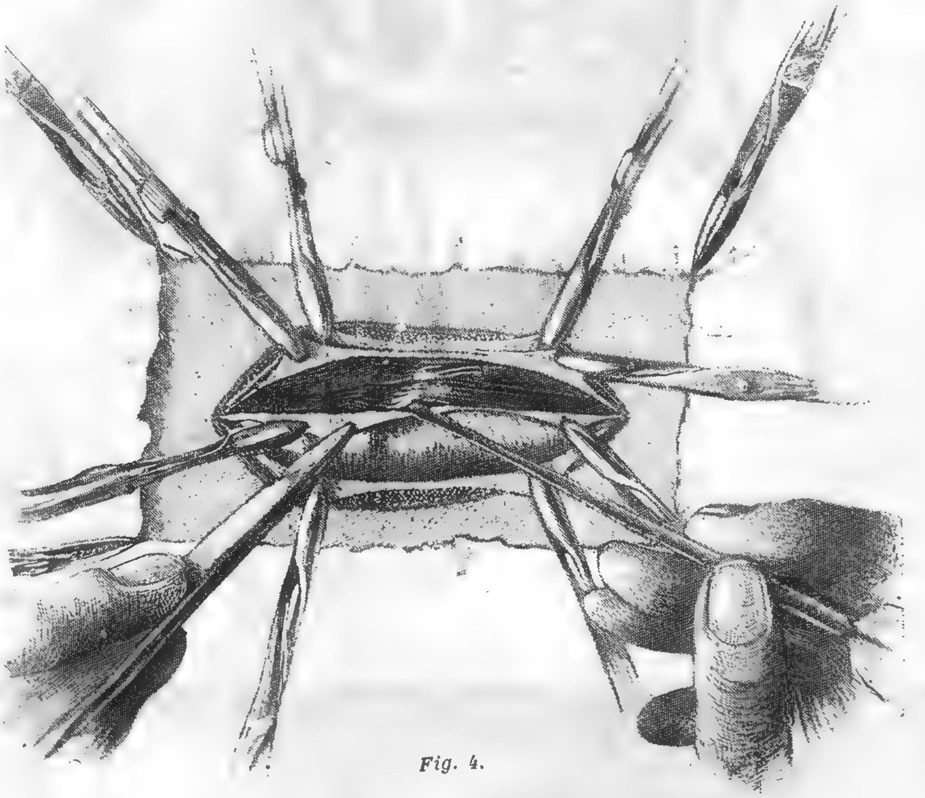
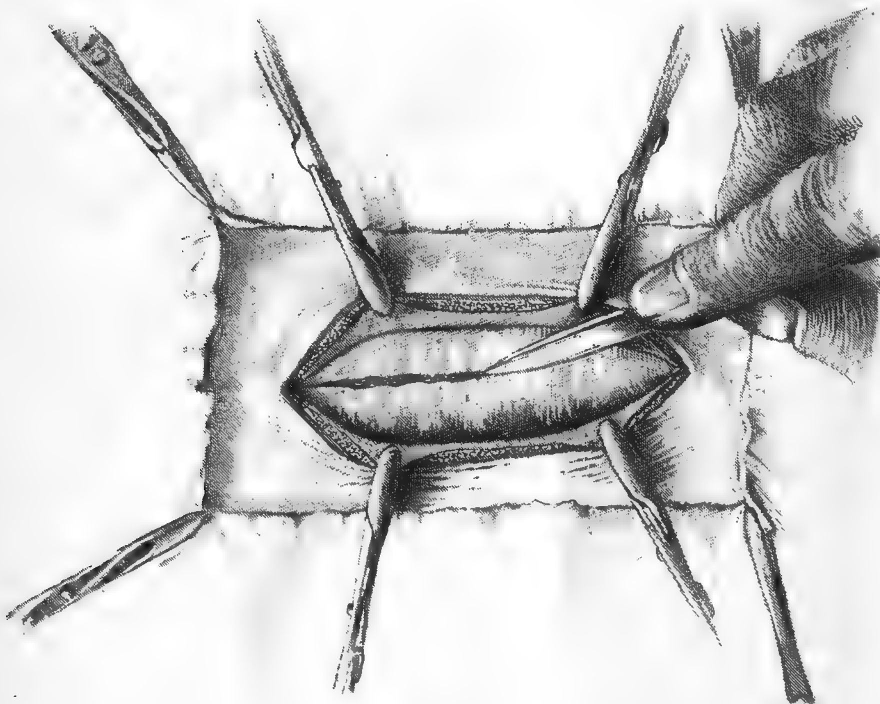
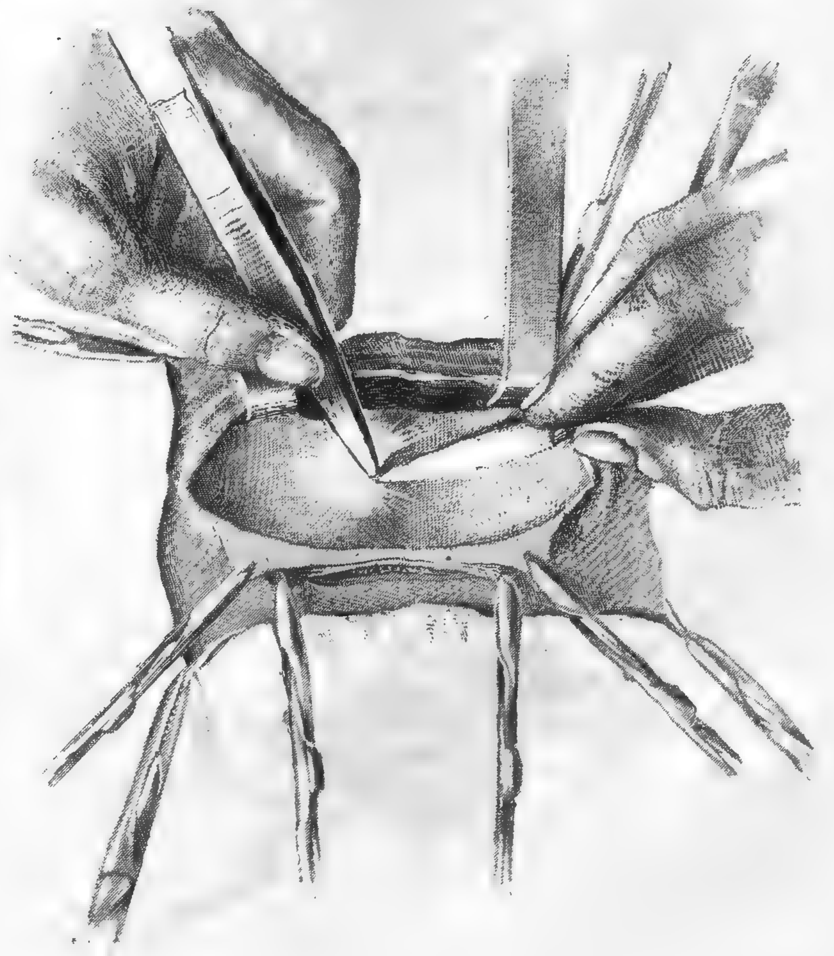


Fig. 1.


Fig. 2.


Fig. 4.


Fig. 3.


Fig. 5.

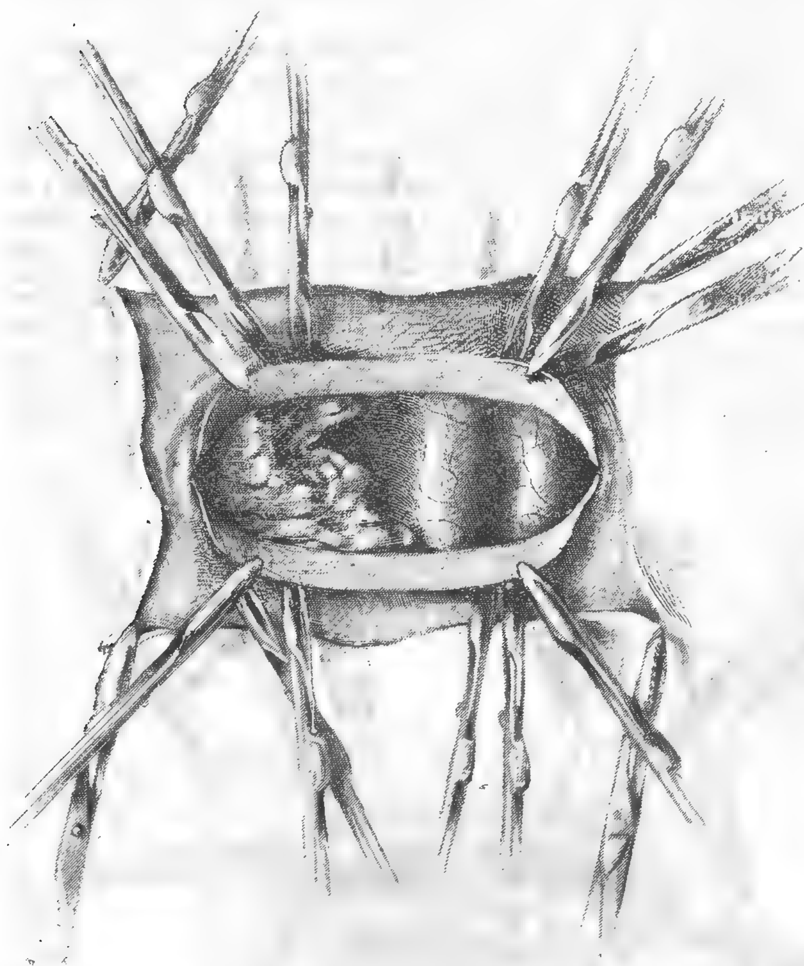


Fig. 6.

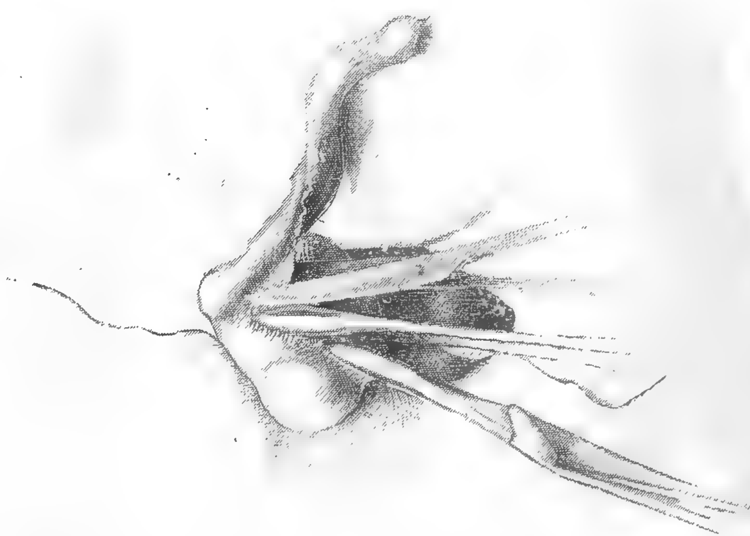


Fig. 9.



Fig. 7.

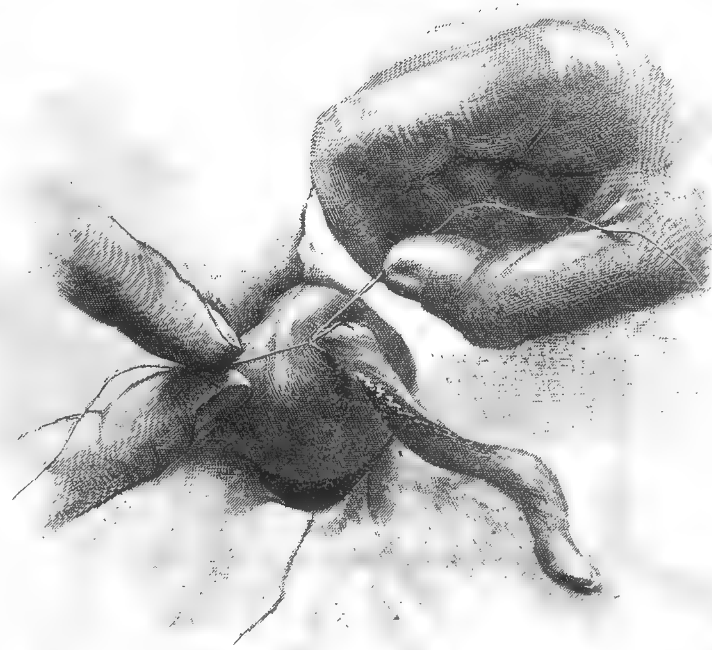


Fig. 10.



Fig .8.



Fig. 11.

2° *Pénétration dans le péritoine.* Cette manœuvre est commune à tous les procédés; par suite des accidents auxquels elle expose, elle mérite une attention spéciale.

Il est important d'avoir bien reconnu les couches que l'on vient d'inciser précédemment afin de savoir le moment où l'on arrive dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Il convient alors, en effet, d'agir avec la plus grande prudence pour éviter l'ouverture de l'intestin au cas où des adhérences le réuniraient au péritoine pariétal.

On n'incisera le péritoine qu'après l'avoir soulevé avec une pince. Tantôt on l'ouvrira immédiatement et les lèvres de l'incision seront repérées au moyen de pinces à forcipressure (*fig. 6*); tantôt on trouvera une masse constituée par des adhérences, et alors il conviendra de s'arrêter et de reporter l'incision à côté en un point où le péritoine est libre.

Aussitôt le péritoine ouvert, on doit, au moyen de compresses bien étalées, isoler complètement la cavité péritonéale et l'intestin du champ opératoire, afin de prévenir toute infection au cas d'abcès péri-appendiculaire.

DEUXIÈME TEMPS. — *Recherche de l'appendice.*

La recherche de l'appendice se fait par le toucher. Les doigts explorent la profondeur sans être guidés, au début, par la vue.

Les conditions dans lesquelles se présente l'appendice sont très différentes; un peu schématiquement on peut les ramener à trois types :

a) Appendice à peu près *libre* à part quelques adhérences le rattachant à la fosse iliaque ou à l'intestin.

b) Appendice *accolé* au cæcum dans une position quelconque ou aux parois du grand ou du petit bassin, mais accessible par une de ses faces.

c) Appendice *enfoui* soit sous le cæcum qui le recouvre, soit au milieu d'adhérences épiploïques ou autres, avec ou sans abcès.

Dans les deux premiers cas, si les doigts ne parviennent pas à découvrir immédiatement l'appendice, et pour cette découverte l'habitude joue un grand rôle, on doit se guider sur le cæcum. La main portée en dehors revient en dedans, saisissant ce qui se trouve sur la paroi iliaque postérieure; la première anse accolée est le cæcum. Celui-ci est attiré et il devient facile d'en explorer la région interne et inférieure où se trouve le point d'implantation de l'appendice.

S'il s'agit d'un appendice enfoui, la découverte en est singulièrement plus compliquée; la recherche se fait un peu au hasard; en tout cas, les manœuvres doivent être très prudentes et la libération d'adhérences ne doit être faite que sous le contrôle de l'œil, afin de tarir immédiatement tout suintement sanguin. On arrivera peu à peu, au milieu de la masse primitivement informe autour de laquelle on travaille, à reconnaître le cæcum et l'appendice. Il est absolument impossible, dans cette éventualité, de donner aucune règle précise, mais la plus grande prudence doit présider aux manœuvres.

TROISIÈME TEMPS. — *Libération de l'appendice.*

L'appendice découvert, il faut le séparer des parties auxquelles il adhère, d'une part, de son méso, d'autre part.

1° *Libération des adhérences :* Si l'appendice est presque flottant, on n'a pour ainsi dire pas à s'occuper de ce temps; deux pinces placées sur une bride que l'on sectionne alors, et l'appendice ne se trouve plus retenu que par son méso (*fig. 7*). Dans les autres cas, c'est avec les plus grandes précautions que l'on doit procéder à la séparation de l'appendice d'avec les parties auxquelles il adhère; les doigts y suffiront généralement; mais il faut absolument voir ce que l'on fait afin d'éviter des accidents sérieux et de pouvoir y remédier s'ils se produisent. Ces accidents peuvent être : l'abandon sans ligature d'une adhérence très vasculaire, l'ouverture du cæcum, la déchirure de l'uretère ou des vaisseaux spermatiques ou utéro-ovariens lorsque l'appendice est en position pelvienne.



Fig. 12.

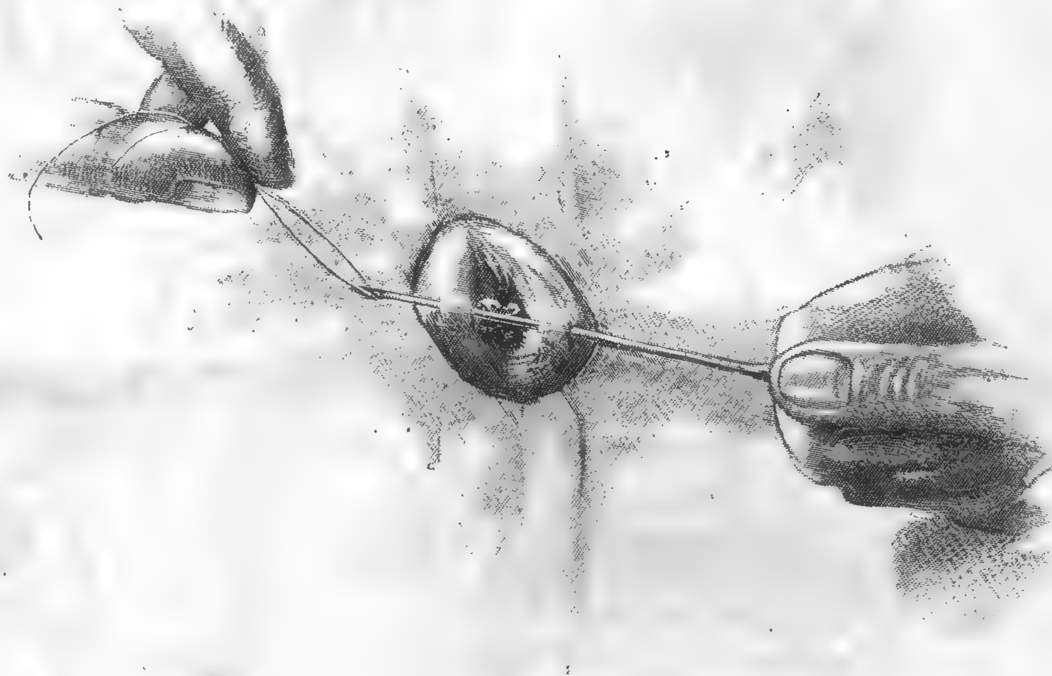


Fig. 13.

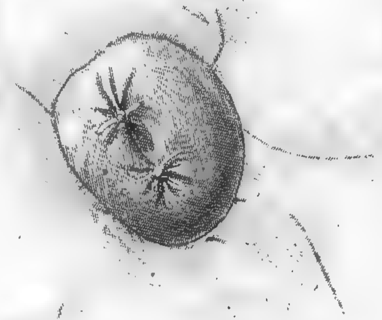


Fig. 14.

2° *Séparation de l'appendice d'avec son méso :* Cette séparation est des plus simples; sur le méso, à peu de distance de son insertion sur le cæcum, on place une pince à forcipressure et l'on sectionne entre la pince et l'appendice (*fig. 8*); puis une autre pince est placée sur le méso plus près du point d'implantation de l'appendice, et d'un nouveau coup de ciseau le méso se trouve sectionné et l'appendice complètement libéré (*fig. 9*). Deux ligatures viennent ensuite remplacer les pinces.

QUATRIÈME TEMPS. — *Résection de l'appendice.*

Il suffit de placer un fil à la base de l'appendice (*fig. 10*) et de sectionner celui-ci un peu en avant du fil (*fig. 11*). Un coup de pointe de thermocautère sur la muqueuse, le passage d'un fil refermant, par-dessus la portion cautérisée, la couche séreuse de l'appendice (*fig. 12*), et la chose est faite (1).

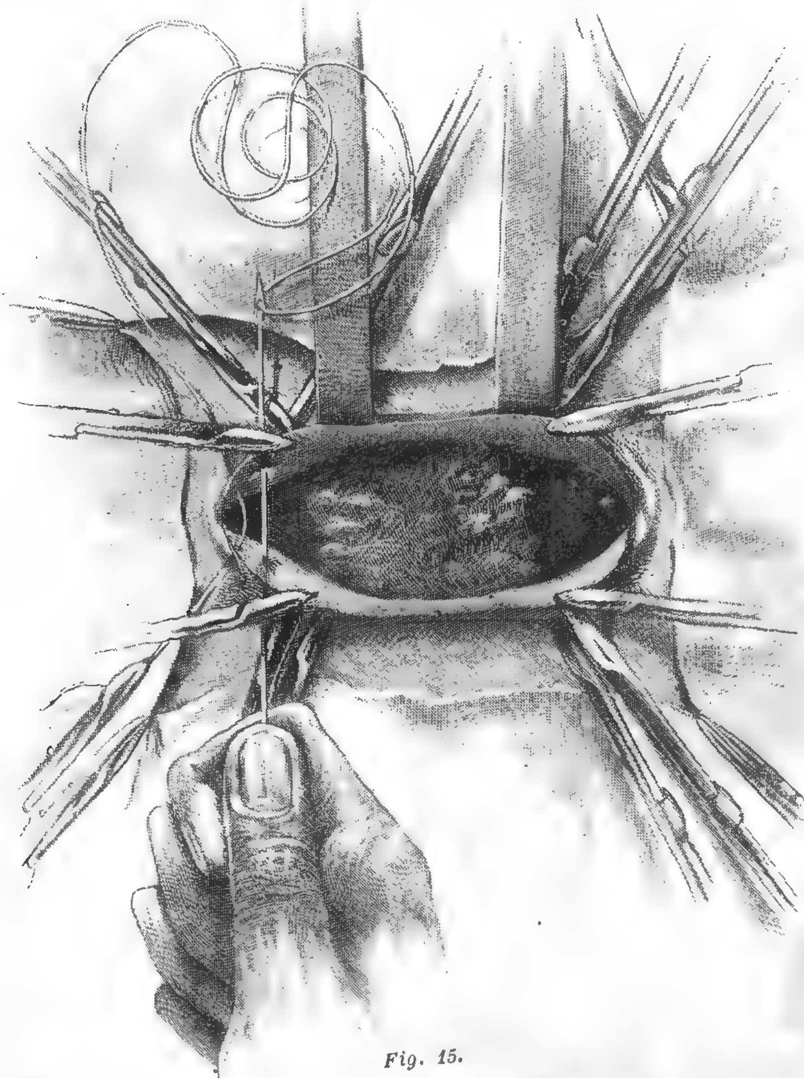
CINQUIÈME TEMPS. — *Enfouissement de l'appendice.*

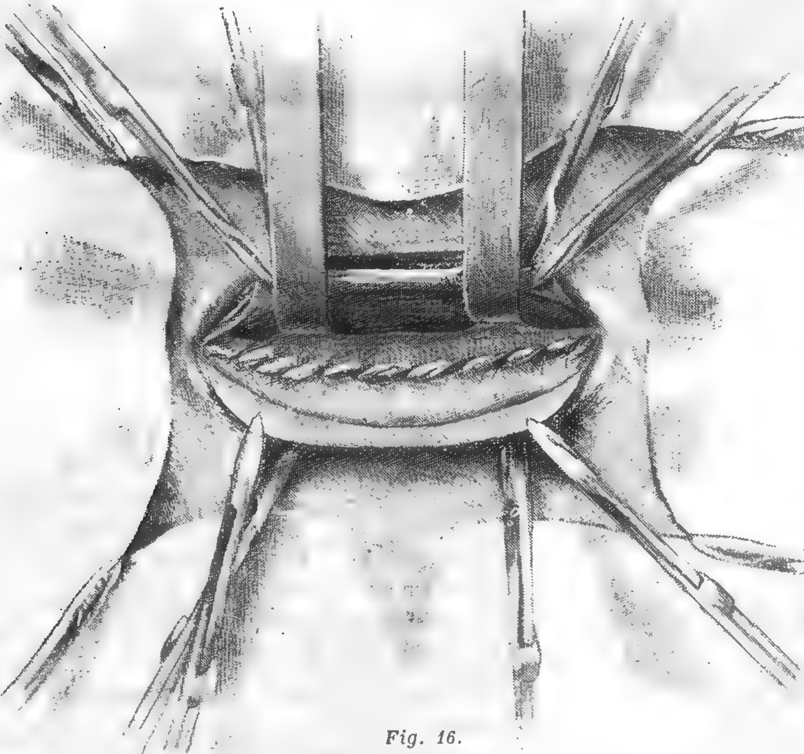
Le moignon appendiculaire peut, s'il est laissé libre, infecter la plaie ou contracter des adhérences qui deviennent, dans certains cas, l'origine de douleurs; il est donc prudent de l'enfouir dans un pli du cæcum. Deux fils sont passés sur le cæcum de chaque côté de l'appendice à une certaine distance de lui, et noués par-dessus le moignon, ramenant ainsi par-dessus lui la paroi cæcale (*fig. 13* et *14*).

SIXIÈME TEMPS. — *Nettoyage du champ opératoire.*

Il convient de vérifier une dernière fois l'hémostase du champ opératoire, surtout si des

(1) La séparation de l'appendice d'avec le méso et sa résection peuvent être effectuées en un seul temps. Il suffit pour cela d'agir comme on le fait pour une salpingectomie. Une aiguille mousse passe un fil à travers le méso-appendice; ce fil est lié d'abord autour de l'appendice le plus près possible de la base, puis autour du méso, et la section portant en avant du fil emporte en même temps le méso et l'appendice.


Fig. 15.


Fig. 16.

adhérences nombreuses ont été libérées. Il faut savoir que le moindre suintement sanguin peut entraîner des conséquences sérieuses, en constituant un milieu favorable au plus haut point à la diffusion d'une infection partie du foyer appendiculaire souvent encore septique, infection qui, sans cette circonstance, serait resté localisée au niveau du champ opératoire drainé.

Au cas où l'on aurait, au cours des manœuvres, ouvert quelque vieil abcès, on aura soin de nettoyer complètement la cavité; les parois pourront être touchées à l'acide phénique ou au sublimé.

SEPTIÈME TEMPS. — *Fermeture de la paroi.*

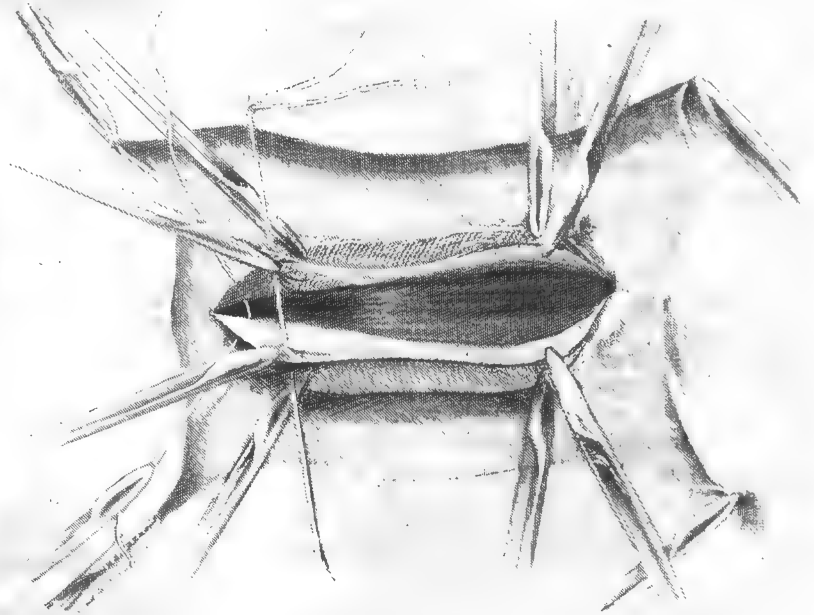
Si l'ablation de l'appendice a été facile, si l'on n'a constaté aucune trace de pus, on peut fermer immédiatement la paroi sans laisser de drain. Si, au contraire, les manœuvres ont été longues, si des adhérences nombreuses ont été libérées, et surtout si quelque foyer de suppuration existait au milieu des adhérences, il faut absolument pratiquer le drainage, au moyen d'un drain entouré de mèches de gaze qui serviront en même temps à l'hémostase.

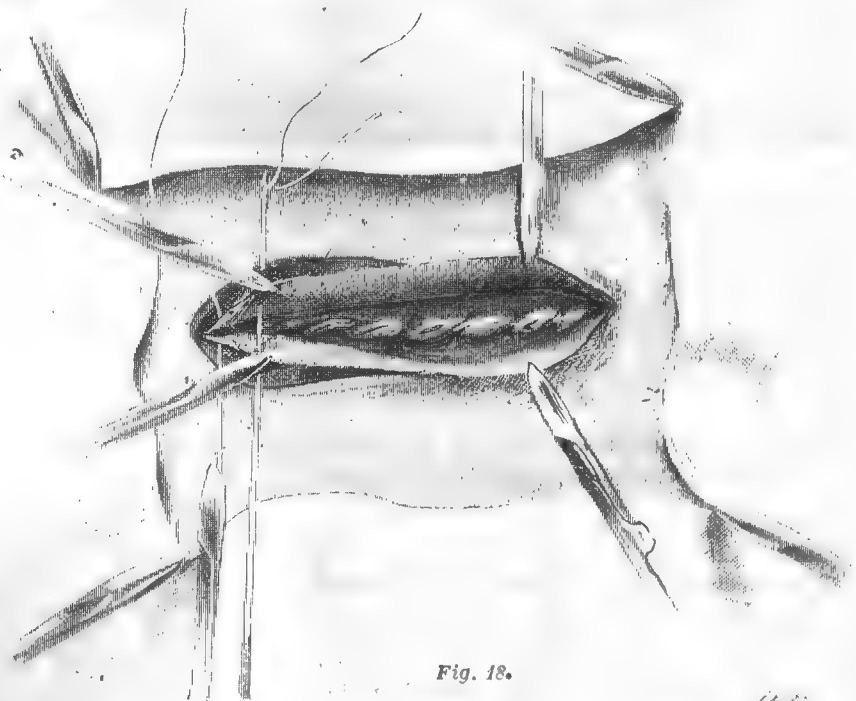
La fermeture de la paroi sera faite par un seul ou plusieurs plans de suture, suivant les préférences de chaque opérateur.

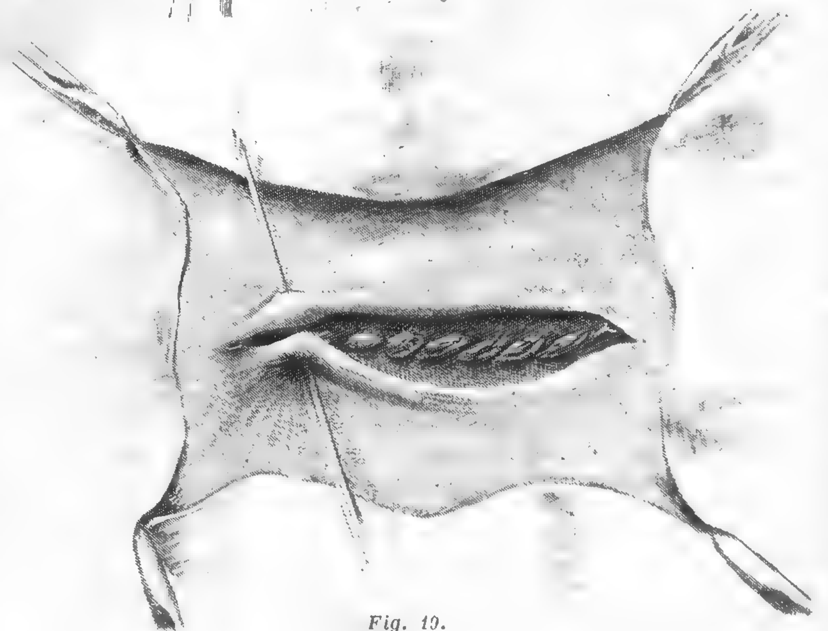
Le drain sera retiré au bout de quarante-huit heures s'il ne se produit aucun écoulement.

Dans le procédé de Jalaguier, la reconstitution de la paroi abdominale mérite une description spéciale. D'un seul coup, on ferme l'ouverture du péritoine et celle du *fascia transversalis* avec un surjet au catgut (*fig. 15* et *fig. 16*). Les écarteurs qui maintenaient le muscle grand droit récliné en dedans sont alors enlevés, et, le muscle ayant repris sa place, on fixe, par un point de catgut, son bord externe à la portion moyenne de l'angle dièdre formé par la réunion des deux feuillets de la gaine.

On réunit, par un second surjet au catgut, les deux lèvres de l'incision pratiquée sur le feuillet antérieur de la gaine (*fig. 17*), puis on suture l'aponévrose du grand oblique avec un troisième surjet au catgut (*fig. 18*); il ne reste plus qu'à réunir la peau au crin de Florence (*fig. 19*).


Fig. 17.


Fig. 18.


Fig. 19.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 mai 1900.

De l'asepsie opératoire.

M. Reynier. — Avec M. Bazy, je tiens à m'élever contre l'exagération des propositions avancées par M. Quénu. A entendre notre collègue, il faudrait, d'une façon générale, renoncer à toucher du pus ou des matières septiques lorsqu'on fait de la chirurgie aseptique: je me demande alors comment M. Quénu peut se livrer lui-même si fréquemment à des interventions sur le rectum.

Pour ce qui est de la désinfection des mains, j'ai pu m'assurer expérimentalement, après bien d'autres, combien elle est difficile à réaliser; mais l'usage des antiseptiques, et en particulier celui du permanganate, doit, à mon avis, être considéré comme produisant une désinfection suffisante.

Il me paraît dangereux de vouloir supprimer l'antisepsie pour la remplacer entièrement par l'asepsie; c'est là une utopie, et, pour ma part, je reste fidèle à la méthode mixte, dans laquelle on associe l'asepsie et l'antisepsie.

M. Delbet. — Contrairement à l'affirmation de M. Quénu et de beaucoup d'autres chirurgiens, relativement à l'impossibilité absolue de la désinfection des mains, je pense que la question est loin d'être tranchée définitivement. J'ai toujours été convaincu, en effet, qu'on peut s'aseptiser les mains d'une façon rigoureuse, même après avoir touché les matières les plus septiques; aussi me suis-je livré récemment, avec M. Widal, à des expériences qui me semblent tout à fait démonstratives et dont je désire vous communiquer les résultats. J'ai plongé mes mains pendant quelques minutes dans un liquide renfermant des cultures variées de microbes aérobies parfaitement virulents, et, après lavage soigneux, les ensemencements multiples faits avec mes mains sur bouillon et sur gélatine sont restés stériles. Nous avons répété l'expérience avec des cultures de microbes anaérobies, et le résultat a été identique.

Je me crois donc en droit de conclure qu'il y a quelque exagération à dire que l'on ne peut se désinfecter les mains après les contacts septiques, et que, comme l'a déclaré M. Tuffier, tout chirurgien qui fait un toucher rectal sans protection digitale est non seulement un chirurgien septique, mais un homme sale.

Pour m'aseptiser les mains, après un savonnage soigneux à l'eau tiède j'emploie longuement l'alcool à 90° et le sublimé, jusqu'à ce que les téguments apparaissent parfaitement mouillés dans toute leur étendue.

Traitement de la tuberculose rénale.

M. Albarran. — Je crois que dans la tuberculose rénale il est bien rare de trouver de l'urine normale dans la vessie, un des deux reins étant sain et l'uretère du côté malade oblitéré; quand il en est ainsi, le cathétérisme de l'uretère devient évidemment inutile, mais cette contre-indication est exceptionnelle; je puis en dire autant pour le cas de pyonéphrose.

Je ne partage donc pas l'opinion émise dans notre dernière réunion par M. Tuffier, qui regarde le cathétérisme de l'uretère comme inutile dans la tuberculose du rein; je pense, au contraire, que ce cathétérisme est le plus souvent indispensable pour connaître l'état comparé des deux organes avant de décider une intervention. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire, au moins dans l'immense majorité des cas, de laisser pour cela une sonde à demeure dans l'uretère.

On m'a objecté que le cathétérisme urétéral peut être dangereux; je n'ai jamais observé, pour ma part, que cette manœuvre ait entraîné le moindre inconvénient, malgré le nombre considérable d'observations que je possède actuellement. D'ailleurs, quoique, dans certains cas, le cathétérisme vésical ait pu aggraver l'état des malades, je ne crois pas que personne ait eu l'idée d'en conclure qu'il faut renoncer à ce mode d'exploration.

Abcès pelviens d'origine appendiculaire opérés par la voie prérectale.

M. Delanglade (de Marseille). — Dans un cas d'appendicite que j'ai eu l'occasion d'observer chez un jeune homme de dix-huit ans, je pus constater, un mois après le début des accidents qui s'étaient amendés progressivement, l'existence d'une collection suppurée développée au-devant du rectum; dans ces conditions, je me décidai à inciser cet abcès par la voie prérectale; le résultat fut excellent. Dans deux autres faits, j'ai été également amené à employer ce procédé pour évacuer des collections d'origine appendiculaire, après intervention par la voie iliaque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er juin 1900.

Transformation de la grippe en fièvre typhoïde.

M. Potain. — Je désire attirer l'attention sur un fait que j'ai observé à différentes reprises pendant le dernier hiver : je veux parler de la transformation de la grippe en fièvre typhoïde. Cette transformation se produit habituellement dans le cours ou au déclin de la grippe; au moment où l'on croit voir s'établir la convalescence, la fièvre augmente; le thermomètre remonte à 38° ou 39°; le malade se plaint d'une céphalalgie gravative; la rate se tuméfie, son grand diamètre atteignant progressivement 12, 15, 18 centimètres; en même temps le ventre se ballonne, on constate du gargouillement dans la fosse iliaque et bientôt on voit apparaître sur le tronc les taches rosées caractéristiques de la dothiénentérie. Si on pratique à ce moment la séroréaction, on la trouve toujours positive, alors qu'elle faisait défaut dans les premiers jours de la maladie.

La fièvre typhoïde post-grippale évolue assez rapidement sans revêtir un caractère de réelle gravité: la température ne dépasse guère 39°, le pouls oscille entre 90 et 120, mais la pression artérielle se montre toujours notablement abaissée. La défervescence arrive habituellement dix ou douze jours après l'apparition des taches rosées, et la guérison a été complète dans les six cas que j'ai observés. Le pronostic de la fièvre typhoïde ne semble donc pas aggravé du fait de l'infection grippale préexistante; toutefois il y a lieu de faire à cet égard quelques réserves, car d'autres observateurs, moins heureux que moi, ont vu la mort survenir. Les faits que je viens de rappeler ne sont, en effet, pas nouveaux; ils ont été déjà constatés à diverses reprises, et, si je les ai signalés, c'est parce qu'ils m'ont paru particulièrement fréquents au cours de la dernière épidémie.

Quant à l'existence antérieure d'une infection grippale chez tous mes malades, elle n'est pas douteuse, car non seulement les premiers symptômes (rhinopharyngite, céphalalgie, courbature, rachialgie, début brusque, etc.) furent bien ceux de la grippe, mais la date d'apparition des taches rosées (du quinzième au trentième jour) prouve que les malades n'ont pas été d'emblée des typhiques.

M. Ménétrier communique l'observation d'un sujet chez lequel une fièvre typhoïde bénigne, mais qui s'est terminée par une phlegmatia alba dolens, a succédé à la grippe. La diazoréaction d'Ehrlich et la séroréaction, qui avaient fait défaut pendant toute la première phase de l'affection, sont, au contraire, devenues positives pendant l'évolution de la dothiénentérie.

M. Rendu a observé récemment deux enfants qui ont été atteints de la fièvre typhoïde au cours de la grippe et qui ont guéri tous deux.

M. Siredey a vu, par contre, la mort survenir, en 1889, chez un jeune médecin, à la suite d'une fièvre typhoïde compliquée d'albuminurie qui s'était déclarée quinze jours environ après le début d'une grippe.

M. Widal fait remarquer que la diazoréaction d'Erhlich ne peut pas servir au diagnostic différentiel entre la grippe et la fièvre typhoïde, car on la constate dans diverses pyrexies autres que la dothiénentérie.

Ce serait également une erreur d'éliminer le diagnostic de fièvre typhoïde uniquement parce que les accidents ont débuté avec brusquerie; il y a des cas, en effet, où cette affection revêt le même caractère de soudaineté que la grippe.

M. Sevestre dit que la fièvre typhoïde à début brusque n'est pas rare chez les enfants.

Arthrites pneumococciques du genou et de l'articulation sterno-claviculaire.

M. Rendu relate l'observation d'un homme de cinquante-six ans, qui fut atteint, au décours d'une pneumonie, d'une arthrite suppurée de l'articulation sterno-claviculaire gauche et d'une arthrite séreuse du genou. Le pus de la première de ces arthrites et la sérosité retirée du genou par la ponction contenaient des pneumocoques à l'état de pureté; l'ensemencement de ces liquides donna des cultures pures de ce microbe et l'inoculation du pus à la souris détermina la mort en vingt-quatre heures. Ces deux arthrites se sont terminées par la guérison, celle de l'articulation sterno-claviculaire à la suite de l'ouverture et de lavages antiseptiques du foyer de suppuration, et celle du genou après évacuation par la ponction du liquide épanché dans la jointure, avec immobilisation consécutive du membre.

M. Béclère fait une communication sur un procédé permettant de pratiquer la *mensuration de l'aire du cœur* au moyen de la radioscopie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 juin 1900.

Du traitement de la tuberculose expérimentale par la viande crue et le jus de viande.

MM. Richet et **Héricourt.** — Nous avons inoculé la tuberculose à un certain nombre de chiens que nous avons ensuite séparés en trois lots. Les animaux du premier lot ont été soumis à l'alimentation ordinaire, et ont succombé au bout de trois à quatre semaines; ceux du second groupe ont été nourris avec de la viande cuite, et leur survie n'a pas été notablement plus longue que celle des précédents. Enfin, les chiens de la troisième catégorie ont été alimentés exclusivement avec de la viande crue, et tous sont restés en bonne santé, bien que le début de ces expériences remonte à près de six mois. L'influence curative de la viande crue sur le traitement de la tuberculose expérimentale n'est donc pas niable, car il est presque sans exemple qu'un chien tuberculisé et placé dans les conditions ordinaires survive plus de trois mois.

Le jus de viande crue paraît avoir une action sensiblement égale à celle de la viande elle-même.

Il semble encore résulter d'une autre série d'expériences que la viande crue et le jus de viande possèdent une action préservatrice sur le développement de la tuberculose. En effet, nous avons nourri exclusivement pendant plusieurs mois avec ces substances deux chiens qui ont été ensuite tuberculisés; or, ces animaux, qui depuis le moment où ils ont été inoculés n'ont plus reçu que l'alimentation ordinaire, sont encore vivants aujourd'hui, tandis que deux chiens témoins, qui n'avaient pas été soumis préventivement au régime de la viande crue, sont morts.

La quantité de viande crue nécessaire pour obtenir les résultats signalés plus haut ne doit pas être inférieure à 10 grammes par kilogramme d'animal.

Toxicité urinaire et isotonie.

MM. Claude et **Balthazard.** — Nos recherches antérieures (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 191) ont démontré qu'il est nécessaire de faire subir une correction aux résultats obtenus dans l'étude de la toxicité urinaire, à cause du défaut d'isotonie entre l'urine et le sang du lapin, choisi comme animal réactif. En prenant une série de dilutions d'une même urine, nous avons recherché celle dont la toxicité atteint le maximum; pour cette dilution, l'action nocive d'ordre physique est supprimée.

Cette recherche, pratiquée sur plusieurs urines, nous a indiqué une dilution *optima* dont le point de congélation est — 0°56, valeur très voisine du point de congélation du sérum des lapins. On pourrait donc mesurer la toxicité en employant des urines diluées jusqu'à ce qu'elles aient un point de congélation voisin de celui du sérum de l'animal. Mais bien souvent on serait alors obligé d'injecter dans les veines des quantités considérables de liquide, et on

s'exposerait ainsi à des erreurs d'expérimentation.

Aussi, contrairement à certains auteurs qui, depuis notre travail, ont préconisé cette technique, avons-nous cherché à éviter ces inconvénients en déterminant la toxicité de l'urine non diluée, et en faisant la correction au moyen d'une table construite à l'aide de nos expériences, table qui nous paraît donner une approximation suffisante. Les nouveaux faits que nous avons recueillis ont confirmé la valeur de nos premiers résultats; dans la majorité des cas, l'erreur dans le calcul de la correction d'isotonie au moyen de cette table est inférieure à $^1/_{10}$ de la toxicité vraie, ce qui, dans une recherche de cette nature, peut être regardé comme satisfaisant.

M. Hallion. — Nous avons fait il y a quelques années, M. Carrion et moi, des expériences sur le même sujet, et nous avons vu que parfois la dose d'urine nécessaire pour amener la mort s'abaisse, quand on ramène ce liquide, par addition d'eau, à l'isotonie avec le sang. Nous avons expliqué ce résultat paradoxal par les deux raisons suivantes : d'une part, si la dose d'urine est plus faible, la quantité de liquide injecté est plus grande; d'autre part, lorsque l'urine diluée est injectée à la même vitesse que l'urine pure, la durée totale de l'opération est plus considérable, ce qui permet l'intervention de certains poisons urinaires, d'action relativement lente, qui ne peuvent agir quand la mort, provoquée par une dose suffisante de poisons rapides, survient au bout de peu de temps.

M. Lapicque. — Il y a encore un autre facteur dont il faut tenir compte dans l'appréciation de la toxicité d'une urine : je veux parler des propriétés diurétiques de cette urine. On conçoit aisément qu'à une urine très fortement diurétique corresponde une toxicité faible, et inversement.

M. Hallion. — L'intensité de la diurèse que provoque une injection d'urine est en raison directe de la tension osmotique de cette urine; elle peut être telle que l'animal élimine par le rein plus de liquide qu'il n'en reçoit par les veines.

Toutefois, on n'en saurait conclure à une élimination immédiate des poisons introduits, car l'urine émise est pâle et je la crois plus riche en sels qu'en substances organiques dissoutes.

Centres régulateurs de la pression osmotique.

M. Mayer. — J'ai étudié dans une précédente communication les effets que produisent sur la pression artérielle et la vasomotricité les variations expérimentales de pression osmotique du sang dans une région donnée.

L'excitation ainsi produite se transmet aux centres par les nerfs vaso-sensitifs, et non par le contact direct du sang avec les éléments nerveux. En effet, les réactions vasculaires surviennent immédiatement; de plus, si l'on réalise expérimentalement cet apport direct, aux centres, du sang de tension osmotique anormale, on obtient des réactions vasculaires toutes différentes de celles que je viens de signaler, et très comparables, par contre, à celles de l'épilepsie viscérale.

Quant au centre auquel est transmise l'excitation, il paraît être situé dans le bulbe. En effet, la section de la moelle cervicale au-dessous du bulbe fait cesser les réactions en question; la section du bulbe à son union avec la protubérance les laisse, au contraire, intactes. La cocaïnisation de la même région les fait cesser, mais elles reparaissent quand l'action de la cocaïne est épuisée.

Excitabilité comparée du pneumogastrique et du sympathique thoracique.

MM. Courtade et Guyon. — En étudiant d'une manière méthodique l'excitabilité comparée des nerfs pneumogastrique et sympathique thoracique chez le chien, nous avons constaté que l'excitabilité, aussi bien des bouts centraux que des bouts périphériques du sympathique thoracique, est plus développée que celle du pneumogastrique. Cette faible excitabilité de pneumogastrique, tout au moins au point de vue de la sensibilité générale, a été signalée déjà par Cl. Bernard.

Sur la soif d'origine gastrique.

M. Mayer. — On sait qu'à côté de la soif d'origine générale il existe une soif dite gastrique ou alimentaire, qui se produit pendant le repas à la suite de l'ingestion d'aliments secs ou salés. Or, dans ce cas, le liquide gastrique est fortement hypertonique. En introduisant directement dans l'estomac des solutions hypertoniques, on provoque des réactions vasculaires (élévation de pression artérielle, vasodilatation locale, vasodilatation du rein, de l'intestin et de la langue) absolument analogues à celles que j'ai signalées lorsque la tension osmotique du sang s'élève dans une région quelconque.

Au moment de l'introduction dans la cavité gastrique des solutions hypertoniques, il se produit une sécrétion intense, et on peut constater que le sang des capillaires de l'estomac est devenu hypertonique.

C'est donc par l'intermédiaire du sang de ces capillaires que se produisent les réactions vasomotrices en question, ce qui permet d'affirmer que le mécanisme de la soif gastrique est le même que celui de la soif générale.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Recherches sur l'hémoglobinurie paroxystique,
par MM. J. Mannaberg et J. Donath.

MM. Mannaberg et Donath ont eu l'occasion d'observer 3 malades chez lesquels il survenait une hémoglobinurie paroxystique sous l'action du froid; à l'occasion d'un refroidissement, l'urine se colorait rapidement en rouge brun, et l'examen spectroscopique permettait d'y constater la présence d'oxyhémoglobine, les globules rouges manquant complètement dans le sédiment. La chaleur, par contre, faisait reprendre à l'urine, au bout de peu de temps, son aspect normal. Un bain de pieds froid plus ou moins prolongé suffisait régulièrement pour faire apparaître le phénomène, en même temps qu'il se produisait sur les parties immergées des troubles vasomoteurs sous forme de taches érythémateuses ou de plaques ortiées. Immédiatement avant l'apparition de l'hémoglobinurie, on pouvait constater la présence de l'hémoglobine dans le sérum.

Les auteurs, examinant le sang de leurs malades pendant les périodes normales, remarquèrent en outre une vulnérabilité exagérée des globules rouges, qui abandonnaient au sérum leur matière colorante bien plus facilement que ne le font les hématies d'individus sains. Ainsi, il suffisait d'appliquer une bande élastique à la racine d'un membre pour qu'au bout de peu de temps le sérum fût coloré en rouge. Cette dissolution de l'hémoglobine se produisait aussi quand on agitait pendant quelques minutes le sang dans une éprouvette, ou lorsqu'on le plaçait dans une atmosphère d'acide carbonique. On observe parfois, il est vrai, le même phénomène avec du sang normal, mais à un moindre degré.

MM. Mannaberg et Donath ont recherché sans succès la présence d'un ferment hémolytique dans le sang de leurs malades : le sérum de ce sang ajouté à du sang normal n'a pas produit d'hémoglobinémie; par contre, en faisant agir sur du sang normal le sérum d'un sang dans lequel on a provoqué artificiellement l'hémolyse, on constate une nouvelle destruction de globules rouges. Les auteurs concluent de leurs observations que la diminution de résistance des hématies, jointe à des troubles circulatoires, joue un rôle important dans la production de l'accès d'hémoglobinurie, sans qu'il soit toutefois possible d'émettre dès à présent une opinion fondée sur la nature de cette affection. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 3-4.) — A. J.

Désarticulation inter-ilio-abdominale,
par M. Salistschef.

Le nombre de désarticulations inter-ilio-abdominales exécutées jusqu'à ce jour étant très restreint (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 470, et 1898, p. 436), nous croyons intéressant de rapporter ici le cas publié par M. Salistschef. Il concerne un sujet de trente-huit ans qui était atteint d'un volumineux sarcome de l'os iliaque droit, s'étendant très loin sur la région de la hanche et sur l'extrémité supérieure du fémur. M. Salistschef mena une première incision de la pointe de la douzième côte jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure; puis il la prolongea dans la direction du ligament de Poupart, jusque vers la ligne médiane. Le péritoine put être décollé très facilement, et les vaisseaux iliaques furent liés à 3 centimètres de distance de la bifurcation de l'aorte. Le chirurgien fit ensuite une deuxième incision ovalaire, passant sur la branche montante du pubis, sur la tubérosité de l'ischion, près du grand trochanter et se terminant vers le milieu de la crête iliaque.

M. Salistschef pratiqua alors la désinsertion des muscles abdominaux, dénuda la symphyse pubienne et la sectionna; puis il mit à nu la crête de l'os iliaque, coupa le muscle psoas et le nerf crural, et termina l'opération par la désarticulation au niveau de l'articulation sacro-iliaque. La plaie fut réunie en grande partie par une suture et drainée par un tampon. La guérison ne fut obtenue que par seconde intention, à cause d'une légère infection de la plaie. Le malade quitta le service dans un état très satisfaisant; il ne présente actuellement aucune tendance à la formation d'une hernie abdominale au niveau de la cicatrice. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 1.) — F. DE Q.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'ulcère de jambe par l'iodoforme appliqué sous un pansement inamovible.

M. le docteur H. Baaz (de Gratz) emploie, pour le traitement des ulcères variqueux, une méthode assez complexe qui n'est qu'une modification de celle d'Unna (Voir *Semaine Médicale*, 1890, Annexes, p. CVI), et dont il s'est fort bien trouvé dans les 76 cas où il a eu l'occasion de la mettre en œuvre.

Après avoir lavé le pied et la jambe au savon noir et à l'eau chaude, puis désinfecté l'ulcère et les parties environnantes au moyen d'une solution de sublimé à 1 ‰, notre confrère saupoudre la plaie d'iodoforme et la recouvre d'un « silk protective » de Lister. Il enduit alors les tissus infiltrés et calleux du pourtour de la plaie avec de la pâte de Lassar (composée de 1 partie d'oxyde de zinc et de 1 partie de poudre d'amidon pour 2 parties de vaseline jaune) et met par-dessus de la gaze et du coton aseptiques. Ceci fait, il applique sur le pied et sur la jambe, en les séparant par des bandes de tarlatane, quatre couches successives d'une sorte de colle à l'oxyde de zinc, dont voici la formule :

Oxyde de zinc............ Gélatine................	} ââ 20 grammes.
Glycérine................ Eau distillée............	} ââ 80 —

Il termine enfin en entourant le membre d'une bande de calicot.

Le patient peut marcher avec ce pansement, que l'on ne renouvelle que toutes les trois semaines à moins qu'il ne soit traversé avant ce terme par les produits de sécrétion.

Lorsque la plaie commence à bourgeonner, on remplace l'iodoforme d'abord par une pommade à l'oxyde rouge de mercure, puis par de la vaseline boriquée.

Après guérison de l'ulcère, on continue pendant quelque temps encore, pour protéger la cicatrice, le pansement à l'oxyde de zinc gélatiné, auquel on substitue bientôt une simple bande de tricot.

En présence d'un ulcère de jambe compliqué d'inflammation érysipélateuse, on doit, avant d'instituer le traitement qui vient d'être décrit, obtenir la guérison du processus phlegmasique par le repos au lit, associé aux applications de compresses imbibées d'une solution d'acétate d'alumine.

L'eau oxygénée contre la teigne faveuse.

Un confrère italien, M. le docteur F. Simonelli (de Sienne), a traité avec succès, à la clinique de M. le docteur Barduzzi, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Sienne, trois cas de favus du cuir chevelu par l'application de compresses imbibées d'eau oxygénée à 10 ou 12 %. Dans ces observations, on n'eut besoin de pratiquer l'épilation des régions atteintes qu'une seule fois, et néanmoins la guérison fut obtenue beaucoup plus rapidement que par l'emploi de n'importe quelle autre méthode de traitement.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Doit-on traiter la fièvre ? (1)

I

La médecine antique admettait que la fièvre est *curatrice* et doit être respectée. Cette idée paraît remonter à l'école de Cos; on ne la trouve pas, il est vrai, explicitement formulée dans les écrits d'Hippocrate, mais elle découle de sa conception de la vie, dont le principe est la chaleur : la fièvre ne serait donc que l'expression de l'activité vitale.

Bien que Galien n'ait pas accordé à cette doctrine l'appui de son autorité, elle régna pendant le moyen âge et, à une époque qui n'est pas fort éloignée de nous, des cliniciens éminents ont jugé qu'il serait désirable de pouvoir provoquer la fièvre; car elle est « un effort de la nature pour chasser un stimulant anormal ». Bien plus, elle est « curative d'une maladie antérieure d'après Boerhaave, parce qu'elle possède une vertu dépurative, en séparant, comme l'a dit Sydenham, les parties pures des parties impures ». Stoll dit aussi qu'elle est médicatrice des maladies *invétérées*. Borsieri, Reil, etc., partagent cette opinion, et Dumas (de Montpellier), dans un mémoire couronné par la Société royale de médecine de Paris (2), n'hésite pas à affirmer que la fièvre est un acte *salutaire* de la nature, qui tend à la conservation du corps (3). Or, le médecin doit suivre la nature, non lui résister : *medicus naturæ minister, non imperator* (Hippocrate).

Ce n'est pas que les inconvénients et les dangers de la fièvre aient pu passer inaperçus (4); mais on pensait qu'ils étaient contre-balancés par l'effet curateur : ils représentaient un mal nécessaire. C'est en partie pour ce motif que l'introduction du quinquina dans la thérapeutique souleva tant d'opposition; le nouveau remède fut proscrit par certaines Facultés, et ceux qui osèrent l'employer furent l'objet de persécutions. En France, il fallut, pour le faire admettre, la volonté du tout-puissant Louis XIV et les ordres qu'il intima aux Facultés de son royaume.

II

Cependant, dès le seizième siècle, plusieurs auteurs fidèles à la tradition galénique recommandaient l'emploi de l'eau froide dans le traitement des fièvres; mais c'était moins pour tempérer la chaleur « que pour aider, après la période de coction, à l'expulsion de la matière morbifique par l'urine et par la sueur » (5). Pour voir employer la méthode *réfrigérante*, il faut arriver au dix-huitième siècle (6), et même à la fin de ce siècle, alors qu'à la suite de Wright, Currie et les médecins de l'école écossaise se mirent à traiter par les affusions froides le typhus, la scarlatine, etc. (1).

L'eau froide à l'extérieur fut aussi employée en Allemagne : E. Horn (2) la considérait comme la seule méthode recommandable dans le traitement du typhus. Un peu plus tard, en 1821, un prix fut proposé dans le *Journal de médecine pratique* d'Hufeland pour l'étude de la cure des fièvres chaudes par l'eau froide. Ce prix provoqua les travaux de Frölich, de Reuss et de Pitschaft (3).

En Italie plusieurs médecins, dont le plus connu est Giannini (4), traitèrent aussi les fièvres par le froid; ce dernier avait recours à l'immersion dans l'eau. Les ouvrages de Currie et de Giannini furent traduits en français et on en trouve l'écho dans quelques dissertations inaugurales; mais, sauf Portal et Récamier (5), aucun maître de l'école parisienne (6), dans la première moitié du dix-neuvième siècle, ne se préoccupa de l'*antipyrèse*. La fièvre était alors considérée comme la conséquence d'une phlegmasie, et l'on combattait celle-ci par la saignée.

III

Le discrédit dans lequel tomba rapidement la doctrine de Broussais et, plus tard, la vulgarisation de l'emploi du thermomètre en clinique modifièrent profondément les idées régnantes. Les médecins apprirent à considérer les températures élevées comme une source de dangers (7). Nul autant que Liebermeister n'a contribué à cette évolution des idées. C'est vers 1865 qu'il commença la publication de ses importants travaux, et il les résuma plus tard dans son beau livre sur la fièvre (8). D'après lui, dans tout état fébrile il existe une activité plus grande de la désassimilation; et comme alors l'alimentation est réduite, il y a nécessairement *consomption* fébrile. Tel est le grand péril des maladies chroniques. Dans les maladies aiguës, le danger est l'élévation de la température, ainsi que le prouvent l'observation clinique et les recherches expérimentales (9).

Pour lutter contre l'hyperthermie on eut recours, soit au bain froid — dont nous avons vu plus haut les débuts avec Giannini, et qui, repris par Brand (10), fut beaucoup employé en Allemagne et surtout à Lyon, grâce à l'influence de Glénard, puis de Tripier et Bouveret (1) —, soit au sulfate de quinine, essayé déjà à hautes doses en France par Briquet (2), par Monneret (3), par Legroux (4), etc., et qui fut préconisé en Allemagne par Vogt, par Wachsmuth et par Liebermeister (5), soit enfin à l'acide salicylique, introduit dans la thérapeutique par Buss (6) et dont l'action antipyrétique fut bientôt confirmée par Senator (7) et d'autres auteurs.

IV

Que l'hyperthermie par elle-même soit le grand danger de la fièvre, c'est dans l'œuvre pyrétologique de Liebermeister le point de doctrine qui a été le plus discuté : avant que les progrès de la microbiologie nous eussent appris que la toxicité est un facteur important de la gravité des maladies aiguës, la clinique avait reconnu qu'il ne faut pas exagérer les inconvénients de l'hyperthermie; Obermeier (8) et Riess (9) avaient constaté dans la fièvre récurrente que de hautes températures ne sont pas nécessairement suivies de mort; Wunderlich l'avait remarqué pour la malaria, et Unverricht affirmait que le médecin « n'avait pas le *devoir* de combattre l'élévation thermique » (10).

Revenant sur ce sujet l'année suivante (11), le même auteur contestait formellement qu'un certain nombre de symptômes fébriles, tels que les troubles cérébraux et les dégénérations parenchymateuses, si souvent constatées dans les fièvres, fussent la conséquence directe de l'hyperthermie (12). Il faisait observer qu'une même température, par exemple celle de 40° C., a des effets différents, notamment sur le sensorium, suivant la nature de l'agent fébrile.

En 1884, le professeur Naunyn (13) insistait à son tour sur la nécessité de distinguer dans un état fébrile la température et la cause essentielle de la fièvre. Des expériences consistant

---

(1) Ce travail constitue le rapport qui sera présenté sur ce sujet à la section de thérapeutique du *Treizième Congrès international des sciences médicales* qui se tiendra à Paris du 2 au 9 août 1900.

(2) Ce mémoire, analysé dans le *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie, etc.*, 1787, LXXIII, p. 107, répondait à la question suivante : « Déterminer dans quelles espèces et dans quel temps des maladies chroniques la fièvre peut être utile ou dangereuse, et avec quelles précautions on doit, dans leur traitement, l'exciter ou la modérer. »

(3) Voir, à ce sujet : DE GRIMAUD. Cours complet des fièvres. Montpellier, 1791.
Cette doctrine a duré à la Faculté de Montpellier pendant la plus grande partie de notre siècle. Voir notamment : FAGES. Recherches pour servir à l'histoire critique et apologétique de la fièvre. (*Thèse de Montpellier*, 1820.)

(4) Boerhaave et van Swieten admettent qu'une haute température cause la malignité. — Voir : LIEBERMEISTER. Ueber die Wirkungen der febrilen Temperatursteigerung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1866, 1, 3-4, 5 et 6.)

(5) TRIPIER et BOUVERET. La fièvre typhoïde traitée par les bains froids, p. 8. Paris, 1886.

(6) FLOYER. An inquiry into the right use of the hot, cold and temperate baths in England. Londres, 1697.
S. HAHN. Psychroluposia veterum renovata, jam recocta, oder wiederaufgewärmtes alt kalt Baden und Trinken. Leyde, 1738.
J. S. HAHN (fils du précédent). Unterricht von Krafft und Würckung des frischen Wassers in die Leiber der Menschen. 4ᵉ éd. Breslau et Leipzig, 1754.

(1) Voir : BOUVERET. Notes historiques sur la médication réfrigérante. Récamier. (*Lyon médical*, 20 et 27 avril 1884.)

(2) E. HORN. Erfahrungen über die Heilung des ansteckenden Nerven- und Lazarethfiebers. Berlin, 1814.

(3) FRÖLICH, REUSS et PITSCHAFT. Drei Preisschriften. (*Bibliothek der prakt. Heilk.*, 1822, fasc. supplém.) — Le prix était de 50 ducats. Le mémoire de Frölich fut couronné. Ce dernier, en 1824, fit paraître à Vienne un ouvrage important sous ce titre : Gründliche Darstellung des Heilverfahrens in entzündlichen Fiebern überhaupt und insbesondere im Scharlach.

(4) GIANNINI. Della natura delle febbri e dei metodi di curarle. Naples, 1817.

(5) Récamier fit un grand usage des bains froids *dans les cas graves*. Voir dans Bouveret (*Lyon méd.*, XLV, p. 561) son observation personnelle. Si l'on en croit son émouvante relation, il était *mourant* quand il se fit placer dans une baignoire remplie d'eau à 13° C.; il y resta douze minutes et en sortit guéri. Il convient de ne pas accepter ce récit sans réserves.

(6) A Montpellier, les bains froids ne paraissent pas avoir été introduits dans la pratique.

(7) WEIKART. Versuche über das Maximum der Wärme in Krankheiten. (*Arch. der Heilk.*, 1863, IV.)

(8) LIEBERMEISTER. Handbuch der Pathologie und Therapie des Fiebers. Leipzig, 1875.

(9) WALTHER. Ueber tödtliche Wärmeproduction im thierischen Körper. Offener Brief an Hn. Owsjannikow. (*Centr.-Bl. f. die med. Wissensch.*, 8 juin 1867.)
CL. BERNARD. Influence de la chaleur sur les animaux. (*Revue scientifique*, 5 et 19 août 1871.)
E. VALLIN. Recherches expérimentales sur l'insolation et les accidents produits par la chaleur. (*Arch. gén. de méd.*, fév. 1870.) — Du mécanisme de la mort par la chaleur extérieure. (*Arch. gén. de méd.*, déc. 1871 et janv. 1872.)
Voir aussi la littérature de la mort par hyperthermie *in* Traité de physiologie de Morat et Doyon, article *Chaleur*, p. 431.

(10) E. BRAND. Die Hydrotherapie des Typhus. Stettin, 1861.

(1) TRIPIER et BOUVERET. (*Loc. cit.*)
Voir aussi, pour les essais faits en Angleterre : WILSON FOX. On the treatment of hyperpyrexia as illustrated in acute articular rheumatism by means of external application of cold. Londres, 1871.

(2) BRIQUET. Traité thérapeutique du quinquina et de ses préparations. Paris, 1853.

(3) MONNERET. Mémoire sur le sulfate de quinine à hautes doses. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 27 juin 1843.)

(4) LEGROUX. Emploi du sulfate de quinine dans le rhumatisme. (*Journ. de méd. pratique*, 1845.)

(5) Voir la littérature complète dans l'article « Quinquina » du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Dechambre, et dans le travail de WENZ : Die therapeutische Anwendung der China und ihrer Alkaloïde. (*Thèse de Tubingue*, 1867.)

(6) BUSS. Ueber die Anwendung der Salicylsäure als Antipyreticum. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, XV, 5-6.)

(7) SENATOR. Ueber die antifebrile Wirkung der Salicylsäure. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1875, p. 461.)

(8) OBERMEIER. Ueber das wiederkehrende Fieber. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, XLVII, 2 et 3-4.)

(9) RIESS. Beobachtungen über Febris recurrens. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 et 9 août 1869.)

(10) UNVERRICHT. Ueber die Behandlung des Unterleibstyphus mit lauwarmen Bädern. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 août 1882, p. 477.)

(11) UNVERRICHT. Ueber Fieber und Fieberbehandlung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 janv. 1883.)

(12) Dix ans auparavant, Vallin, dans un travail sur la forme ambulatoire ou apyrétique grave de la fièvre typhoïde (*Arch. gén. de méd.*, nov. 1873), avait déjà constaté à l'autopsie d'un typhique *apyrétique* (voir plus loin chapitre VI) une dégénérescence cireuse typique des muscles. Plus récemment, Podvysotzki (de Kiew) (cité par Cheinisse) a attiré l'attention sur les lésions dégénératives des parenchymes dans les formes *apyrétiques graves* de la diphtérie. D'autre part, si divers expérimentateurs ont observé des dégénérations parenchymateuses à la suite d'hyperthermie expérimentale, il résulte de travaux postérieurs que ce résultat n'est pas à l'abri de toute contestation possible : Werhovsky (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, 1895, XVIII, 1) ne l'a obtenu qu'au bout de huit à dix jours chez un lapin et von Czyhlarz (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 22 juillet 1899) en produisant l'hyperthermie par la piqûre du cerveau, ainsi que l'avaient fait Richter et Löwy (voir plus loin), n'a jamais observé de dégénération parenchymateuse.

(13) NAUNYN. Kritisches und experimentelles zur Lehre vom Fieber und von der Kaltwasserbehandlung. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1884, XVII, 1.)

à maintenir des lapins dans une étuve pendant plusieurs jours et même pendant plusieurs semaines lui prouvèrent que ces animaux ne souffrent pas, tant que leur température ne dépasse pas 42° C. Quant à l'hyperthermie, indépendamment de celle de la fièvre récurrente, relativement bénigne, il a vu que, même dans la fièvre typhoïde, elle peut ne pas présenter en elle-même une grande gravité. Dans certains cas de cette maladie, il a employé avec succès des bains tièdes. Ce n'est donc pas par le mécanisme de la réfrigération que les bains sont utiles.

Cette idée fut également soutenue par von Jaksch (1) qui considère le bain froid moins comme un antithermique que comme un excitant des fonctions cutanées, et par Strümpell (2) qui explique ses bons effets par son action sur le système nerveux. En somme, vers 1885, vingt-cinq ans environ après ses débuts, la méthode de Brand avait déjà perdu une partie de la faveur avec laquelle elle avait été tout d'abord accueillie : elle n'avait pas donné, à Hambourg, de résultats meilleurs que les autres modes de traitement de la fièvre typhoïde (3) et, d'après Senator, elle n'était *strictement* appliquée dans aucun des cinq hôpitaux de Berlin (4). Sauf à Lyon, il en était de même partout où elle avait pénétré.

V

Quant aux médicaments antipyrétiques, ils étaient, à cette date, employés dans le traitement des fièvres, mais sans grande faveur; Riess (5), en maintenant au moyen de l'acide salicylique ses typhiques *au-dessous* de 39°5, avait eu une mortalité de 24 %.

La découverte de l'antipyrine, agent supérieur par son efficacité et par son innocuité relative aux antipyrétiques jusqu'alors connus, suivie peu après de celle de l'acétanilide, de la phénacétine, etc., vint bien donner, en raison de la vogue prodigieuse dont bénéficièrent ces nouveaux médicaments, un nouvel essor à la médication antipyrétique (6); mais cet essor ne dura pas longtemps, l'expérience ayant bientôt prouvé que dans le traitement des *fièvres* ces nouveaux agents n'ont pas en général une action très favorable; l'antipyrine, après une discussion longue et passionnée, fut condamnée à la Société des sciences médicales de Lyon, et Unverricht (7) démontra que ce remède, pas plus que la quinine, ne diminue la gravité de la pneumonie et de l'érysipèle, qu'elle n'abrège pas la durée de ces maladies et que les pneumoniques et les érysipélateux traités par de fortes doses d'une substance antipyrétique ont une convalescence plus lente que ceux pour lesquels on a usé de l'expectation.

Cantani (8) n'est pas davantage favorable à ces médicaments. Hale White (1) dit que le seul traitement rationnel de la fièvre est la médication spécifique et le professeur Schmitt (2) termine son magistral rapport sur la question par la conclusion suivante : « Comme antithermiques, ou plutôt antihyperthermiques, ils peuvent avoir, dans certains cas, une action favorable; le plus souvent, ils sont inutiles ou dangereux ».

La lenteur de la convalescence, le collapsus qui survient parfois chez les fébricitants soumis à de fortes doses de médicaments antipyrétiques sont facilement explicables avec l'idée que nous nous formons aujourd'hui de la maladie infectieuse : elle est le résultat de l'infection et de la réaction. C'est, en général, une condition de la guérison que la réaction soit proportionnelle à l'infection. Or, les médicaments antipyrétiques, *maniés sans précaution*, ont le défaut grave de déprimer l'économie et de mettre ainsi obstacle à une réaction utile; une dose même modérée de médicament suffit parfois à produire ce fâcheux résultat, car il est des sujets qui réagissent mal. C'est ce que prouvent les cas de pyrexie dite apyrétique dont je vais dire un mot, parce qu'ils nous éclairent sur la complexité des éléments de la fièvre.

VI

On avait noté depuis longtemps que dans le cours de maladies fébriles l'apparition de symptômes graves peut coïncider avec l'abaissement relatif de la température. Lorain, notamment, avait insisté sur la chute de la température au moment où survient le délire. Mais c'est seulement dans ces dernières années que l'attention a été fixée sur des cas, d'ailleurs exceptionnels, de maladies infectieuses habituellement pyrétiques et même hyperpyrétiques, et qui, par une anomalie singulière, évoluent sans fièvre apparente, *tout en présentant un caractère incontestable de gravité*. En 1871, Strube (3) publia un certain nombre de cas de typhus dans lesquels coexistaient, avec une très faible élévation de la température, des symptômes cérébraux graves, une roséole intense et un catarrhe bronchique très accentué. Ce mémoire avait passé presque inaperçu, quand M. Vallin (4) appela à son tour l'attention sur les cas de dothiénentérie *non fébrile* susceptibles de déterminer des accidents graves. Dans un des deux cas qu'il a publiés, la mort survint par péritonite (sans perforation visible) et l'autopsie montra les lésions caractéristiques de la dothiénentérie, une grosse rate et une dégénération cireuse musculaire très étendue, alors que la température n'avait *jamais* dépassé 37°6.

Des faits plus ou moins analogues ont été rapportés par Surmay (5), Fräntzel (6), Wendland (7), Gerhardt (8), Potain (9), Gerlóczy (10), Dreschfeld (11), etc. La plupart sont réunis dans la thèse d'Ortiz (12).

Vers le même temps, M. Fiessinger publiait des cas de scarlatine avec exanthème très accusé et sans température fébrile (1), et le professeur J. Teissier (de Lyon) (2), en rapportant l'intéressante observation d'une pneumonie sans fièvre, montrait que la plupart des pyrexies, dans certaines circonstances à déterminer, peuvent rester apyrétiques pendant presque toute la durée de leur évolution. Enfin, tout récemment, M. Triantaphylidès (de Batoum) attirait l'attention sur la valeur pronostique des abaissements thermiques dans un grand nombre de maladies, notamment dans le paludisme (3).

L'interprétation de ces faits est discutable. Charrin et Carnot invoquent la prédominance, dans ces cas, de substances hypothermisantes (4). J. Teissier croit à un certain degré d'imperméabilité rénale. Outre les causes précédentes, d'autres peuvent intervenir encore : ainsi, il est positif que l'injection d'une dose massive de certaines toxines microbiennes amène la mort en hypothermie sans qu'il y ait eu de réaction thermique. C'est ce qu'ont maintes fois constaté un grand nombre d'auteurs (5).

Dans ce dernier cas, la mort survient rapidement, sans qu'il y ait eu de fièvre; mais dans les faits de pyrexie dite apyrétique dont il a été question plus haut, il n'en est peut-être pas de même; il y a au moins tentative de réaction et l'on observe, à la vérité sans hyperthermie, un certain degré de consomption fébrile. L'épithète *apyrétique* n'est donc pas la plus convenable; celle d'*athermique* me semble mieux appropriée. Quoi qu'il en soit, ces pyrexies singulières nous montrent que l'élément thermique, bien que le plus apparent en général dans une fièvre, n'est pas l'élément essentiel et primordial, et que, comme importance pour l'économie, il cède le pas aux troubles de la nutrition (6).

VII

Si l'hyperthermie (sauf le cas où elle est excessive) ne fait qu'indiquer la gravité de l'état fébrile, *mais ne la produit pas* (Bouchard), on peut être tenté d'admettre, comme le croyaient les anciens, que la réaction thermique est salutaire.

A l'appui de l'utilité de la chaleur, on a cité l'expérience fameuse de la poule qui devient apte à contracter le charbon si on lui plonge les pattes dans l'eau froide. Mais, à mon sens, ce fait prouve, non pas l'utilité de la chaleur fébrile, mais l'inconvénient de l'hypothermie, ce qui n'est pas la même chose. J'en dirai autant des expériences de M. Cheinisse (7) dans lesquelles on voit des animaux inoculés avec le staphylocoque, puis badigeonnés avec du gaïacol, succomber à une septicémie suraiguë; cela montre également qu'en soumettant à une hypothermie un animal infecté, on le place dans de mauvaises conditions de résistance; mais cela ne prouve pas *directement* qu'une hyperthermie lui eut été utile.

Sont au contraire probantes les expériences dans lesquelles on a vu des animaux infectés survivre, s'ils étaient soumis à un léger échauf-

(1) Von Jaksch *in* Verhandlungen des Congresses für innere Medicin, 1885, p. 134 et suiv.

(2) Strümpell *in* Verhandlungen des Congresses für innere Medicin, 1885.

(3) Gläser. Bericht über die Temperaturverhältnisse in 200 tödtlich verlaufenen Typhusfällen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, XLI, 1-2.)

(4) Senator. Ueber Typhusbehandlung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 oct. 1885.)

(5) Riess. Ueber die innerliche Anwendung der Salicylsäure. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1875, p. 673.)
Voir aussi : A. Murri. Febbre e antipiretici. (*Gazz. degli Osped.*, 1884, n°s 89-91.) — Tout en se gardant d'enthousiasme pour les médicaments antipyrétiques, ce dernier auteur était du nombre de ceux qui les acceptaient volontiers.

(6) Filehne. Ueber Antipyrin. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, VII, 6.)
Voir, pour l'historique de la découverte et de l'introduction de ces substances dans la thérapeutique : Lépine. Des propriétés pharmacodynamiques et thérapeutiques des nouveaux médicaments dits antipyrétiques. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov. 1889, janv., mai et juillet 1890.)

(7) Unverricht. Kritische Bemerkungen zur Fieberlehre. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 et 20 sept. 1888.)

(8) Cantani. De l'antipyrèse. (*Semaine Médicale*, 1890, p. 303.)

(1) W. Hale White. De la fièvre et de son traitement. (*Semaine Médicale*, 1894, p. 379.)

(2) Schmitt. Les antithermiques analgésiques. (*Semaine Médicale*, 1895, p. 365.)

(3) Strube. Beitrag zur Nosologie der während der Belagerung von Paris bei der Maass-Armee beobachteten Typhusepidemien. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 mai 1871.)

(4) E. Vallin. De la forme ambulatoire ou apyrétique grave de la fièvre typhoïde. (*Arch. gén. de méd.*, nov. 1873.)

(5) Surmay. Contribution au chapitre des morts subites dans la fièvre typhoïde latente ou ambulatoire. (*Arch. gén. de méd.*, sept. 1868.)

(6) Fräntzel. Ueber schwere Erkrankungen an Ileotyphus, welche afebril oder mit geringen Temperaturerhöhungen auffallend rasch verlaufen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, II, 2.)

(7) Wendland. Zur Kenntniss des fieberlosen Verlaufs des Typhus abdominalis. (*Thèse de Berlin*, 1891.)

(8) Gerhardt, *in* Charite-Annalen, 1891, p. 208.

(9) Potain. La température de la fièvre typhoïde. (*Union méd.*, 10 sept. 1891.)

(10) Gerlóczy. Zwei seltenere Fälle von Abdominaltyphus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 avril 1892.)

(11) J. Dreschfeld. Cases of apyrexial typhoid fever. (*The Practitioner*, L, 4.)

(12) Ortiz. Fièvre typhoïde apyrétique. (*Thèse de Paris*, 1894.)

(1) Fiessinger. La scarlatine apyrétique. (*Gaz. méd. de Paris*, 4 et 11 mars 1893.)

(2) J. Teissier. Des pyrexies apyrétiques. (*Semaine Médicale*, 1894, p. 197.)

(3) Triantaphylidès. Etude clinique sur les troubles apyrétiques de la température de l'homme, dans différentes maladies. (*Grèce médicale*, mars 1900.)

(4) Charrin et P. Carnot. Action de la bile et de l'urine dans la thermogenèse. (*Arch. de physiol.*, oct. 1894.)

(5) Voir notamment : Lépine et Lyonnet. Sur quelques effets de la toxine typhique chez le chien. (*Rev. de méd.*, nov. 1897.) — Sur les effets de la toxine typhique chez le chien [2e mémoire]. (*Rev. de méd.*, nov. 1898.)

(6) Voir l'importante discussion sur les antipyrétiques qui a eu lieu au quatorzième Congrès allemand de médecine interne. (*Semaine Médicale*, 1896, p. 145.)

(7) Cheinisse. Rôle de la fièvre dans l'évolution d'une maladie infectieuse (staphylococcie). (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 6 janvier 1896, et *Semaine Médicale*, 1896, p. 26.)

fement, tandis que les témoins succombaient (1). Ces expériences sont fort nombreuses; elles ont été faites par Rovighi (2), Walter (3), Hildebrandt (4), Filehne (5), Löwy et Richter (6), Engelhardt (7). Je remarquerai seulement que dans les expériences de Löwy et Richter et dans celles d'Engelhardt l'échauffement de l'animal a été produit par les piqûres du corps strié. C'est là un processus un peu spécial (8).

Avec Lyonnet, j'ai observé que des chiens dont la *rate seule* est chauffée résistent à l'injection d'une dose mortelle de toxine (9), bien que la température de l'animal (maintenu deux heures sur la planche à expérience) soit plutôt abaissée; ce qui indique que *l'élévation de la température générale n'est pas absolument nécessaire* pour la guérison.

Quoi qu'il en soit de cette restriction, on ne peut contester que les divers résultats expérimentaux que je viens de citer ne soient, dans leur ensemble, favorables à la doctrine hippocratique. Ils ont dû contribuer sans doute à la faveur qu'elle semble rencontrer aujourd'hui, et dont témoigne le brillant plaidoyer de M. Cheinisse (10).

Gardons-nous cependant d'un entraînement irréfléchi; car la clinique ne nous montre pas que l'hyperthermie soit favorable au malade. A tout médecin observant sans parti pris, elle donne au contraire la preuve qu'il est presque toujours avantageux de modérer la fièvre. C'est ce que l'on voit notamment avec une évidence manifeste en clinique infantile, par l'administration *sagace* et *modérée* de médicaments antipyrétiques.

Prenant en considération leur commune action anesthésique, j'ai autrefois émis l'idée que ces médicaments agissent sur les centres thermogènes et « qu'ils sont antipyrétiques parce qu'ils sont nervins » (11), et cette manière de voir a été partagée par mon savant collègue M. Laborde (12). Mais je n'ai jamais pensé que ce fût là leur seule action, car on savait déjà que l'antipyrine (13), l'acétanilide (14), etc., ont une action antifermentative et antimicrobienne évidente, que Warfvinge (dans un travail analysé in *Deutsche med. Wochensch.*, 12 janv. 1888) considère comme expliquant leur pouvoir antipyrétique. Les succès des nouvelles substances dites antipyrétiques ne sauraient donc être interprétés en faveur de la méthode antithermique (1); mais peu importe : l'essentiel est qu'elles soient utiles aux fébricitants au moins dans certains cas; or cela ne me paraît pas contestable.

(1) J'ai récemment montré qu'il n'est pas nécessaire de chauffer l'animal entier et qu'en échauffant seulement un organe isolé, la rate, le pancréas sortis de l'abdomen, on peut constater l'augmentation des propriétés vitales de ces organes. Ainsi l'échauffement du pancréas amène une diminution du sucre du sang. (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 180.)

(2) Rovighi. Influence de la température du corps sur quelques processus fébriles. (*Semaine Médicale*, 1889, p. 403.)

(3) P. Walter. De l'influence exercée par la fièvre produite artificiellement sur les animaux infectés par le microbe de la pneumonie fibrineuse (pneumocoque de Fränkel-Weichselbaum) (en russe). (*Vratch*, 12 et 20 sept. et 4 oct. 1890.)

(4) Hildebrandt. Zur Kenntniss der physiologischen Wirkung der hydrolytischen Fermente. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CXXI, 1.)

(5) W. Filehne. On the action of heat and cold on erysipelas. (*Proceedings of the Physiological Society*, 11 août 1894.)

(6) Löwy et Richter. Experimentelle Untersuchungen über die Heilkraft des Fiebers. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CXLV, 1.)

(7) G. Engelhardt. Ueber die Einwirkung künstlich erhöhter Temperaturen auf den Verlauf der Staphylomykose. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, 1898, XXVIII, 2, p. 239.)

(8) Dans ce cas, ainsi que l'ont vu Kronecker et Ito (*Zeitsch. f. Biol.*, 1899, T. XXXVIII, p. 115), le duodénum (et probablement le pancréas) sont plus chauds que le rectum. J'ai vu moi-même qu'en général, il n'en est pas ainsi dans la fièvre produite par l'injection de toxine. (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 366 et 414.)

(9) Lépine et Lyonnet. (*Rev. de méd.*, 1898, p. 870.)

(10) Cheinisse. Essai sur le rôle de la fièvre dans les maladies infectieuses d'après les conceptions modernes et anciennes. (*Thèse de Montpellier*, 1896.) — Rôle et signification de la fièvre dans les maladies infectieuses, d'après les travaux récents. (*Gazette des hôpitaux*, 1er mai 1897.)

(11) Lépine. Sur l'action physiologique et thérapeutique de l'acétanilide. (*Rev. de méd.*, 1887, p. 529.)

(12) Laborde. De l'action solidaire et corrélative des antithermiques et antipyrétiques sur le système nerveux, et en particulier sur les centres sensitifs. (*Compt. rend. et Mém. de la Soc. de biol.*, 12 mai 1888, et *Semaine Médicale*, 1888, p. 197.)

(13) Brouardel. Sur l'action physiologique de l'antipyrine. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 20 déc. 1887, et *Semaine Médicale*, 1887, p. 505.)

(14) Lépine. (*Loc. cit.*)

VIII

Laissons donc la théorie : ce qui importe, en somme, ce n'est pas de connaître d'une manière abstraite les avantages ou les inconvénients de la méthode antithermique, mais bien de déterminer cliniquement le meilleur traitement des malades atteints de fièvre; or, je nie qu'en général l'expectation soit la méthode préférable et il me paraît que nous devons, suivant les indications fournies par l'état du sujet, le faire profiter tour à tour de toutes les ressources que nous offre la thérapeutique.

Je ne fais que signaler la médication spécifique réclamée si justement par Hale White : contre certaines pyrexies, la diphtérie, la malaria, la plupart des cas de rhumatisme articulaire aigu, nous l'avons à notre disposition avec le sérum, le sulfate de quinine et le salicylate de soude.

Passons à des maladies où la médication vraiment spécifique n'existe pas encore, par exemple à la grippe. Le sulfate de quinine, en premier lieu, qui me paraît à demi spécifique, le pyramidon (2) et d'autres médicaments analogues ne sont-ils pas d'un grand secours? ne modèrent-ils pas d'une manière très favorable l'état fébrile?

La fièvre des anémiques doit également être traitée; il n'y a qu'inconvénients à laisser durer chez ces malades la consomption fébrile. Or, on arrête assez facilement leurs accès par des doses convenables de sulfate de quinine.

Une autre fièvre à combattre, c'est celle des tuberculeux, en ayant toujours présent à l'esprit que les antipyrétiques, même les plus inoffensifs en général, peuvent parfois amener le collapsus chez les phtisiques. Il convient donc d'en user avec une extrême prudence; mais il faut s'en servir. On sait *qu'à titre d'adjuvant*, l'alcool, que Binz considère comme un antipyrétique (3), peut rendre chez eux des services.

Le traitement de la fièvre typhoïde est toujours en discussion. *Pour le moment*, le bain froid, avec les correctifs que nécessite chaque cas, donne de meilleurs résultats que les autres méthodes. Son action est au moins triple : il réfrigère, (4) il excite la réaction fébrile et il stimule le système nerveux. Avec le rhumatisme cérébral (5) et certains cas de fièvres éruptives, la fièvre typhoïde est la maladie où il rend le plus de services (1).

(1) Il est certain que dans les cas où elles agissent favorablement leur mode d'action est très complexe; indépendamment des effets antithermique, antimicrobien, antifermentatif et antitoxique, il en est encore bien d'autres possibles : ainsi Pöhl (*Semaine Médicale*, 1896, p. 146) admet que ces substances forment avec les acides amidés (leucine, tyrosine, etc.) des combinaisons dont l'élimination est facile.

(2) Depuis deux ans, j'ai remplacé dans ma pratique l'antipyrine par le pyramidon, qui est une espèce d'antipyrine, mais qui a sur cette dernière l'avantage d'être *beaucoup mieux toléré* à dose équivalente (on sait que 0 gr. 30 centigr. de pyramidon équivalent à 1 gr. d'antipyrine).

(3) Binz. Valeur des antipyrétiques médicamenteux. (*Semaine Médicale*, 1896, p. 145.)

(4) Voir les dernières publications du professeur Liebermeister : Ueber die Bedeutung der Wärmeentziehungen beim Fieber. (*Zeitsch. f. diät. u. physikal. Therapie*, 1898, II, 2.) — Ueber Antipyrese. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 mars 1900.)

(5) Voir : M. Raynaud. Application de la méthode des bains froids au traitement du rhumatisme cérébral. (*Journ. de thérap.*, 25 nov. 1874.)
Blachez. Rhumatisme cérébral; accidents graves; traitement par les bains froids; guérison. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 12 et 19 février 1875.)

J'arrive à la pneumonie : dans certains cas la température atteint 41°. Mais cette hyperthermie, alors même qu'elle dure plus de deux jours, n'est pas nécessairement préjudiciable aux pneumoniques. D'ailleurs, la pneumonie, avec sa grosse lésion locale, est à peine une pyrexie, ou du moins c'est une pyrexie spéciale, peu justiciable en général de l'antipyrèse (2). Il est possible, comme on l'a dit, qu'une température élevée ait une influence défavorable sur le pneumocoque; il se peut aussi qu'elle favorise efficacement la réaction de défense. Je rappelle ici que mon collègue le professeur Renaut traite avec succès par les bains tièdes ou chauds la bronchopneumonie infantile, affection dont on sait la gravité (3).

En résumé, depuis l'antiquité jusqu'à notre siècle, la vertu salutaire de la fièvre a été une sorte de dogme. Pour Liebermeister, au contraire, la chaleur était l'ennemi à combattre. Traiter l'hyperthermie, c'était traiter la fièvre.

Mais l'observation plus attentive a prouvé que si l'hyperthermie indique, en général, la gravité d'une maladie fébrile, elle est loin d'en être le principal facteur, et qu'il faut tâcher de traiter spécifiquement la fièvre.

On est arrivé à cet heureux résultat pour quelques maladies, mais pour les autres on est réduit à surveiller la réaction de l'organisme, tantôt en la modérant avec les antipyrétiques, qui sont un peu spécifiques de certaines pyrexies, tantôt en la stimulant par l'hydrothérapie, quelquefois en réfrigérant (surtout dans le cas d'hyperthermie considérable), enfin en soutenant l'économie. La maladie est loin d'être simple; la thérapeutique a pour tâche de poursuivre la complexité infinie de ses éléments.

R. Lépine,
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

MÉDECINE PRATIQUE

La gastrite et les crises gastriques d'origine dyspeptique dans le tabes.

On considérait autrefois les crises gastriques du tabes comme des manifestations purement nerveuses; cependant, des recherches récentes ont montré que les ataxiques présentent souvent de l'hypopepsie et que si, dans l'intervalle des accès, leur état général est relativement bon, un examen approfondi permet cependant de constater chez nombre d'entre eux la persistance de certains troubles des fonctions stomacales.

Quoi qu'il en soit, on s'accorde à attribuer une part prépondérante aux influences nerveuses dans la production des paroxysmes dont il s'agit. Or, dans sa thèse inaugurale, M. le docteur J.-Ch. Roux décrit une forme particulière de crises gastriques, qu'il a eu l'occasion d'observer chez des tabétiques du service de M. le docteur Dejerine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et qui sont non seulement accompagnées de troubles dyspeptiques, mais même provoquées d'une façon directe par ces derniers. C'est la gastrite consécutive à l'usage de l'iodure de potassium (si souvent employé actuellement dans le traitement du tabes) qui a servi à notre confrère de point de départ pour l'étude de ce syndrôme.

M. Roux a pu suivre, en effet, une dizaine de malades chez lesquels cette gastrite médica-

(1) Voir : A. Vogl. Ueber Typhustherapie im Münchener Garnisonslazarethe. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1885, XXXVI, 5-6, p. 542 et XXXVII, 1-2, p. 151.)
Bäumler. Praktische Erfahrungen über Kaltwasserbehandlung bei Ileotyphus. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1899, LXVI, p. 21.)

(2) La digitaline, si utile dans le traitement de la pneumonie, ne me paraît pas agir comme antipyrétique mais comme médicament cardiaque.

(3) Renaut. Traitement de la bronchite diffuse infantile par la balnéation chaude systématique. (*Semaine Médicale*, 1896, p. 125.)

menteuse se manifestait surtout par des douleurs le long des côtes. Il existait en même temps des sensations anormales au creux épigastrique, s'exagérant après les repas et l'ingestion d'iodure de potassium; mais ces sensations étaient peu pénibles et attiraient à peine l'attention des patients. Quant aux douleurs costales, qui étaient pongitives et présentaient parfois une très grande intensité, elles siégeaient surtout dans le côté gauche, au niveau des dernières côtes; lorsqu'elles étaient bilatérales, le malade se sentait serré comme dans une ceinture de fer ou dans un étau. Ces phénomènes faisaient généralement défaut tant que l'estomac était vide, mais ils apparaissaient quelques heures après le repas ou l'ingestion d'iodure de potassium.

Pendant ces crises et souvent même dans leur intervalle, la sensibilité cutanée et profonde se trouvait modifiée au niveau du point où l'on constatait d'habitude les irradiations douloureuses ayant l'estomac pour point de départ : en cette région, une simple piqûre de la peau ou la pression sur les côtes provoquaient une douleur très vive et arrachaient des cris au patient. Il s'agit donc dans l'espèce de troubles présentant une analogie frappante avec les hyperalgésies réflexes d'origine gastro-intestinale qu'on a étudiées dans ces derniers temps (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 412) et qu'on retrouve dans nombre d'affections du tube digestif.

La douleur dans les côtes à point de départ gastrique n'est donc pas spéciale au tabes. Mais ce qui fait la valeur de ce symptôme chez les tabétiques, c'est que, d'après M. Roux, il est pour ainsi dire pathognomonique des troubles dyspeptiques qui accompagnent l'ataxie. En effet, après avoir étudié ce signe dans le tabes compliqué de gastrite médicamenteuse, notre confrère l'a retrouvé chez des ataxiques atteints de gastrite alcoolique ou de dyspepsie nerveuse.

Fait important, ces douleurs disparaissent rapidement et d'une façon définitive quand l'usage de l'iodure de potassium est suspendu ou lorsqu'on institue un régime alimentaire approprié, ce qui prouve bien leur origine gastrique. Si, au contraire, on néglige ce traitement diététique, on voit se produire, d'après M. Roux, un syndrome fort analogue à la forme classique des crises gastriques du tabes, mais s'en distinguant pourtant par certaines particularités caractéristiques.

Tout d'abord, il existe toujours, en pareil cas, un état dyspeptique antérieur qui se traduit surtout par des douleurs au niveau des derniers espaces intercostaux, survenant après les repas. Très souvent les phénomènes douloureux augmentent progressivement d'intensité jusqu'au moment où se produit la crise gastrique; mais parfois aussi l'accès survient sous l'influence d'une des causes occasionnelles des paroxysmes douloureux dans les dyspepsies banales, telles que les excès alimentaires, le surmenage, les émotions pénibles, la période menstruelle, etc.

Une fois constitué, le syndrome en question présente au complet le tableau de la crise gastrique du tabes, c'est-à-dire qu'il est caractérisé par des douleurs stomacales intenses avec vomissements incoercibles, rigidité des muscles de l'abdomen et phénomènes de collapsus. Mais, au lieu de se terminer brusquement, comme les crises gastriques classiques, il disparaît d'une façon progressive, l'état du patient s'améliorant lentement sous l'influence de la diète absolue que rendent nécessaires les vomissements incessants. En outre, entre les paroxysmes, on voit persister un état dyspeptique se traduisant souvent par des douleurs costales, qui apparaissent périodiquement après les repas.

Une autre caractéristique importante de ces crises liées à la dyspepsie, c'est leur curabilité. En effet, sous l'influence d'un traitement antidyspeptique, M. Roux a pu constater la diminution du nombre et de l'intensité des accès, et parfois leur disparition complète.

Il est difficile de soulager le malade pendant les crises, mais on peut en prévenir le retour au moyen d'un régime visant à supprimer toutes les causes d'irritation gastrique, et dans lequel le lait joue un rôle important. On doit aussi combattre la constipation habituelle qui contribue à entretenir l'état douloureux de l'abdomen et favorise la production des accès sous l'influence des moindres causes occasionnelles. Il en est de même de l'entéroptose qui, chez les tabétiques sujets à des crises d'origine dyspeptique, constitue parfois une indication d'un séjour plus ou moins prolongé au lit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 5 et 12 juin 1900.

Sur un cas d'ectopie testiculaire double abdominale.

M. Lucas-Championnière. — Je vous présente un homme de vingt-deux ans que j'ai opéré il y a douze ans d'une double ectopie testiculaire abdominale. Ce sujet, chétif et malingre, était en outre porteur de deux hernies inguinales et souffrait de temps à autre de crises douloureuses au niveau de la région inguinale droite.

Je résolus de pratiquer la cure radicale des deux hernies et d'aller à la recherche des testicules pour les abaisser, si possible, après dissection et les fixer au niveau des bourses. C'est cette opération que j'ai réalisée en 1888, du côté droit d'abord et, quelque temps plus tard, du côté gauche. Immédiatement après mon intervention, le patient vit toutes ses douleurs disparaître. Actuellement, il est fort, vigoureux et son développement physique égale celui de tous les hommes de son âge. Les testicules sont restés fixés à la racine de la verge; le droit est volumineux et sensible; le gauche étant devenu assez douloureux dans ces derniers temps et gênant le malade pendant son travail, je viens d'en pratiquer l'ablation. Quant à la guérison des hernies, elle s'est parfaitement maintenue sans aucune application de bandage.

Ce fait est probablement unique, car dans tous les cas opérés jusqu'ici, les testicules ectopiés étaient situés dans le canal inguinal; il ne s'agissait donc pas de cryptorchidie vraie.

J'ai eu l'occasion de pratiquer jusqu'à présent, sur 37 sujets, 42 interventions pour ectopie testiculaire avec hernie inguinale, dont 25 fixations du testicule et 17 castrations.

La fixation du testicule est rendue souvent difficile par l'existence de trousseaux fibreux qui enchatonnent cet organe et s'opposent à son abaissement. On devra donc s'attacher à libérer très exactement ces adhérences, car c'est de leur dissection que dépend le succès de l'opération, bien plus que du mode de fixation du testicule dans les bourses.

On ne doit recourir à la castration que lorsqu'on ne peut faire autrement, la conservation d'un testicule même médiocre ayant une influence capitale sur le maintien des réflexes génitaux et sur la santé générale du sujet.

En ce qui concerne la cure de la hernie qui accompagne presque toujours l'ectopie testiculaire, les résultats ont été parfaits chez tous mes malades.

De la répartition géographique du goitre en France.

M. Poncet (de Lyon) communique le résultat de recherches statistiques faites par M. L. Mayet (de Lyon), relativement à la distribution géographique du goitre en France, au moyen des Comptes rendus du recrutement de l'armée sur les opérations des conseils de revision. Ces documents, portant sur la période comprise entre 1887 et 1896, ont permis à M. Mayet de classer les départements français en six catégories, selon le nombre de goitreux qu'ils fournissent pour 1,000 conscrits; en reportant ces indications sur une carte, il est facile de s'assurer que le goitre n'est pas répandu au hasard à la surface du territoire, car les départements les plus atteints se groupent en îlots qui occupent les régions des Alpes, des Pyrénées, du Plateau Central, du Jura et des Vosges; seuls, l'Aisne et l'Orne font des taches sombres au milieu de groupes de départements presque indemnes.

La comparaison des chiffres que M. Mayet a obtenus grâce aux comptes rendus en question avec ceux qu'il a pu relever dans divers documents concernant les deux périodes de 1816 à 1825 et de 1836 à 1845 lui permet de conclure que les points où le goitre se rencontre avec une certaine fréquence ne se sont pas sensiblement déplacés dans l'espace d'un siècle; que, de plus, la surface occupée par l'endémie paraît avoir diminué, surtout depuis cinquante ans; et, enfin, que le nombre des goitreux en France a certainement baissé, mais dans des proportions qu'il est impossible de préciser.

M. Mayet estime qu'il y a dans notre pays de 375,000 à 400,000 goitreux; mais il pense que ce chiffre est certainement trop faible et ne doit être considéré que comme un minimum.

Anévrysme de l'aorte traité par les injections de gélatine.

M. Lancereaux présente un homme de trente-sept ans, ancien paludique, atteint depuis deux ans d'un volumineux anévrysme de l'aorte. Ce malade a reçu en huit mois trente-six injections de sérum gélatiné. Sous l'influence de ce traitement, la tumeur a durci et s'est légèrement rétractée; en outre, le malade a engraissé de 10 kilogrammes; il ne souffre plus, peut rester couché sur le dos et marche facilement, ce qu'il était incapable de faire auparavant.

Rôle des moucherons dans la propagation de la variole.

M. Hervieux rend compte de quelques observations recueillies par M. Lafforgue (médecin militaire), au cours d'une épidémie de variole survenue à Tamerna-Djededa (province de Constantine).

Cette épidémie ayant sévi surtout sur les enfants habitant la partie sud-ouest du village, alors que ceux qui résidaient dans la partie nord restaient indemnes, M. Lafforgue rapporte cette immunité à l'absence, dans ce dernier quartier, des vents et des moucherons transportés par ceux-ci. Ces insectes joueraient dans la propagation de la variole un rôle analogue à celui qui a été récemment attribué aux moustiques dans la transmission du paludisme.

Traitement de l'entérocolite dysentériforme des enfants.

M. Rousseau Saint-Philippe (de Bordeaux) relate plusieurs observations tendant à démontrer que l'entérite dysentériforme des enfants est très heureusement modifiée par la poudre fraîche de pâte de guarana.

Ce médicament doit être administré sous forme de macération à froid, préparée assez longtemps à l'avance. Les doses varient, suivant l'âge, de 0 gr. 50 centigr. à 2 grammes de poudre par jour.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 mai 1900.

Mode d'action des sérums antileucocytaires sur la coagulation du sang.

M. Delezenne. — De nouvelles expériences relatives à l'action anticoagulante des sérums antileucocytaires (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 122) m'ont permis d'établir que ces sérums agissent en mettant en liberté, dans le plasma sanguin, une substance possédant des propriétés anticoagulantes directes.

Elles m'ont démontré, d'autre part, que le foie prend une part importante dans la production de ce phénomène, car l'extirpation de cet organe supprime d'une façon complète les effets anticoagulants des injections de sérum antileucocytaire; quand l'ablation est totale, on observe même le plus souvent une accélération très marquée de la coagulation. La suppression du foie permet donc aux sérums en question d'agir *in vivo* comme *in vitro*, c'est-à-dire de favoriser la prise du caillot.

Ces recherches prouvent, en outre, d'une façon indiscutable, que le mode d'action des sérums antileucocytaires sur la coagulation est le même que celui des peptones, et repose

essentiellement sur la destruction des globules blancs. Quant au rôle du foie, il me paraît possible de l'expliquer de la façon suivante : de deux substances antagonistes contenues dans le leucocyte et mises en liberté par sa désintégration, l'une, de nature coagulante, serait retenue par la cellule hépatique, tandis que l'autre, restant en solution dans le plasma, assurerait la fluidité du sang extrait des vaisseaux.

Pression osmotique de l'œuf et polyembryonie expérimentale.

M. E. Bataillon relate un certain nombre d'expériences d'où il résulte qu'en faisant séjourner pendant dix-huit heures dans une solution sucrée à 10 % ou salée à 1 % des œufs de lamproie artificiellement fécondés — ce qui a pour effet d'élever d'une façon considérable leur pression osmotique — on obtient une forte proportion de monstres polyembryonnaires. Aussi peut-on admettre, comme l'observation le faisait déjà prévoir, que la plupart des embryons doubles ou multiples ont une origine très précoce et sont dus à une séparation mécanique des premiers blastomères sous l'influence d'un excès de pression osmotique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juin 1900.

Traitement de la tuberculose rénale.

M. Pousson (de Bordeaux). — Je vous apporte une nouvelle observation de néphrectomie pour tuberculose rénale; le rein que j'ai enlevé était remarquable par son volume, et les lésions qu'il présentait correspondaient au type caverneux. J'ai pu extirper en même temps que lui 12 centimètres de l'uretère, dont les parois étaient envahies par la transformation caséeuse. Contrairement à ce que l'on observe habituellement, la généralisation pulmonaire est survenue consécutivement à l'intervention, et la malade a fini par succomber.

J'ai pratiqué aussi l'ablation d'un rein que je soumets à votre examen, et qui offre tout à fait l'aspect d'une tuberculose miliaire et nodulaire. Or, le microscope a fait reconnaître qu'il s'agissait simplement dans ce cas d'une infection colibacillaire.

M. Monod. — Chez une jeune fille de quinze ou seize ans, qui présentait des accidents infectieux assez graves coïncidant avec une tuméfaction rénale, je fus conduit à enlever un rein volumineux parsemé de petits nodules jaunâtres; l'examen histologique, fait par M. Netter, ne donna pas de résultats bien nets. Je crois que l'on peut rapprocher ce fait de celui que M. Pousson vient de nous communiquer.

M. Routier. — Il y a quelques années, j'ai observé un cas analogue à ceux qui viennent d'être rapportés. La néphrotomie m'ayant montré des nodules disséminés dans l'épaisseur du parenchyme rénal, sans caractères bien précis, je ne pensai pas devoir faire d'emblée la néphrectomie et je me contentai de suturer le rein; la guérison se fit sans incident.

M. Potherat. — J'ai eu l'occasion d'opérer un malade atteint de pyonéphrose unilatérale consécutive à une cystite blennorrhagique; la néphrotomie suffit également à assurer la guérison sans fistule.

M. Bazy. — Pour en revenir à la tuberculose rénale, M. Albarran préconise le cathétérisme urétéral, à l'exclusion de toute autre méthode, dans le but de déterminer l'état du rein opposé à celui que l'on veut opérer. Je ne crois pas que ce cathétérisme soit toujours aussi facile que notre collègue semble l'affirmer, puisque luimême a dû plusieurs fois donner le chloroforme au cours de cette manœuvre; dans ces conditions, la laparotomie exploratrice ne me semble pas plus grave. Je me demande, d'autre part, si le traumatisme créé par le cathétérisme est toujours inoffensif, et si l'exploration successive de l'uretère du côté malade et de l'uretère du côté sain n'est pas réellement dangereuse pour ce dernier. Enfin, chez les jeunes sujets, le procédé en question ne peut être mis en œuvre, en raison de l'étroitesse du canal.

Il n'est pas besoin, d'ailleurs, de cathétériser l'uretère pour se rendre compte de l'état du rein correspondant. Il suffit, en effet, d'employer le bleu de méthylène selon la méthode de MM. Achard et Castaigne, ce qui permet de savoir si l'un des deux reins est sain; ce point établi, il est le plus souvent facile de déterminer sans le cathétérisme quel est le côté malade.

De l'asepsie opératoire.

M. Poirier. — Contrairement à ce que nous a dit M. Quénu, qui recommande l'emploi des gants de caoutchouc pour les travaux de dissection ou de médecine opératoire, je ne crois pas que cette précaution soit nécessaire avec les cadavres injectés que nous avons à l'Ecole pratique de la Faculté ou à l'amphithéâtre des hôpitaux. J'ai fait procéder, à ce propos, à plusieurs séries de recherches bactériologiques, qui ont nettement démontré que ces cadavres sont absolument dépourvus de microbes infectieux, sauf dans les points où il existe des phlyctènes correspondant à un début de putréfaction. D'ailleurs, j'ai dû maintes fois interrompre mes travaux d'anatomie pour pratiquer une intervention d'urgence, et je n'ai jamais observé le moindre accident chez mes opérés.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juin 1900.

De la cure d'alimentation des tuberculeux à l'hôpital Boucicaut.

M. Letulle appelle l'attention sur la cure d'alimentation des tuberculeux, qui est pratiquée à l'hôpital Boucicaut. Les malades reçoivent six repas par jour : à six heures du matin, au réveil, on leur donne du thé et du lait, à huit heures de la soupe et de la poudre de viande, à onze heures un déjeuner composé de trois plats variés, à trois heures un goûter consistant en viandes froides, à cinq heures et demie un dîner comprenant de la soupe et trois plats et, enfin, au moment du coucher, vers huit heures et demie, on leur sert un verre de lait avec quelques gâteaux secs. Des aliments supplémentaires, tels que œufs, viande crue, crèmes, etc., sont, en outre, accordés à certains d'entre eux.

Sous l'influence de ce régime alimentaire associé au repos, la plupart des tuberculeux, qu'ils soient au premier, au deuxième ou au troisième degré, engraissent rapidement et parfois d'une façon très notable; malheureusement, au bout de quelques semaines le poids reste stationnaire et finit même par diminuer, pour redevenir à peu de chose près ce qu'il était au moment de l'entrée. D'une façon générale, les hommes retirent de plus grands avantages que les femmes de leur séjour à l'hôpital, le retour des règles coïncidant presque toujours, chez celles-ci, avec une diminution de poids.

La conclusion pratique qui se dégage de ces faits, c'est que les tuberculeux devraient être transférés à la campagne, lorsqu'après un séjour de quelques semaines à l'hôpital leur embonpoint et leurs forces cessent de croître.

M. Rendu dit avoir remarqué aussi que tous les tuberculeux engraissent à l'hôpital sous l'influence du repos et d'une alimentation généralement plus copieuse que celle qu'ils sont accoutumés de prendre; mais, comme vient de le signaler M. Letulle, cette augmentation de poids ne se maintient pas, parce qu'au bout de quelque temps les malades perdent l'appétit et que toutes les tentatives pour stimuler leurs fonctions digestives échouent. La nécessité s'impose donc de transférer les tuberculeux à la campagne après un certain temps de séjour à l'hôpital.

Des fièvres typhoïdes à début brusque.

M. Widal. — Si la fièvre typhoïde débute en général par une période d'incubation plus ou moins longue, elle peut, par exception, éclater d'une façon brusque et violente, à la façon d'une pneumonie, en surprenant brutalement un organisme en pleine santé. Guéneau de Mussy avait déjà noté la possibilité de ce début soudain de la maladie en question.

Dans un cas, j'ai vu l'affection éclater brusquement, sans prodromes, par un grand frisson et une violente céphalalgie, chez un homme qui venait de danser pendant plusieurs heures. Ce malade dut prendre le lit immédiatement, et le sérodiagnostic, pratiqué cinq jours plus tard, montra une agglutination déjà élevée.

J'ai observé le même début brusque par frisson et céphalalgie chez une dame jusque-là bien portante, qui fut prise de ces symptômes en faisant des courses, et chez une autre jeune femme qui fut frappée au milieu de son travail. Le sang, chez l'une d'elles, agglutinait déjà à 1 pour 150 au bout de trois jours. Ce fait prouve qu'avant l'explosion brutale des accidents, le bacille doit déjà germer silencieusement dans l'organisme.

De tels faits sont bien entendu exceptionnels. Je les ai relevés sur un grand nombre d'observations, mais ils montrent qu'il faut parfois penser à la fièvre typhoïde, alors même que le début n'a pas été lent et insidieux.

M. Vincent dit aussi avoir été plusieurs fois témoin de ce début brusque et instantané de la dothiénentérie chez les jeunes soldats, surtout en Algérie. Quelques auteurs ont prétendu expliquer cette particularité par une association du paludisme et de la fièvre typhoïde; mais c'est là un fait qui est loin d'être constant. Quant à leur marche, les dothiénentéries à début brusque seraient, d'après l'orateur, plus longues que les fièvres typhoïdes ordinaires; leur pronostic serait également un peu plus sévère.

M. Widal. — Dans les observations que j'ai recueillies, la marche de la maladie a été en général normale et bénigne. Je n'ai vu qu'un cas mortel, et il s'agissait d'un sujet tuberculeux depuis quatre ans.

M. Rendu croit que c'est surtout chez les sujets fatigués ou surmenés que l'on voit la fièvre typhoïde éclater brusquement.

M. Siredey estime que le surmenage intellectuel, tel qu'il résulte de la préparation des concours, peut aboutir au même résultat.

M. Sevestre déclare que, d'après ses observations, la fièvre typhoïde qui se déclare subitement ne paraît pas avoir une gravité plus grande que celle qui est précédée de prodromes.

Cholécystite suppurée à bacilles d'Eberth.

M. Parmentier relate l'histoire d'un malade qui a été atteint, durant une fièvre typhoïde, d'une cholécystite suppurée. Cette affection, après avoir simulé un moment une appendicite, se termina par la mort, malgré l'ouverture de la vésicule biliaire et l'évacuation de son contenu.

M. Widal cite le cas d'un dothiénentérique chez lequel des douleurs exactement localisées au niveau de la vésicule biliaire, avec tuméfaction de la région, firent croire à l'existence d'une cholécystite. Le ventre fut ouvert et la vésicule trouvée intacte; il s'agissait sans doute d'une tumeur fantôme produite par la contracture des muscles de l'abdomen. Le malade succomba, ce qui n'a pas lieu de surprendre, car les opérations pratiquées sur l'abdomen au cours de la fièvre typhoïde sont presque toujours mortelles. Aussi les indications opératoires sont elles, chez les dothiénentériques, extrêmement délicates à saisir.

Lésions radiculaires et névritiques dans un cas de zona.

M. Ballet. — J'ai eu récemment l'occasion d'examiner le système nerveux d'un homme de soixante-huit ans porteur d'un zona cervicothoracique gauche et ayant succombé à une pneumonie.

L'examen microscopique des racines et des nerfs a montré : 1° une destruction presque complète de la troisième racine cervicale postérieure; 2° des lésions manifestes, quoique peu marquées, de la deuxième racine; 3° des altérations très légères des nerfs du plexus cervical tant superficiel que profond.

Il s'agissait donc, en réalité, chez ce malade qui, cliniquement, présentait le tableau de la fièvre zoster, d'une névrite radiculaire prédominante au niveau de la troisième racine cervicale postérieure.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 juin 1900.

De la préparation du suc de viande crue employé dans le traitement de la tuberculose expérimentale.

M. Richet estime que le meilleur moyen de préparer le jus de viande crue consiste à faire congeler une certaine quantité de viande que l'on abandonne ensuite à elle-même. Le liquide qui s'écoule spontanément alors contient tous

les éléments de la trame musculaire en quantité notablement plus élevée que le jus de viande obtenu par expression.

L'orateur montre deux chiens, tuberculisés depuis plusieurs mois, qui ont été nourris avec du plasma musculaire ainsi préparé et dont l'embonpoint et la santé ne laissent rien à désirer. La suralimentation, d'après M. Richet, serait tout à fait étrangère à ce succès, qu'il attribue à la présence dans le suc musculaire d'une substance s'opposant au développement des granulations tuberculeuses.

M. Chantemesse fait observer que pour pouvoir affirmer que la suralimentation n'est pas en cause dans les résultats expérimentaux présentés par M. Richet, il faudrait être sûr que les animaux tuberculisés auxquels il fait prendre du jus de viande ou de la viande crue ne se nourrissent pas plus abondamment que les autres. Il serait possible, en effet, que le suc de viande agisse à la façon d'un stimulant de l'appétit et de la digestion, et qu'il faille attribuer à une suralimentation indirecte les bons effets des préparations de viande crue chez les tuberculeux.

M. Richet croit avoir remarqué — malgré l'impossibilité d'apprécier exactement la quantité de nourriture réellement absorbée par ces animaux — que les chiens qui prennent de la viande crue mangent moins que ceux dont le régime n'a subi aucune modification.

M. Bouchard rappelle que les observations cliniques sont en parfaite concordance avec les expériences de M. Richet, et que la conclusion pratique qui se dégage de l'ensemble de ces faits est qu'il faut s'efforcer de transformer en carnivores tous les individus menacés ou déjà atteints de tuberculose.

De la diurèse produite par les injections intravasculaires de solutions hypertoniques.

M. Balthazard. — Quand on injecte une solution de glycose à 25 % à la dose qui, d'après MM. Hédon et Arrous, produit la diurèse maxima, soit 40 c.c. par kilogramme de lapin, on constate que l'urine émise a une concentration moléculaire de moitié environ plus faible que l'urine normale du même animal. Le nombre des molécules ayant traversé le rein pendant les vingt-quatre heures qui suivent l'injection, déterminé par la cryoscopie, est supérieur à celui des molécules qui passent normalement dans le même temps; mais si de ce nombre on retranche les molécules de glycose provenant de l'injection, on constate que la dépuration urinaire a été plus faible que d'ordinaire.

On obtient des résultats analogues lorsqu'on injecte une solution de chlorure de sodium à 5 %, isotonique à la solution de glycose à 25 %; les quantités d'urée et d'azote total contenues dans l'urine du jour de l'injection sont très notablement inférieures à celles des jours voisins.

Les injections intravasculaires de solutions hypertoniques ont donc pour effet de soustraire à l'organisme beaucoup d'eau, mais très peu de matériaux solides organiques. Sans parler de l'action nuisible que de semblables injections exercent sur les globules rouges, elles ont sur la dépuration urinaire une action très défavorable, et il ne semble pas, par suite, que leur emploi en thérapeutique soit jusqu'à présent justifié. En injectant les mêmes solutions dans le tissu cellulaire sous-cutané, on produit une diurèse aussi intense et plus durable, sans exercer d'action nocive sur les globules et sans entraver la dépuration urinaire.

M. Hallion. — Les faits que vient de communiquer M. Balthazard ne sont pas spéciaux aux solutions hypertoniques, car je les ai déjà signalés avec M. Carrion (Voir *Semaine Médicale*, 1896, page 295) en ce qui concerne les injections de solutions salées désignées habituellement sous le nom de sérum physiologique. Il n'est donc pas exact, comme on l'admet généralement, d'attribuer les bons effets de ces injections à une sorte de lavage du sang et des tissus. L'énorme diurèse qu'elles provoquent s'accompagne en effet, — si paradoxal que semble ce résultat —, d'un ralentissement passager dans l'élimination des matériaux de l'urine autres que le chlorure de sodium et l'eau.

Sur la résorption du sang injecté dans la cavité péritonéale.

M. J. Lesage. — On sait que le sang injecté dans la cavité péritonéale est absorbé en nature et que, d'après MM. Hayem et Barrier, le passage des hématies du péritoine dans le canal thoracique se fait librement. Nous avons repris l'étude de cette question au moyen de l'expérience suivante :

Sur un chien de forte taille, nous pratiquons sous anesthésie une fistule du canal thoracique, puis nous isolons une carotide et nous transfusons exactement 200 c.c. de sang carotidien dans le péritoine du même animal.

Pendant trois quarts d'heure, la lymphe qui s'écoule de la fistule est incolore; mais au bout de ce temps, elle devient faiblement rosée; sa coloration s'accentue de plus en plus et, au bout d'une heure, elle devient franchement rouge. L'examen microscopique permet d'y constater alors la présence de très nombreuses hématies libres, d'aspect absolument normal.

Nous avons remarqué, d'autre part, que la lymphe du canal thoracique prélevée à l'autopsie d'animaux ayant subi cette même opération de la transfusion depuis un laps de temps compris entre trente-six et quarante-huit heures peut renfermer un certain nombre de leucocytes emprisonnant dans leur protoplasma un ou plusieurs globules rouges.

En résumé, une heure après l'injection de 200 c.c. de sang dans le péritoine du chien, les hématies commencent à passer librement, sans altération et en très grand nombre, dans le canal thoracique. Puis, par une diapédèse active au niveau du péritoine, les leucocytes viennent englober les globules retardataires, qu'ils entraînent dans le système lymphatique; le processus se continue jusqu'à ce que la séreuse ait complètement repris son aspect normal.

Toxicité urinaire et isotonie.

M. Quinton. — Pour apprécier la *toxicité vraie* d'une urine, certains auteurs ont cru qu'on pouvait éliminer la *toxicité osmotique* en ramenant l'urine, par addition d'eau distillée, au point de congélation du sérum. Mais l'élément principal de l'urine est l'urée, et cette substance fait exception aux lois physiologiques de l'osmose. En effet, une solution isotonique d'urée se comporte vis-à-vis du globule rouge comme de l'eau pure : l'hématie se gonfle à son contact, puis abandonne sa matière colorante, exactement comme dans l'eau distillée. Or, la présence d'urée dans une solution élève notablement le point de congélation de celle-ci; une solution d'urée à 10 ‰ se congèle, en effet, à — 0°28. Une urine ramenée au point de congélation du sérum, et contenant encore une proportion importante d'urée, est donc plus ou moins fortement hypotonique par rapport à l'hématie. Son injection, par conséquent, n'est pas exempte des troubles de l'osmose que l'on croyait éviter grâce à cette dilution.

Bien mieux, ces troubles peuvent ainsi être aggravés. L'urine brute, en effet, défalcation faite de l'urée qu'elle contient, est souvent plus voisine de l'isotonie hématique qu'elle ne l'est après qu'on lui a donné un point de congélation analogue à celui du sérum. Cette considération explique les résultats curieux obtenus par MM. Lesné, Bernard, Hallion et Carrion qui ont observé pour l'urine isotonique une toxicité souvent plus forte que celle de l'urine brute.

De toutes façons, la méthode actuelle est défectueuse, puisqu'elle ne permet pas de mesurer la toxicité vraie de l'urine, en éliminant sa toxicité osmotique.

M. Laveran fait une communication sur une nouvelle méthode de coloration des noyaux applicable en particulier à l'étude des hématozoaires endoglobulaires.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 7 juin 1900.

Suppurations multiples de la peau au cours d'un eczéma séborrhéique.

M. Du Castel. — Voici une malade, évidemment séborrhéique, qui est atteinte depuis six ans d'une éruption eczémateuse de la face et du cou avec poussées à répétition. Elle présente en même temps sur la nuque, depuis un an et demi, une tumeur ayant l'aspect de l'acné chéloïdienne, atteignant les dimensions d'un œuf d'oie et criblée de foyers suppurés. Des abcès multiples existent aux aisselles. Les grandes lèvres, de leur côté, sont extrêmement tuméfiées du fait de folliculites purulentes. Cette femme offre ainsi un type net d'éruptions par infections cutanées externes.

M. Sabouraud. — Dans ce cas, l'état plissé et vernissé de la peau, qui se recouvre sur certains points de lamelles minces, jaunâtres, impétiginiformes, permet d'affirmer qu'en faisant à ce niveau des prélèvements, puis des ensemencements dans un milieu convenable (bouillon et sérum d'ascite), on isolerait le streptocoque pyogène. Je ne prétends pas pour cela que ce microbe soit la cause première de l'eczéma de cette malade; mais les caractères spéciaux que je viens de relever prouvent que cet agent est certainement intervenu actuellement dans le développement de la dermite. Pour ce qui est de l'acné chéloïdienne, je dois dire qu'il est de règle de trouver du staphylocoque dans le pus de cette affection.

Gangrène cutanée de la face.

M. Brocq présente une jeune femme atteinte d'une gangrène cutanée de la face, d'origine mal déterminée. Cette affection a débuté il y a un an et s'est manifestée par trois poussées successives, le processus gangreneux envahissant, à chaque fois, l'épiderme, le derme, une partie du tissu cellulaire sous-cutané et les muscles peauciers sous-jacents, et donnant lieu à des eschares considérables qui n'ont jamais intéressé, cependant, la muqueuse buccale ni le tissu cellulaire sous-muqueux. Il est remarquable que les zones frappées pendant ces trois poussées figurent assez exactement des bandes parallèles, l'affection ayant toujours progressé d'arrière en avant. A l'heure actuelle, on constate sur le visage de la malade deux bourrelets chéloïdiens anciens et une saillie inflammatoire plus récente, formant trois sortes de vagues concentriques à convexité antérieure, courant obliquement depuis l'œil gauche jusqu'à la région du maxillaire inférieur du même côté et traversant par conséquent toute la joue gauche.

On n'observe chez cette malade ni troubles de la sensibilité, ni stigmates d'hystérie.

M. Veillon a bien isolé des streptocoques et des staphylocoques au niveau des lésions, mais il ne semble pas qu'on puisse rattacher le processus gangreneux à la présence de ces microbes.

Acné chlorique.

M. Hallopeau. — Voici un homme qui travaille dans une fabrique de produits chlorés. Il est porteur d'une éruption acnéique généralisée, avec coloration noire des comédons, semblable à celle que présentaient les ouvriers dont M. Thibierge a récemment relaté les observations (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 24).

La pathogénie de cette affection doit être rapportée à l'action de deux substances différentes : la première, le chlore probablement ou un de ses composés, provoque l'inflammation et l'hypersécrétion des glandes sébacées; l'autre colore en noir la surface des comédons. Il serait bon de rechercher si celle-ci ne serait pas un composé plombique : le fait que le chlore est produit dans des chambres de plomb est favorable à cette supposition.

Traitement d'un cas de lupus nasal et pituitaire par les courants à haute fréquence et à haute intensité.

M. Didsbury. — Le sujet que je vous présente était atteint depuis 1894 d'un lupus nasal et pituitaire. Son nez était complètement obstrué par des végétations lupiques; il se produisit en outre de l'épiphora, en même temps que survenaient un abcès périlacrymal et une perforation de la cloison à bords épais, rouges, granuleux, indolents.

Après une vingtaine de séances d'effluves à haute fréquence dirigées à l'aide d'un excitateur intranasal, l'obstruction avait disparu, le malade ne respirait plus par la bouche, la muqueuse pituitaire était redevenue rosée, unie et semblait normale. L'application de ces courants a toujours été indolente; elle a seulement déterminé parfois un peu de céphalée nocturne. Il y a eu quelques épistaxis passagères au moment de l'introduction de l'excitateur.

M. Brocq. — Il est souvent difficile de faire la part de l'intervention thérapeutique dans les

améliorations que présente le lupus nasal. L'expérience m'a démontré en tous cas que dans le lupus vulgaire des surfaces cutanées la méthode des courants électriques à haute fréquence et à haute intensité n'apporte que des modifications insignifiantes : on observe de la décongestion, mais jamais une rétrocession durable. Aussi en revient-on dans le traitement du lupus aux procédés anciens, c'est-à-dire à la cautérisation et aux scarifications.

M. Gastou. — Après avoir eu un insuccès complet dans un cas de lupus, j'ai obtenu par les courants à haute fréquence une amélioration notable dans un cas de tuberculose cutanée chez un enfant.

Malformation de l'oreille chez un hérédo-syphilitique.

M. E. Fournier. — L'enfant que voici, âgé de quatre mois, est affecté depuis six semaines d'une syphilide papulo-croûteuse typique. La mère ne présente aucune trace suspecte et je n'ai rien pu recueillir de précis concernant la santé du père ; je me crois cependant autorisé à considérer cet enfant comme hérédo-syphilitique. En effet, la mère a eu 8 grossesses : elle a fait d'abord une fausse couche ; puis elle a donné naissance à 2 enfants morts en bas âge, dont l'un était hydrocéphale ; enfin elle a successivement mis au monde 5 enfants encore vivants ; 2 d'entre eux sont, paraît-il, bien portants ; sur les 3 derniers, un a des déformations rachitiques des quatre membres ; un autre est affecté depuis la première enfance d'incontinence d'urine ; le troisième, enfin, est celui que vous avez sous les yeux. Cette généalogie dénonce l'hérédo-syphilis, qui, chez notre petit malade, s'affirme par des manifestations absolument spécifiques.

Cet enfant, en effet, a le facies vieillot si particulier aux hérédo-syphilitiques. On constate, en outre, chez lui de l'hypertrophie de la rate et du foie, des malformations crâniennes déterminant une saillie exagérée des bosses frontales et pariétales, une hernie ombilicale et des stigmates ophtalmoscopiques typiques d'hérédo-syphilis sous forme d'amas pigmentaires péripapillaires et de coloration grisâtre des papilles avec dépigmentation très prononcée de la région centrale du fond de l'œil. Enfin je vous signale la malformation très particulière de son oreille droite, qui, comme vous le voyez, présente l'aspect d'un cornet dont les parois ne figurent plus aucun des éléments constitutifs du pavillon normal de l'oreille. C'est une véritable monstruosité qu'on doit rattacher certainement dans ce cas à l'influence dystrophique de l'hérédo-syphilis.

Favus anormal.

M. Georges Baudouin montre un moulage représentant un cas de favus observé récemment à la consultation de Saint-Louis chez un sujet de vingt-sept ans. La lésion, qui siège à la partie médiane et externe de l'avant-bras droit, est constituée par quatorze petits godets faviques agminés reposant sur une zone rouge légèrement enflammée ; elle ne datait que de deux mois. En aucun autre point de la surface cutanée, on ne trouve trace de favus récent ou ancien. Il y a lieu de remarquer que ces productions faviques ne sont pas implantées bien profondément, à en juger par la facilité avec laquelle elles se sont laissé détacher de la peau sous-jacente et par l'intégrité presque absolue de celle-ci.

Tous ces caractères font de ce cas un exemple assez anormal de favus. Quant à la contamination, elle paraît devoir être rapportée à des plumes que le sujet était obligé de manier pour la fabrication d'objets de literie.

Syphilide ulcéreuse de la voûte crânienne avec formation d'un séquestre osseux.

M. Hallopeau montre une femme qui est atteinte de syphilides gommeuses du front, et qui présente au niveau de la région pariétale gauche une large syphilide ulcéreuse ayant mis à nu la surface osseuse. A ce niveau se trouve un séquestre qui est le siège d'une suppuration associée à la lésion syphilitique. Le traitement spécifique restant sans effet sur le processus pyogène qui est, d'autre part, susceptible de déterminer une encéphalopathie mortelle, il y a lieu de pratiquer l'extirpation du séquestre.

Abcès cutanés à gonocoques sur la verge.

M. Gastou présente le moulage de la verge d'un malade affecté de blennorrhagie. Toute la partie supérieure de la surface cutanée de l'organe est le siège de petits abcès, formant une traînée depuis le prépuce jusqu'au pubis ; le pus de ces abcès renfermait des gonocoques.

Périostite orbitaire hérédo-syphilitique.

M. Antonelli rapporte l'observation d'une malade du service de M. le professeur Fournier, âgée de trente-neuf ans et atteinte de périostite orbitaire. C'est là une manifestation d'une hérédo-syphilis tardive ; on aurait pu croire à une affection lacrymo-ethmoïdale, mais le diagnostic a été établi grâce à la constatation de deux stigmates ophtalmoscopiques caractéristiques, la pigmentation du disque papillaire et la dystrophie pigmentaire de la chorio-rétine.

M. Balzer présente un cas de *dermatite bulleuse congénitale à kystes épidermiques* siégeant aux mains, aux avant-bras et aux coudes.

M. Cathelineau relate l'observation d'un cas de *dermite frontale* produite chez une femme par une teinture pour les cheveux.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 30 mai 1900.

Traitement des rétrécissements de l'urèthre.

M. Lohnstein. — On sait avec quelle facilité récidivent les rétrécissements de l'urèthre, quels que soient les moyens employés pour les faire disparaître. On ne compte plus les échecs de la divulsion et de l'uréthrotomie interne. Frappé de ces insuccès, je ne me sers plus, depuis quelques années, que de l'uréthrotome de Bottini chauffé au rouge. Chez aucun des 17 malades que j'ai traités par cette méthode, je n'ai observé de récidive.

M. Freudenberg dit que Middeldorpf a déjà employé un procédé analogue, mais sans aucun bénéfice. Les opérations de M. Johnstein sont, du reste, trop récentes pour qu'on puisse affirmer qu'elles ne seront pas suivies de récidives.

M. Kutner estime que la dilatation progressive est encore le meilleur mode de traitement des rétrécissements de l'urèthre ; il fait remarquer qu'il n'y a aucune raison pour que l'emploi d'un uréthrotome chauffé au rouge expose moins aux récidives que celui d'un uréthrotome ordinaire.

Keratolysis bulleuse.

M. Lassar présente un enfant atteint d'*epidermolysis* ou de *keratolysis hereditaria bullosa.* Les irritations mécaniques les plus légères déterminent chez lui des érosions superficielles de l'épiderme, bientôt suivies de la formation d'une eschare ou d'une croûte dont l'aspect rappelle l'ichtyose. L'affection en question, qui est très rare et habituellement héréditaire, s'accompagne souvent d'ampoules.

M. A. Baginsky. — Chez les nouveau-nés, il n'est pas exceptionnel d'observer une keratolysis aiguë qui, le plus souvent, est mortelle. J'ai pu cependant sauver quelques-uns de ces enfants en leur faisant prendre des bains dans une infusion d'écorce de chêne, après lesquels on saupoudrait les parties malades avec un mélange de poudres d'oxyde de zinc et de talc.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 28 mai 1900.

Tuberculose du péritoine chez les enfants.

M. Cassel. — J'ai eu l'occasion d'observer dans ces dernières années 18 cas de tuberculose péritonéale chez des enfants ; 10 fois il s'agissait de garçons et 8 fois de fillettes ; 3 de ces petits malades étaient âgés de moins de dix-huit mois. Parmi eux, 7 furent opérés : il y eut 3 décès et 4 guérisons ; 3 succombèrent avant que l'on ait eu le temps d'intervenir ; 3 autres guérirent spontanément ; enfin les 5 derniers furent perdus de vue.

Les 3 enfants qui ont guéri spontanément étaient âgés respectivement d'un an et demi, de cinq ans et de neuf ans.

J'ai relevé 4 fois, dans les antécédents héréditaires de mes petits malades, la tuberculose du père ; chez tous, les lésions étaient exclusivement localisées à la cavité abdominale.

Lorsque la tuberculose péritonéale se traduit par de petites tumeurs appréciables à la palpation, le diagnostic ne saurait être douteux, car on n'observe jamais ces nodules au cours de la péritonite séreuse, laquelle est du reste rare chez les enfants et s'accompagne toujours d'ascite ; de plus, la péritonite séreuse est ordinairement secondaire : elle succède à un traumatisme ou à une maladie infectieuse et ne donne pas lieu aux phénomènes généraux graves, en particulier à l'amaigrissement, qui caractérisent la péritonite tuberculeuse.

Le traitement médicamenteux est complètement impuissant contre cette affection ; aussi, quand on ne parvient pas à enrayer son développement par les moyens hygiéniques et diététiques, lorsque surtout la fièvre devient continuelle et que l'amaigrissement va croissant, il ne faut pas hésiter à avoir recours à la laparotomie.

A l'appui de ces considérations, l'orateur présente trois enfants chez lesquels cette opération a été pratiquée avec succès.

Des hydrocarbures contenus dans l'urine des diabétiques.

M. Rosin communique les résultats de recherches qui lui ont démontré que le sucre de raisin ou dextrose n'est pas le seul qui soit contenu en excès dans l'urine des diabétiques, mais qu'il existe aussi dans cette urine d'autres hydrocarbures, se distinguant de la dextrose en ce qu'ils ne sont pas susceptibles de fermenter sous l'influence de la levure de bière.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 9 juin 1900.

Du traitement du lupus et de l'alopécie par les rayons lumineux.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. Spiegler** a présenté plusieurs malades qu'il a traités par la méthode de Finsen. Dans un cas, il s'agissait d'un lupus exulcéré de la joue gauche, qui, sous l'influence des rayons lumineux, est devenu plat et dur. Chez un sujet alopécique, les applications de lumière ont été faites sur la limite des parties chauves ; les cheveux ont non seulement cessé de tomber, mais encore ont repoussé en certains points. Les rayons lumineux, employés selon le procédé de Finsen qui exclue tous les rayons calorifiques, paraissent avoir une action bactéricide ; mais ce traitement exige un temps très long et il a, en outre, l'inconvénient de donner souvent lieu à des érythèmes cutanés.

De la position des cordes vocales sur le cadavre.

M. Fein a rendu compte des recherches qu'il a exécutées sur 50 cadavres, concernant la position des cordes vocales. Avant l'apparition de la rigidité cadavérique, les cordes vocales occupent une situation médiane et ne sont séparées que par un intervalle de 3 millim. 1/2 ; dès que la rigidité cadavérique se manifeste, cet intervalle augmente et atteint jusqu'à 6 millimètres ; les cordes vocales se rapprochent de nouveau lorsque la rigidité disparaît. Quand on incline latéralement le corps, l'orifice glottique subit une déviation correspondante. L'aspect de la glotte est le même que pendant la vie, mais on constate parfois sur le cadavre un œdème sous-glottique qui disparaît assez rapidement. Chez les mort-nés qui n'ont pas respiré, les cordes vocales sont très rapprochées l'une de l'autre, ce qui a une certaine importance au point de vue médico-légal.

Traitement du goitre par la ligature des artères thyroïdiennes.

M. Weinlechner a présenté un garçon de treize ans, porteur d'un goitre énorme qui fut traité par la ligature des artères thyroïdiennes supérieures. Au bout de trois semaines, le volume de la tumeur avait tellement diminué que le tour de cou mesurait 8 centimètres de moins qu'avant l'intervention.

Sur un cas de tremblement mercuriel.

Dans l'avant-dernière séance de la même Société, **M. Erben** a montré un malade exerçant la profession de chapelier et qui, depuis dix-huit ans, a été atteint à diverses reprises d'accidents mercuriels. Actuellement, cet homme présente de la faiblesse et du tremblement des membres supérieurs. Le tremblement se manifeste surtout à l'occasion des mouvements, sans produire cependant de l'incoordination motrice. Il cesse pendant les mouvements forcés pour recommencer au bout de quelques secondes.

Implantation de l'uretère dans la vessie.

M. Latzko a présenté une femme de trente-cinq ans, chez laquelle on constata, au cours d'une laparotomie, un cancer de l'extrémité inférieure de l'uretère gauche. La partie atteinte ayant été réséquée, on implanta le bout inférieur de l'uretère dans une boutonnière pratiquée sur la paroi vésicale. Le résultat fonctionnel de cette intervention est très satisfaisant.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Les symptômes objectifs d'hyperesthésie et d'anesthésie locales dans la névrose traumatique et dans l'hystérie, par M. V. von Bechterev.

La névrose traumatique ne représente pas une entité morbide spéciale, mais doit être rattachée tantôt à l'hystérie, tantôt à la neurasthénie, parfois même à une combinaison de ces deux névroses. Dans la grande majorité des cas, le traumatisme a pour effet de provoquer des troubles de la sensibilité, dont le plus caractéristique est l'hyperesthésie de la région lésée. Or, les méthodes ordinaires d'examen de la sensibilité sont basées uniquement sur l'appréciation subjective du malade, ce qui les rend insuffisantes quand on a lieu de suspecter la bonne foi de celui-ci. Aussi est-il nécessaire de rechercher des signes objectifs qui permettent de contrôler les réponses du sujet.

L'accélération du rythme cardiaque, constatée par Mannkopf à la suite d'une pression exercée sur la région hyperesthésique, a une très haute valeur à ce point de vue. L'expérience personnelle de M. von Bechterev a confirmé les résultats obtenus par ce dernier auteur et par Egger. Dans la plupart des cas de névrose traumatique, il a observé, en effet, qu'une pression sur la zone hyperesthésique a pour effet d'accélérer le pouls et de modifier la courbe sphygmographique; assez souvent même, elle détermine de la dilatation pupillaire. M. von Bechterev attache une grande importance à ce dernier symptôme, facile à constater et que l'on peut aisément fixer par la photographie.

Dans un certain nombre de faits, la pression sur la zone hyperesthésique provoque une dilatation sensible des vaisseaux de la face, particulièrement lorsque l'hyperesthésie siége à la tête; en même temps les malades accusent une sensation pénible de lourdeur céphalique. Le rythme et l'amplitude des mouvements respiratoires sont de même troublés par la pression sur la zone douloureuse, en même temps que les réflexes généraux et locaux sont exagérés. Tous ces symptômes réunis permettent de déterminer avec certitude si l'hyperesthésie accusée par le malade est réelle.

A la suite d'un traumatisme, on observe fréquemment aussi de l'anesthésie locale ou de l'hémianesthésie. Comme pour l'hyperesthésie, certains signes objectifs permettent de s'assurer de l'existence de ces troubles. Dans l'hémianesthésie, les réflexes sont généralement diminués du côté atteint; de plus, si l'on compare l'effet sur le cœur et sur la respiration d'une excitation douloureuse vive de la zone supposée malade et de la zone normale correspondante, on constate parfois dans le premier cas une réaction pupillaire plus faible que dans le second. Ce phénomène permet de conclure en faveur de la perte de la sensibilité; il faut savoir toutefois que l'absence de ce signe n'autorise nullement à rejeter l'existence d'une anesthésie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars 1900.) — A. J.

Le traitement de la pelvipéritonite, par M. C. H. Stratz.

M. Stratz est partisan des méthodes conservatrices. Sur un total de plus de 1,000 malades atteintes d'affections des annexes avec participation du péritoine, il n'a pratiqué que 20 laparotomies, et encore 5 fois l'opération était-elle indiquée par une complication (myome, etc., etc.). Il a observé que ce sont les affections tuberculeuses et puerpérales qui guérissent le plus vite à la suite d'une intervention, tandis que les infections blennorrhagiques se montrent opiniâtres et nécessitent souvent un traitement post-opératoire de longue durée.

M. Stratz a employé successivement diverses méthodes de traitement de la pelvipéritonite. Son expérience lui a démontré que le massage gynécologique seul ne conduit au but que dans un très petit nombre de cas; mais associé à d'autres procédés, il facilite la résorption des hématomes et des résidus inflammatoires chroniques, en particulier des adhérences péritonéales.

Par contre, l'ichtyol lui a toujours donné d'excellents résultats; il l'applique soit dans le vagin, soit dans l'utérus en faible dilution, soit en compresses sur l'abdomen.

Depuis un certain temps, M. Stratz a fait usage systématiquement des injections d'eau chaude. Il publie dans son travail les observations de 18 malades traitées par ce procédé, et dont la plupart ont guéri dans un laps de temps compris entre dix et cinquante et un jours. Il recommande de protéger la vulve avec un spéculum spécial, de pratiquer les injections soi-même, au moins au début; de se servir d'eau à la température de 48° à 50°, d'en faire passer 4 litres au minimum sous faible pression et de prescrire un repos consécutif de une à deux heures. La malade doit pendant l'injection rester dans le décubitus dorsal avec le siège élevé; après l'injection, on introduit dans le vagin un tampon de glycérine iodurée.

Par l'emploi de l'eau chaude, M. Stratz a obtenu des résultats rapides et satisfaisants chez les malades atteintes d'annexites puerpérales ou gonococciques. Les affections aiguës lui ont paru se prêter admirablement à ce mode de traitement, qui a toujours fait disparaître la fièvre dans l'espace de quatre jours. Par contre, la méthode s'est montrée inefficace contre les affections tuberculeuses.

La conclusion de l'auteur est que l'on peut obtenir, par des méthodes conservatrices, la guérison, au moins symptomatique, de toutes les infections annexielles. Ce sont les affections puerpérales qui offrent le pronostic le plus favorable; seules quelques anciennes lésions blennorrhagiques et les annexites tuberculeuses justifient l'intervention. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 1.) — E. C.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement des arthrites non syphilitiques par les injections intramusculaires de calomel.

Les effets remarquables des injections intramusculaires de calomel sur les arthropathies d'origine syphilitique ayant suggéré à M. le docteur Toupet, médecin des hôpitaux de Paris, l'idée que le protochlorure de mercure devait exercer une sorte d'action élective sur les phlegmasies articulaires chroniques, notre confrère fut amené à expérimenter cette méthode de traitement chez des sujets porteurs d'arthrites chroniques non syphilitiques. Ce sont ces essais, au nombre de 15, que M. le docteur B. de Gorsse relate dans sa thèse inaugurale.

Les malades en question étaient atteints, pour la plupart, d'arthrite chronique consécutive à des attaques de rhumatisme articulaire aigu, de rhumatisme chronique d'emblée ou de pseudo-rhumatisme infectieux; chez certains, cependant, il s'agissait d'arthrite gonococcique et un d'entre eux présentait même une lésion chronique de l'articulation tibio-tarsienne, de nature vraisemblablement tuberculeuse.

Malgré la diversité de leur étiologie, toutes ces affections articulaires — sauf un fait d'arthrite fibreuse dorso-cervicale et un de rhumatisme chronique consécutif à une attaque de rhumatisme aigu — ont guéri ou du moins ont été considérablement améliorées par des injections contenant 0 gr. 03 centigr. de calomel en suspension dans 1 c.c. d'huile d'olive ou d'huile d'amandes douces.

L'action bienfaisante de ces injections, dont le nombre a varié de une à neuf suivant les cas, s'est produite tantôt immédiatement, sans qu'on eût observé de réaction au niveau des lésions articulaires, tantôt après exacerbation passagère des phénomènes douloureux; elle s'est manifestée par une amélioration plus ou moins marquée, voire même par la disparition complète, de l'impotence fonctionnelle et des douleurs, ainsi que par une diminution de l'hydarthrose et des épaississements des différents tissus articulaires ou péri-articulaires; par contre, ce traitement est resté sans effet sur les lésions osseuses.

La quinine en injections sous-cutanées contre la carcinose.

Partant de cette idée que le parasite présumé du cancer appartient au groupe des protozoaires, organismes pour lesquels la quinine est un poison très actif, M. le docteur Jaboulay, chirurgien des hôpitaux de Lyon, a pratiqué, chez 3 femmes atteintes de tumeurs malignes inopérables, des injections hypodermiques quotidiennes contenant de 0 gr. 50 centigr. à 1 gramme de bichlorhydrate de quinine.

Une de ces malades, qui avait déjà subi une intervention pour un cancer du sein droit, présentait au niveau de la cicatrice une récidive grosse comme une mandarine; une tuméfaction énorme, de consistance ligneuse, occupait l'aisselle, tandis qu'il existait une série de ganglions néoplasiques dans le creux sus-claviculaire; enfin, le membre supérieur droit était fortement œdématié. Sous l'influence des injections quiniques, tous les néoplasmes commencèrent à diminuer dès la fin de la première semaine; au bout de vingt jours, la tumeur siégeant dans la cicatrice avait diminué d'un quart et l'on ne constatait plus que trois ganglions mobiles dans l'aisselle; quant à l'œdème du membre supérieur, il n'en restait plus trace.

Une autre femme, atteinte d'un cancer utérin ayant perforé la vessie, fut soulagée dès le troisième jour par la quinine, et retrouva le sommeil qu'elle avait perdu depuis six mois.

Enfin, dans un cas de carcinome ulcéré du sein avec métastases axillaires et signes de tumeur secondaire de la base du crâne (céphalalgie, strabisme, diplopie, vertige et œdème papillaire), une douzaine d'injections de quinine suffirent à amener la régression partielle de la tumeur primitive, qui diminua d'un tiers, et la disparition complète des accidents cérébraux.

Les bains salés chauds contre les troubles de la ménopause.

D'après M. le docteur Gottschalk, privatdocent de gynécologie à la Faculté de médecine de Berlin, les bains salés à la température de 40° environ, d'une durée de vingt minutes et administrés chaque soir au moment du coucher, constitueraient un excellent moyen pour combattre les bouffées de chaleur et les transpirations nocturnes dont souffrent beaucoup de femmes à l'occasion de la ménopause naturelle ou opératoire.

Dans les observations de notre confrère, les effets favorables de la balnéation chaude — qui, en dilatant les vaisseaux périphériques, abaisse la pression sanguine, toujours augmentée pendant quelque temps après la suppression des règles — se sont généralement manifestés au bout d'une semaine, et vingt-six ou vingt-huit bains ont suffi pour faire cesser définitivement tous les troubles. Nombre de patientes, guéries de la sorte, avaient été soumises antérieurement à l'opothérapie ovarienne sans le moindre résultat.

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

De l'emploi des gants en chirurgie et en obstétrique.

La récente discussion qui a été provoquée, à la Société de chirurgie de Paris, par la communication de M. Quénu sur l'emploi des gants en chirurgie (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 153, 176, 186, 197 et 203), a permis de constater des divergences d'opinion considérables parmi les orateurs qui y ont pris part; aussi le moment nous a-t-il paru opportun pour résumer les résultats des nombreuses recherches qui ont été faites dans le but de déterminer la valeur de cette méthode et ses indications.

I

L'idée de se servir de gants pour les opérations n'a pu être émise qu'après la faillite de la théorie de la désinfection des mains. Aussi longtemps qu'on a cru à la possibilité de rendre les mains aseptiques par des lavages, personne n'a songé à employer des gants et à se priver ainsi, ne fut-ce qu'en partie, de cette sensibilité si affinée du bout des doigts, qu'on n'arrive à acquérir que par une longue pratique. D'ailleurs, la possibilité de stériliser les mains de l'opérateur est encore admise aujourd'hui par certains auteurs, dont un des plus convaincus est Ahlfeld. Ce dernier (1) prétend que, par la méthode qu'il a fait connaître et qui consiste à se brosser les mains pendant cinq minutes à l'eau chaude, puis durant cinq autres minutes à l'alcool à 96° (2), on arrive à la stérilité absolue; il a, en effet, constaté un grand nombre de fois que des milieux de culture dans lesquels il avait placé des petites baguettes en bois stérilisées, avec lesquelles il venait de gratter la peau de la main désinfectée ainsi qu'il vient d'être dit, restaient stériles. Mais on a, dès le début, objecté à ces expériences que l'action prolongée de l'alcool a pour effet de durcir la peau en provoquant un rétrécissement de ses couches superficielles, de sorte que les microbes qui se trouvent toujours dans les parties profondes sont immobilisés, mais non tués. En grattant la peau, immédiatement après le lavage à l'alcool, on ne détache que les pellicules les plus superficielles, et le bouillon ensemencé avec ces débris épidermiques reste stérile. Mais pendant l'opération, au contact du sang et des sérosités, l'effet de l'alcool disparaît peu à peu; les bacilles enfermés dans la mince couche durcie et dans les parties profondes de la peau (canaux des glandes sudoripares, etc.) sont mis en liberté et peuvent infecter la plaie.

Cette explication, défendue par la très grande majorité des chirurgiens et des accoucheurs, a été corroborée récemment par des expériences de mon maître, M. le professeur Bumm (3), qui a excisé, à l'occasion d'opérations aseptiques, de petits lambeaux de la peau du ventre, après désinfection rigoureuse selon la méthode d'Ahlfeld; les bouillons de culture dans lesquels ces fragments furent placés se troublèrent 24 fois sur 31, au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures. Le même résultat a été obtenu tout dernièrement par Paul et Sarwey (1), qui ont fait une série de recherches minutieuses et très probantes sur leurs propres mains; ils ont, notamment, éliminé la contamination par l'air en enfermant leurs mains, pendant toute la durée de l'expérience, dans une espèce de cage stérilisée. Ils ont trouvé qu'*immédiatement* après le lavage à l'alcool la désinfection est relativement bonne : dans 3 cas sur 12, les cultures restèrent tout à fait stériles; dans les 9 autres, il y eut un certain nombre de colonies qui poussèrent. Mais sur 12 cas où les mains séjournèrent dix minutes, après ce lavage, dans un bain d'eau stérilisée à 42°, l'ensemencement donna un résultat positif 11 fois; enfin les bouillons furent *toujours* troublés lorsque les mains, après le bain d'eau chaude, avaient été frottées au sable stérile. On ne peut tirer qu'une conclusion de ces expériences, c'est que, le plus souvent, la méthode de désinfection préconisée par Ahlfeld n'est susceptible de *rendre les mains stériles* — ou à peu près — que *pour un laps de temps très court*. Elle peut donc permettre, à la rigueur, le toucher vaginal sur une parturiente, peut-être même une intervention obstétricale ou chirurgicale n'exigeant pas plus de dix minutes; mais on ne saurait s'en contenter dès qu'il devient nécessaire d'avoir les mains stériles pendant un temps plus long.

Ce qui vient d'être dit de la méthode d'Ahlfeld s'applique à tous les autres procédés de désinfection de la peau; aucun ne peut prétendre à tuer tous les germes qui sont contenus dans le tégument humain.

II

On pourrait maintenant soulever une autre question préalable : serait-il nécessaire, même si c'était possible, de stériliser complètement et définitivement les mains? En d'autres termes, les microbes qui restent vivants dans les couches profondes de la peau et qui, au cours de l'opération, reviennent à la surface et entrent en contact avec la plaie, sont-ils virulents et susceptibles de provoquer une infection locale ou générale? Une réponse négative rendrait évidemment superflu l'emploi de gants.

Or, certains chirurgiens croient à cette innocuité : Neuber, au Congrès de la Société allemande de chirurgie tenu à Berlin il y a deux ans (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 174), déclara se borner, pour l'asepsie des mains, à un lavage à l'eau chaude et au savon, puis à l'eau stérilisée, de sorte que, si l'on s'en rapporte aux expériences précitées de Paul et Sarwey, la peau doit contenir après ces lavages tout autant de microbes qu'avant, si ce n'est plus. Malgré cela, Neuber soutient que ses résultats sont très satisfaisants. Mais cette affirmation est contredite par l'expérience de presque tous les chirurgiens qui, grâce aux gants, ont vu s'abaisser le nombre des cas d'infection de la plaie, ce qui démontre bien que les germes ayant échappé aux antiseptiques sont nocifs dans une certaine mesure.

III

Les récents travaux sur les microbes de la peau, que je viens de rappeler brièvement, donnent l'explication d'un fait qui, il y a quelques années encore, paraissait singulier; je veux parler de l'*influence de la technique sur les résultats opératoires*. On a pu observer, en effet, des deux côtés du Rhin, deux tendances bien différentes depuis que les idées de Pasteur et de Lister ont commencé à régner en chirurgie : en Allemagne, tout l'effort s'est porté du côté de l'asepsie, et on vient d'atteindre, avec les salles d'opérations en acier et en verre, avec l'emploi de gants, de bonnets, de masques, etc., à un degré de perfection qu'il ne paraît guère possible de dépasser; en France, au contraire, on a un peu négligé ce côté du domaine chirurgical pour ne rechercher que le développement de la technique opératoire. Et on a pu observer ce fait curieux que, malgré l'excès de précautions d'une part, l'indifférence de l'autre, les résultats dans les deux camps étaient sensiblement les mêmes. A titre d'exemple, je puis citer Péan qui, tout le monde le sait, ne se préoccupait pas beaucoup de l'asepsie; eh bien, grâce à sa technique hors de pair, il arrivait à des résultats qui surpassaient ceux des chirurgiens d'alors les plus « aseptiques » (1). Cela paraissait extraordinaire; c'est maintenant facile à expliquer. Ces derniers opérateurs, pleins de confiance en leur asepsie raffinée, ne se donnaient pas la peine de perfectionner leur technique, la croyant de nulle importance; ils opéraient donc lentement, sans se hâter. Que se passait-il? Les microbes qui, nous venons de le voir, ne manquent jamais dans la peau, même après la désinfection la plus rigoureuse, arrivaient peu à peu à la surface et entraient en plein contact avec la plaie; plus l'opération durait, plus il y avait de bacilles déposés et, malgré toutes les précautions, l'infection survenait. Au contraire, l'opérateur rapide, à la technique brillante, qu'était Péan, après un lavage sommaire des mains prenait le bistouri et avait achevé l'opération avant que les microbes eussent eu le temps d'arriver jusqu'à la surface du tégument. Ayant, de plus, l'avantage d'exposer la plaie moins longuement à l'influence nocive de l'air, des instruments, etc., de ne pas compromettre l'état général par une anesthésie prolongée, il mettait l'organisme dans les meilleures conditions pour se débarrasser des germes déposés au fond de la plaie par ses mains peu stériles.

J'ai choisi deux extrêmes, pour rendre la démonstration plus frappante, et l'on voit que, là comme ailleurs, les extrêmes se touchent : l'opérateur aseptique, en négligeant la technique, la rapidité d'exécution, ce que Doyen appelle la « nécessité d'opérer vite et bien », arrivait à paralyser l'effet des meilleures mesures de désinfection, tandis que le chirurgien rapide et adroit pouvait obtenir des résultats excellents malgré son dédain des lavages répétés. Ce qu'il faut en conclure, ce n'est pas qu'on puisse substituer la technique à l'asepsie, car, d'abord, tout le monde n'a pas l'habileté de Péan, et, d'ailleurs, il est plus que probable que les succès de ce dernier eussent été plus brillants encore, s'il avait été plus minutieux au point de vue de l'asepsie. La conclusion est, au contraire, qu'il faut combiner, pour avoir des résultats parfaits, ce qu'il y a de bon dans les deux écoles (2), et c'est en somme la tendance qui se manifeste depuis ces dernières années : en Allemagne, on commence à s'occuper un peu plus de la technique opératoire (3), et en France, comme j'ai pu moi-même en juger lors de mon séjour à Paris en 1897 et comme en témoigne la discussion actuelle au sein de la Société de chirurgie, les efforts des opérateurs aseptiques sont couronnés de beaux succès.

IV

Mais, encore, les résultats acquis ne répon-

(1) AHLFELD. Lehrbuch der Geburtshilfe, 2e éd., p. 148 et suivantes. Leipzig, 1898. — Der Alkohol als Desinficiens. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août 1899.)

(2) Voir, au sujet des propriétés antiseptiques de l'alcool : FÜRBRINGER. Untersuchungen und Vorschriften über die Desinfection der Hände des Arztes nebst Bemerkungen über den pathologischen Charakter des Nagelschmutzes. Wiesbaden, 1888. — Zur Desinfection der Hände des Arztes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 nov. 1888.)

REINICKE. Bakteriologische Untersuchungen über die Desinfection der Hände. (*Arch. f. Gynäkol.*, XLIX, 3.)

EPSTEIN. Zur Früge der Alkoholdesinfection. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXIV, 1.)

A. GÖNNER. Der Wert des Alkohols als Desinfektionsmittel. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 mai 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 359.)

(3) BUMM. Der Alcohol als Desinficiens (Erwiderung auf einen gleichlautenden Artikel von F. Ahlfeld). (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept. 1899.)

(1) TH. PAUL et O. SARWEY. Experimentaluntersuchungen über Händedesinfection. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 et 19 déc. 1899.) — Recherches sur la désinfection des mains. (*Semaine Médicale*, 1900, p. 147.)

(1) Voici, d'après Weil (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 mai 1898), les résultats de Péan comparés à ceux de quelques autres chirurgiens qui ont publié les leurs :

Hystérectomies abdominales. — Péan, 120 cas avec 7 morts; Martin, 30 cas avec 8 morts.

Hystérectomies vaginales. — Péan, 495 cas avec 9 morts (1.8 % de mortalité); Landau, von Ott, Sänger, Chrobak et Leopold réunis, 418 cas avec 10 morts (2.5 % de mortalité).

(2) Pour le prouver, je n'ai qu'à citer les résultats de Kocher, qui joint une très bonne technique à une asepsie parfaite : sur une série de 75 opérations de goitre qui, certainement, sont des plus délicates au point de vue de l'asepsie, à raison des ligatures multiples et des sinuosités de la plaie, il ne compte que 4 légères suppurations; tous les autres malades ont pu quitter le service une huitaine de jours après l'intervention. Voir, à ce sujet, E. WORMSER. Les opérations du goitre à la clinique chirurgicale de Berne. (*Rev. de chir.*, avril 1898, p. 308.)

(3) Voir, à ce sujet, la communication de M. Bumm, l'an passé, au Congrès international de gynécologie et d'obstétrique d'Amsterdam.

daient pas à l'idéal; il y avait toujours un certain nombre de cas d'infection. Alors, on a recherché les causes de ces faits malheureux; la technique opératoire ne se prêtant pas à cette sorte d'investigations, on a incriminé l'asepsie et on a découvert, en effet, qu'elle était loin d'être parfaite, malgré les perfectionnements les plus récents.

Elle présentait deux causes principales d'insuffisance : d'une part, les travaux de Flügge et d'autres avaient prouvé *la possibilité d'une contamination par les microbes de la bouche*, lancés dans la plaie par les assistants, quand ils parlent, toussent, éternuent; d'autre part, on a, comme nous venons de le voir, reconnu *l'impossibilité de désinfecter complètement la peau humaine*, celle du champ opératoire aussi bien que celle des mains du chirurgien.

Le moyen le plus simple d'éviter l'infection par les microbes de la bouche est un mutisme absolu au cours de l'intervention, observé par l'opérateur aussi bien que par ses aides; on arrive au même résultat soit au moyen d'un masque de gaze noué sur la figure et couvrant la bouche (y compris la moustache et la barbe, sources d'infection), soit en plaçant une plaque de verre entre la plaie et l'opérateur, si celui-ci est habitué à faire sa leçon en opérant (1).

La peau du champ opératoire supporte une désinfection répétée et prolongée (compresses de sublimé, de formol, etc. (2), restant en place de douze à vingt-quatre heures), de sorte que, de ce côté, le danger d'infection n'est pas très grand, sans être cependant tout à fait nul. Mais il reste, et cela me ramène à mon point de départ, la main du chirurgien avec ses parties si difficiles à nettoyer, aux environs des ongles par exemple, et c'est là que toutes les mesures antiseptiques ont échoué. Aussi la doctrine de l'innocuité des germes demeurés dans la peau ayant été renversée par l'expérience, quoi de plus simple, semble-t-il, que de supprimer d'un coup cette dernière source d'infection, par l'usage de gants ?

Mais encore fallait-il avoir cette idée. Mikulicz fut le premier à employer *systématiquement* les gants et à en préciser la valeur. Toutefois, la paternité de cette méthode ne doit pas lui être attribuée, car il cite lui-même (3) William S. Halstead qui, comme il l'a appris plus tard, s'était déjà servi en 1889 de gants de caoutchouc pour des opérations demandant une asepsie rigoureuse. Je puis remonter plus haut encore : J. J. Bischoff, ancien professeur d'obstétrique à la Faculté de médecine de Bâle, employait dès 1869 des gants de caoutchouc pour les cours de médecine opératoire, afin de garantir ses mains du contact des cadavres. Mais c'est à Mikulicz que revient incontestablement l'honneur d'avoir introduit le gant dans la pratique courante et d'avoir rendu son emploi presque indispensable en certains cas.

V

La nécessité des gants ayant été reconnue par la majorité des chirurgiens, il s'agissait de trouver le gant idéal. D'après Wölfler, un gant d'opération doit être imperméable, souple, mince, facile à stériliser et bon marché, toute une série de qualités qu'il n'est pas aisé de trouver réunies.

Actuellement, on se sert surtout de gants de deux sortes : gants de fil et gants de caoutchouc.

Les gants de fil ne répondent pas à la première des conditions exigées par Wölfler; imperméables, en effet, tant qu'ils sont secs, la barrière qu'ils opposent au passage des microbes tombe dès qu'ils sont mouillés : les bacilles de la peau traversent alors le tissu et se répandent dans la plaie avec la plus grande facilité. Döderlein, qui a cru longtemps à la possibilité de désinfecter la peau, déclara au Congrès de la Société allemande de chirurgie, en 1898, que, d'après ses recherches, les gants, peu après le début de l'opération, contiennent quantité de microbes, qu'il estime provenir de l'air et non pas de la peau; mais cette opinion est combattue par Küstner (1), qui relate le résultat de ses expériences sur la question : elles montrent, en effet, qu'en mettant des gants de fil par-dessus des gants de caoutchouc, de façon à empêcher les microbes de la peau d'arriver jusqu'aux premiers, ceux-ci contiennent beaucoup moins de germes que lorsqu'on les applique directement sur la peau. Cette dernière est donc nécessairement la source d'une grande partie des bactéries contenues dans les gants de fil au cours des expériences de Döderlein. D'autres auteurs, comme Opitz (2), ont prétendu que cette absorption des microbes, aussi bien de ceux que contient la peau que de ceux qui proviennent de l'atmosphère, par les gants de fil est un acte utile; il est aussi difficile de démontrer cette opinion que de la réfuter.

Pour en revenir à des faits précis, Mikulicz (3) qui, il est vrai, change ses gants dès de 10 à 15 fois au cours de certaines opérations longues et laborieuses. Cet inconvénient est évité par l'emploi de *gants de caoutchouc* qui, vu leur imperméabilité absolue, sont appelés à rendre les services les plus précieux.

J'ai déjà, en passant, esquissé l'historique du gant de caoutchouc, en rappelant que Bischoff s'en était servi pour préserver ses propres mains, Halstead pour conserver aseptique la plaie opératoire (tandis que Mikulicz recommandait le gant perméable, en fil, changé à chaque instant); mais c'est à Friedrich (1) que revient le mérite d'avoir introduit dans la pratique un gant de caoutchouc fin, lisse, souple, facile à stériliser, n'ayant que le défaut d'être trop coûteux — coûteux à la fois par son prix élevé et parce qu'on le déchire facilement en le mettant, de sorte qu'on en fait une grande consommation.

Le principal reproche qu'on puisse adresser à ce gant est donc celui d'être difficile à mettre. On a recommandé, pour atténuer cette difficulté, de le remplir d'eau ou d'une solution de lysol (2); d'autres recommandent de s'enduire les mains de vaseline (3); quant à nous, nous employons ici un procédé dû à M. Hägler, procédé très simple qui permet de glisser dans le gant comme s'il s'agissait d'un gant de peau et qui n'a pas le défaut inhérent à la méthode « humide » d'élargir le caoutchouc, si bien qu'après deux ou trois stérilisations le gant, devenu trop long et trop large, prend la forme représentée sur la figure ci-dessous. Ce procédé est le suivant : on introduit dans le gant, avant de le placer à l'autoclave pour le stériliser (ce qui exige vingt minutes à la température de 110°), *une pincée de poudre de talc*, produit employé couramment pour mettre des chaussures, des gants ou des bas neufs. Avant de passer le gant ainsi préparé, on se désinfecte soigneusement (4) et on se frotte les mains avec un essuie-mains stérilisé jusqu'à ce que la peau soit absolument sèche; rien de plus facile alors que



La main droite est revêtue d'un gant stérilisé trois fois à l'autoclave et mis à sec; la gauche est recouverte d'un gant stérilisé trois fois par l'ébullition, conservé un certain temps dans une solution de lysol et mis à l'aide de cette solution.

qu'ils sont imbibés de sang, a vu s'abaisser la proportion des plaies opératoires infectées de 16 % à 5 %, résultat vraiment très beau, mais qui, certainement, est dû non seulement à l'emploi des gants, mais aussi au perfectionnement général de toutes les mesures antiseptiques. De même, von Eiselsberg (4) a constaté 5 % d'infections seulement (au lieu de 10 %) depuis qu'il se sert de gants de fil.

Comme nous venons de le voir, le gant de fil ne remplit son rôle qu'à la condition d'être sec. Il faut donc le remplacer souvent, toutes les cinq à dix minutes, en général, et ce n'est certes pas un léger défaut que de forcer le chirurgien à changer de gants de 4 à 6 fois pendant une hystérectomie abdominale, ou même

(1) Les deux premiers procédés sont préconisés surtout par Mikulicz; le dernier est en usage, depuis des années, à la clinique ophtalmologique du professeur Haab, à Zurich.

(2) Cette substance a été recommandée dans ce but, il y a deux ans, par MM. Landerer et Krämer (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 26 fév. 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 104). M. Landerer est revenu la même année sur cet usage du formol au Congrès de la Société allemande de chirurgie; il déclara avoir obtenu, dans 90 % des cas, la stérilisation du champ opératoire par l'emploi de compresses au formol (*Semaine Médicale*, 1898, p. 173).

(3) Mikulicz. Ueber die neuesten Bestrebungen, die aseptische Wundbehandlung zu vervollkommnen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 2 juillet 1898, p. 29.)

(1) Voir *Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 juin 1899, p. 649.

(2) Opitz. Bemerkungen über Händedesinfection und Operationshandschuhe. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 sept. 1898.)

(3) Mikulicz. (*Loc. cit.*)

(4) Voir *Centr.-Bl. . Chir.*, 2 juillet 1898, p. 38.

(1) P. L. Friedrich. Kurze Bemerkungen zum Gebrauch dünner nahtloser Gummihandschuhe für gelegentliche Operationszwecke. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 30 avril 1898.)

(2) Tel est, par exemple, le conseil que donne M. Guinard, en réponse à une observation de M. Schwartz (*Semaine Médicale*, 1900, p. 153).

(3) P. Müller. Ueber die Anwendung der Gummihandschuhe in der Geburtshülfe. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er janv. 1900.)

(4) Cette désinfection préalable doit toujours être faite, si possible, pour que, le gant venant à se déchirer durant l'opération, la partie de la peau mise à nu soit aseptique.

de faire glisser le gant, dont l'intérieur est saupoudré de talc, sur les doigts secs.

Cette manière d'agir est plus économique que toute autre : les gants se déchirent bien plus rarement et le caoutchouc est moins altéré, de sorte qu'on peut stériliser et utiliser les gants plusieurs fois. En outre, il est plus agréable d'avoir, pendant l'opération, la sensation de mains sèches que celle de mains humides, sans compter que la peau en souffre moins. Je suis persuadé que les chirurgiens qui essayeront ce procédé l'adopteront définitivement.

Un autre reproche fréquemment adressé aux gants en général, c'est la *diminution de la sensibilité tactile*. On ne saurait nier que cette diminution soit réelle; seulement, elle est si faible avec les gants de caoutchouc fins employés aujourd'hui qu'elle ne gêne les mouvements d'orientation que d'une façon insignifiante (tandis que, avec les gants de fil, cet inconvénient est déjà beaucoup plus prononcé). Tous les opérateurs qui se sont habitués à l'usage des gants de caoutchouc sont d'accord pour déclarer que la grande majorité des interventions peuvent se faire tout aussi facilement avec des gants qu'avec la main nue (1). J'ai, moi-même, pratiqué plusieurs opérations gynécologiques et trois décollements du placenta avec des gants de caoutchouc, et j'ai été surpris de constater le peu de gêne éprouvée pour l'orientation par le toucher. Il ne s'agit donc que d'acquérir l'habitude du gant pour ne plus s'y sentir notablement privé de sa sensibilité ordinaire.

VI

Les *indications* de l'emploi du gant de caoutchouc sont basées sur deux ordres de considérations ; d'une part, préserver la main du chirurgien d'un contact septique, soit dans son propre intérêt, soit dans l'intérêt des opérés ultérieurs; de l'autre, éviter le contact de la plaie opératoire avec une main « septique », et par là nous entendons une main qui, depuis quarante-huit heures, a été souillée par une matière contenant des microbes septiques virulents. Il est prouvé, en effet, que la main ainsi infectée ne peut pas être stérilisée au vrai sens du mot avant quarante-huit heures; aux observations rapportées récemment à la Société de chirurgie par M. Bazy (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 153), qui a eu la chance d'opérer deux fois, sans conséquences fatales, dans de telles conditions, chaque chirurgien pourrait opposer des faits à issue malheureuse, comme l'a fait M. Nélaton au cours de la même séance (2).

Ce principe posé, tout le monde reconnait que la manière la plus sûre d'opérer avec des mains aseptiques est d'éviter, autant que faire se peut, tout contact douteux ou franchement septique, et c'est là que tous les chirurgiens sont d'accord pour voir le premier et le principal des avantages du gant imperméable. Il faut citer, à ce propos, un mot de Kocher (1), qui dit que le mieux serait de porter des gants partout et toujours, et de ne les ôter que pour opérer.

D'autre part, le médecin obligé de pratiquer une intervention chirurgicale ou obstétricale sans avoir pu désinfecter ses mains, soit qu'une contamination trop récente s'y oppose, soit que l'urgence de l'opération ne lui en laisse pas le temps, soit enfin que la présence de petites plaies, de gerçures, d'eczéma des mains, etc., rende l'asepsie impossible, sera heureux de couvrir ses doigts de gants absolument stériles. En temps de guerre, le médecin d'ambulance, à court d'eau pour la désinfection, comme cela peut facilement se produire, mettra, pour opérer, des gants de caoutchouc stérilisés, qui ne manqueront bientôt plus dans les trousses des médecins militaires.

Partant des deux considérations de principe que nous venons d'exposer, on peut énumérer les éventualités suivantes, dans lesquelles l'usage des gants de caoutchouc nous paraît utile ou même nécessaire.

A. *Préservation de la main du chirurgien.*

1° Toucher rectal (2), examen de plaies purulentes, de cancer en état de décomposition, de cas de fièvre puerpérale, d'avortement septique, d'érysipèle, etc.;

2° Opérations septiques (c'est-à-dire pour une des affections mentionnées ci-dessus);

3° Travaux anatomiques (autopsies, etc.);

4° Affections cutanées de la main susceptibles d'être infectées (danger, pour le médecin, de l'inoculation septique, syphilitique, tétanique.)

B. *Préservation de la plaie opératoire.*

1° Opérations aseptiques pratiquées moins de quarante-huit heures après une contamination des mains;

2° Nécessité de terminer aseptiquement une intervention au cours de laquelle les mains ont été souillées par le contenu de l'intestin, par la rupture d'une poche purulente, etc. (par exemple, nécessité de poser aseptiquement les ligatures et les sutures);

3° Interventions urgentes ne permettant pas une désinfection régulière (trachéotomie, intervention pour hémorrhagie obstétricale ou traumatique, etc.);

4° Affections cutanées de la main empêchant la désinfection (fissures, plaies, pustules, eczéma, etc.).

On voit par cette liste qui, sans doute, n'est même pas complète, que l'usage du gant de caoutchouc a de multiples indications. Je crois que le *médecin de campagne* surtout en tirera un grand profit, lui qui est obligé de faire tout, les accouchements et la petite chirurgie, qui souvent, après avoir examiné un cas de fièvre puerpérale, touché un enfant atteint de scarlatine ou de diphtérie, incisé un furoncle, refait le pansement d'une plaie purulente, est contraint de pratiquer une opération obstétricale ou de soigner une blessure fraîche. Que ce soit pour les premiers ou pour les derniers de ces cas qu'il réserve les gants, toujours est-il qu'ils lui rendront de grands services. Il emportera avec lui, dans sa trousse, enveloppées dans un linge propre, une ou plusieurs paires de gants de caoutchouc stérilisés par l'ébullition simple ou par la chaleur sèche (ce qui permet de les enduire de talc) et sera ainsi prêt à toutes les éventualités. Pour arriver à un résultat pratique, il faudrait que les pharmacies, dans les villes comme à la campagne, missent des gants stérilisés à la disposition des médecins.

En ce qui concerne les services hospitaliers, les gants de caoutchouc seront bientôt un auxiliaire indispensable de qui voudra faire une bonne antisepsie, car les résultats que donne cette méthode ne laissent rien à désirer. Je rappellerai, pour le prouver, l'expérience de Döderlein (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 196) qui ne pratique plus, à sa clinique, le toucher vaginal sur les parturientes que muni de gants de caoutchouc. Sur 400 femmes en couches, il n'a, depuis l'adoption de cette mesure, constaté (en prenant la température du rectum, ce qui est la méthode la plus rigoureuse de la thermométrie) que 32 cas de fièvre presque toujours très légère, soit 8 %, tandis que la moyenne des autres cliniques est de 15 à 20 et jusqu'à 35 % de morbidité! (1)

Je puis citer aussi mon expérience personnelle. A la clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Bâle, le décollement manuel du placenta — opération qui compte, quant au danger d'infection, parmi les plus délicates — fut suivi, l'année dernière, de fièvre, d'ailleurs bénigne, 5 fois sur 12; cette proportion n'a, du reste, rien d'excessif. Or, cette année j'ai pratiqué 3 fois cette intervention avec des gants de caoutchouc, et les suites de couches ont été dans les 3 cas absolument apyrétiques.

Au point de vue obstétrical, je voudrais dire encore un mot d'un avantage des gants de caoutchouc, découlant du poli de leur surface : jamais l'introduction de la main dans les parties génitales de la femme (pour versions, etc.) ne s'effectue aussi facilement qu'avec un gant de caoutchouc humecté à sa surface d'une solution de lysol, ce qui le rend encore plus glissant; même sans anesthésie générale, la main ainsi protégée traverse la vulve, le vagin et le col utérin sans effort aucun, et en occasionnant à la femme le moins de douleur possible.

Si, enfin, j'ajoute que, grâce aux gants, on ne risque plus de se couper les doigts en serrant les ligatures; que, la peau étant moins irritée, les fissures, gerçures, etc. deviennent plus rares; qu'on n'a qu'à tremper, après une première opération, les mains gantées dans un liquide antiseptique pour être prêt à une nouvelle intervention; si j'ajoute tout cela, je crois avoir mentionné à peu près tous les avantages qu'offre le gant de caoutchouc; ils sont assez nombreux, semble-t-il, pour que chaque médecin se détermine à en faire un essai, qui j'en suis persuadé, le convaincra de leur réelle utilité.

Dr Edmond Wormser,
Premier assistant à la clinique gynécologique et obstétricale de la Faculté de médecine de Bâle.

BULLETIN

Comment la plus grande ville du monde se défend contre les maladies infectieuses.

Dans la section des sciences sociales de l'Exposition universelle de 1900 se trouvent exposés des modèles et des dessins de quelques-uns des établissements hospitaliers dépendant du *Metropolitan Asylums Board*, qui est l'autorité centrale chargée de pourvoir pour toute la ville de Londres à l'hospitalisation des personnes atteintes de maladies infectieuses, quelle que soit leur situation sociale.

L'œuvre de cette administration représente, croyons-nous, ce qui a été fait de plus important dans les deux mondes. Ses dépenses annuelles dépassent 17 millions de francs, et depuis trente-deux ans que le *Metropolitan Asylums Board* fonctionne il n'a jamais cessé d'accroître la sphère de son activité, suivant en cela les besoins résultant de l'augmentation progressive de la population qui, de 3,085,971 en 1867, est passée à 4,589,129 en 1900.

Avant 1867, aucune organisation pour le transport et l'isolement des individus atteints de maladies infectieuses n'existait pour ainsi dire à Londres, tout au moins au point de vue des

(1) Consulter, à ce sujet : P. Müller. (*Loc. cit.*)
Perthes. Zur Frage der Operationshandschuhe. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 2 juillet 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 173.)

(2) Dans la séance du 16 mai de la même Société (*Semaine Médicale*, 1900, p. 176), M. Bazy relate des expériences qu'il a faites pour démontrer la possibilité de se désinfecter les mains après contact d'une culture virulente. Outre que le nombre de ces expériences est trop restreint pour entraîner la conviction, l'auteur ne dit pas combien de temps il a laissé son doigt infecté, puis lavé, dans le péritoine du lapin. A notre avis, pour que les résultats qu'il a obtenus fussent inattaquables, il aurait fallu qu'il se fût frotté énergiquement les mains avec les cultures virulentes et qu'il eût laissé son doigt, après l'avoir lavé, pendant au moins dix minutes dans la cavité péritonéale de l'animal, car nous avons vu plus haut que toute désinfection n'est qu'apparente, étant donné que la peau est seulement aseptisée *superficiellement*, tandis que, peu de temps après, le tégument contient de nouveau un grand nombre de germes provenant des couches profondes qui ne sont atteintes par aucune méthode de désinfection jusqu'ici connue. De plus, il ne faut pas oublier que le péritoine intact supporte bien mieux les infections, réussit à tuer bien plus de microbes que n'importe quelle plaie opératoire. Les recherches de M. Bazy ne sauraient donc, faute d'avoir réalisé complètement les conditions de la pratique, trancher la question. Les mêmes critiques s'adressent aux expériences rapportées ultérieurement par M. Delbet. (*Semaine Médicale*, 1900, p. 197.)

(1) *Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er janvier 1900, p. 19.

(2) Dans ce cas, le gant entier peut être remplacé par un ou deux doigts en caoutchouc fin qui se vendent enroulés comme des préservatifs et sont très faciles à mettre.

(1) Ce dernier chiffre est atteint à la clinique d'Ahlfeld. (Voir *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLI, 1, p. 3.)

mesures préventives. Il est vrai qu'il incombait aux Comités des « administrateurs des pauvres » de pourvoir au traitement des malades indigents appartenant à leurs paroisses ou unions respectives, et que les autorités sanitaires locales devaient veiller à ce que les non-indigents atteints de maladies infectieuses reçussent les soins nécessaires; mais il n'y avait aucune autorité centrale chargée d'organiser, de diriger et de contrôler un service complet d'isolement. Deux établissements seulement étaient destinés à recevoir les sujets atteints d'une affection contagieuse : l'hôpital pour les fiévreux de Londres, à Islington, et l'hôpital pour les varioleux, à Highgate; c'étaient des institutions privées entretenues par des souscriptions volontaires et n'acceptant que des malades payants de la classe moyenne. Pendant une épidémie de fièvre typhoïde, on admit bien quelques indigents à l'hôpital des fiévreux; mais c'était là une exception, car en réalité il n'y avait pas alors d'établissements d'isolement affectés aux malades de la classe pauvre, qui étaient traités soit dans les « workhouses », soit, et en nombre limité, dans les hôpitaux généraux, ou encore à domicile.

Cet état de choses, fâcheux au point de vue de la santé publique, donna lieu à une enquête de la part de l'administration de la loi des pauvres (*Poor Law Board*), et le Parlement vota une loi qui autorisait cette administration (1) à grouper en circonscriptions les paroisses et unions de Londres, dans le but de fonder des établissements hospitaliers pour les malades indigents. Ce fut là l'origine du *Metropolitan Asylums Board*.

Dès sa création, cette dernière institution s'occupa de faire construire quatre hôpitaux, dont deux pour les fiévreux et deux pour les varioleux; mais on ne tarda pas à s'apercevoir que les demandes étaient plus grandes que le nombre des lits, parce que ce n'était pas seulement les indigents qui réclamaient leur admission. On fit alors remarquer que, puisqu'il existait une autorité centrale chargée de combattre les maladies infectieuses dans une classe de la société, il serait avantageux pour l'hygiène publique que cette même autorité eût dans ses attributions l'hospitalisation de toutes les personnes atteintes d'une maladie infectieuse, quelle que fût leur situation sociale.

En 1881, et après plusieurs épidémies de variole, l'administration était à la tête de cinq hôpitaux, d'un navire-hôpital et d'un camp pour les varioleux convalescents. Elle avait toujours fait face aux besoins de la population. Mais on n'avait pas été sans reconnaître l'influence fâcheuse exercée par les hôpitaux de varioleux sur l'état sanitaire des quartiers environnants, et une enquête faite par le *Local Government Board* sur une série de cas de petite vérole qui s'étaient déclarés dans le voisinage de l'hôpital de l'ouest démontra : 1° que lorsque les admissions dans cet établissement étaient très nombreuses, le total des maisons où l'on constatait des faits de variole, dans un périmètre d'un kilomètre et demi environ autour de l'hôpital, était quatre fois plus grand que dans les autres parties des mêmes quartiers; 2° que dans ce rayon de seize cent neuf mètres le chiffre des cas augmentait en raison directe de la proximité du centre de l'infection, c'est-à-dire de l'hôpital. Une commission royale, chargée d'examiner les conditions et restrictions auxquelles il importait de soumettre le maintien des hôpitaux d'isolement, fut d'avis que les dispositions relatives aux hôpitaux pour maladies infectieuses devaient figurer dorénavant dans les règlements sanitaires de la capitale, et que la déclaration obligatoire des cas d'affections transmissibles devait être faite à l'autorité sanitaire. En ce qui concerne les varioleux, la commission proposa de transporter ces malades dans des hôpitaux à créer sur les bords de la Tamise ou dans des navires-hôpitaux placés sur le fleuve même. Enfin, l'administration des hôpitaux d'isolement était invitée à établir un peu en dehors de Londres des asiles de convalescence pour les contagieux.

Une fois en possession du rapport de cette commission, le Parlement vota une loi (1883) qui abolissait toutes les incapacités civiles résultant jusque-là de l'admission dans les hôpitaux et qui, par suite, faisait disparaître du même coup la « flétrissure de pauvreté ». De son côté, le *Local Government Board* consentit à modifier les conditions d'entrée dans les hôpitaux d'isolement, et dès lors le chiffre des hospitalisés devint de jour en jour plus grand, les habitants de Londres comprenant mieux les avantages du traitement hospitalier pour les malades contagieux. En 1889, le Parlement ayant rendu obligatoire pour toute la capitale la déclaration des cas de maladies contagieuses, on vit alors que le nombre des entrées était bien inférieur au chiffre des déclarations, parce que beaucoup de non-indigents obligés de payer les frais de journées de traitement ne demandaient pas leur admission. Cela étant, le Parlement inséra dans la loi d'hygiène publique votée en 1891 une disposition qui accordait le *droit d'admission et de traitement gratuit dans les hôpitaux à tous les habitants de Londres* sur la seule production d'un certificat médical.

A partir de ce moment, le nombre des admis est toujours allé en augmentant, de telle sorte que l'année dernière la proportion des entrées comparée au chiffre des déclarations a été de 75 % pour la scarlatine, de 70 % pour la diphtérie, de 41 % pour la fièvre muqueuse, de 85 % pour la fièvre typhoïde. Ce résultat est imposant et montre d'une manière évidente que toutes les classes de la société ont reconnu les avantages du système d'isolement des contagieux. Mais une pareille affluence de malades nécessitait la création de nouveaux établissements et, à l'heure actuelle, le *Metropolitan Asylums Board* dispose de 11 hôpitaux, dont 10 pour les fiévreux (scarlatine et fièvre typhoïde) et les diphtéritiques, pouvant contenir en tout 4421 malades, et un hôpital flottant pour les varioleux avec 300 lits. A chaque série d'hôpitaux d'isolement est rattaché un asile pour les convalescents, mais celui qui est destiné aux sortants des dix hôpitaux pour fiévreux et diphtéritiques n'étant pas suffisant, l'administration en fait construire un second, de telle sorte qu'elle pourra dorénavant envoyer 1,464 personnes guéries dans ses asiles. L'hôpital pour les convalescents de variole, qui a été construit en 1890, dispose de 1,192 places. Mais l'hôpital flottant pour les varioleux n'est pas sans entraîner quelques dangers pour les malades (heurt des bateaux naviguant sur la Tamise, incendie, etc.); aussi édifie-t-on en ce moment un hôpital sur terre avec 400 lits.

Pour éviter la propagation des maladies infectieuses, il ne suffit pas d'hospitaliser les individus qui en sont atteints, il faut aussi prendre des précautions pour que, dès le début du mal, ils soient soustraits à leur entourage, et que dans le trajet depuis leur domicile jusqu'à l'hôpital d'isolement ils ne soient pas une source d'infection. Aux termes d'une loi votée en 1879, le *Metropolitan Asylums Board* est seul chargé de ce transport, qui se fait par terre et par eau.

Le service d'ambulance de terre comprend actuellement six stations avec leur personnel. Une garde-malade accompagne chaque voiture (tapissière ou coupé), ainsi qu'un infirmier — si le malade a dépassé l'âge de dix ans — pour aider à sortir le patient de chez lui et à le transporter sur un brancard. Quand il s'agit d'une affection contagieuse autre que la variole, la garde-malade est fournie par l'hôpital le plus proche de la station; mais pour les cas de petite vérole, on emploie des gardes-malades spéciales logées dans la station même, l'expérience ayant montré que ces infirmières doivent être complètement séparées des autres.

Le service d'ambulance de rivière, exclusivement utilisé pour les varioleux, comprend trois quais situés dans Londres sur les bords de la Tamise en des points favorables à l'embarquement des malades, et quatre bateaux-ambulances à vapeur (1) pour le transport jusqu'aux hôpitaux flottants, lesquels sont amarrés dans des positions isolées à vingt-sept kilomètres environ en aval du Pont de Londres. Si le patient n'est pas en état de supporter ce voyage, il est hospitalisé provisoirement dans une salle spéciale de la station d'isolement située sur le quai, station qui comprend aussi des salles affectées aux douteux.

Pour obtenir le transport dans un hôpital d'isolement d'un sujet atteint d'une affection contagieuse (scarlatine, diphtérie, fièvre muqueuse ou typhoïde, variole), il suffit qu'un médecin quelconque appelé auprès du malade établisse un certificat indiquant la nature de la maladie. Une demande signée est alors adressée par lettre, par dépêche ou par messager au bureau central du service des ambulances, indiquant les noms, âge, sexe et adresse du patient, ainsi que la nature de l'affection. Ces renseignements sont immédiatement transmis à la station d'ambulance la plus proche, et en moins de trois minutes la voiture part pour effectuer le transport (2). Un « avis » est remis aux parents ou amis portant le nom de l'hôpital dans lequel le malade doit être placé, et au verso de ce bulletin est imprimé le règlement relatif aux détails qui seront ultérieurement fournis par le médecin-directeur de l'hôpital sur l'état du patient et aux conditions dans lesquelles les parents sont autorisés à faire des visites. Une fois le malade arrivé à l'hôpital et examiné par le médecin, un second avis est adressé à la famille ou aux amis. Quand le sujet est guéri, il est envoyé dans un asile de convalescence, et lorsque tout danger d'infection est passé, on le ramène à Londres, les parents ou amis étant prévenus d'avance du jour et de l'heure de son arrivée.

Telle est d'une manière générale l'œuvre accomplie par le *Metropolitan Asylums Board;* voyons maintenant les résultats qu'elle a donnés. Pour les apprécier, nous n'avons qu'à comparer la moyenne annuelle de la mortalité par million d'habitants pendant la période décennale qui a immédiatement précédé le fonctionnement de cette institution avec la moyenne annuelle de la mortalité de la dernière décade.

De 1860 à 1869 inclus, la moyenne annuelle de la mortalité variolique était de 248 par million d'habitants; or, elle n'a pas dépassé 10 de 1890 à 1899. Au début, les résultats ne furent pas aussi satisfaisants, parce que la maladie sévissait de temps à autre à l'état épidémique à cause de la situation des hôpitaux de varioleux dans les quartiers populeux. Mais depuis que les personnes atteintes de cette affection ont été transportées dans les hôpitaux flottants amarrés sur la Tamise, toute épidémie a cessé dans Londres. En 1898 il n'a été constaté que 5 cas de variole; en 1899 il y en a eu 18, et l'enquête faite à ce sujet a montré que la source de l'infection était due à l'importation. Il faut dire que la ville de Londres, fortement éprouvée par les épidémies de 1885 et de 1893-95, ne recule pas devant la dépense pour se garantir contre ce fléau. Pendant les deux dernières années, les frais annuels pour le service d'ambulance fluviale et des hôpitaux de varioleux ont dépassé 400,000 fr.; c'est la somme affectée chaque année pour que le service d'isolement soit tenu toujours prêt.

(1) Le *Poor Law Board* s'appelle aujourd'hui *Local Government Board* (Département du gouvernement local). Sur les 72 membres du *Metropolitan Asylums Board*, le *Local Government Board* en nomme 18; les autres sont élus par les Comités des pauvres.

(1) L'Administration des hôpitaux d'isolement de Londres a exposé à Paris les modèles d'un hôpital flottant pour la variole et d'un bateau-ambulance à vapeur. Le voyage de Londres aux hôpitaux flottants s'accomplit en deux heures au plus.

(2) L'Administration informe aussitôt l'autorité sanitaire du district du transfert opéré, et celle-ci fait immédiatement désinfecter l'appartement occupé par le malade, ainsi que le mobilier.

La diminution de la moyenne annuelle de la mortalité par scarlatine a été encore plus sensible : de 1,018 par million qu'elle était pendant la période 1860-69, elle est tombée à 200 pour la décade 1890-99. De même pour la fièvre typhoïde ou muqueuse : 895 décès de 1860 à 1869 contre 146 de 1890 à 1899.

Pour mieux se rendre compte encore des résultats obtenus par les hôpitaux et asiles d'isolement affectés au traitement des fiévreux, il suffit de se reporter au tableau ci-dessous :

	Nombre moyen et annuel d'admissions dans les hôpitaux de l'Administration.			Mortalité moyenne et annuelle à Londres par mille de la population évaluée.		
	Scarlat.	Typhus.	F. typhoïde.	Scarlat.	Typhus.	F. typhoïde.
Depuis l'ouverture des hôpitaux pour les fiévreux, vers la fin de 1871, jusqu'à la fin de 1878, période pendant laquelle les hôpitaux n'étaient ouverts qu'à la classe indigente (7 ans)........	502	202	317	0.56	0.60	0.25
Pour les années 1879 à 1886, pendant lesquelles les règlements concernant les admissions dans les hôpitaux furent un peu relâchés (8 ans)......	1.705	72	387	0.48	0.01	0.21
Pour les années 1887 à 1891, pendant lesquelles les règlements d'admission furent encore modifiés (4 ans)..............	5.325	19	487	0.24	0.00	0.15
Pour les années 1892 à 1899, pendant lesquelles tous les règlements restrictifs furent abolis (8 ans).	13.377	7	729	0.21	0.00	0.14

Ainsi donc, au fur et à mesure que le nombre des admissions augmentait dans les hôpitaux d'isolement, la mortalité par mille baissait à Londres pour les trois maladies ci-dessus indiquées. Elle diminuait aussi dans les hôpitaux de l'Administration, puisque de 12 % environ qu'elle était en 1873 pour la scarlatine, elle est progressivement descendue jusqu'à 2.65 % en 1899; il en a été de même pour les deux autres affections, à un degré beaucoup moins sensible pourtant en ce qui concerne la fièvre typhoïde dont la mortalité varie de 15 à 18 %, ne gagnant que 3 ou 4 unités sur le pourcentage des cas traités au début du fonctionnement du *Metropolitan Asylums Board*.

Quant à la mortalité par diphtérie, elle est un peu moindre depuis deux ans dans les hôpitaux d'isolement, mais cela n'a pas sensiblement modifié la mortalité annuelle pour 1,000 habitants de Londres, et, fait à noter, tandis qu'en 1898 la mortalité par diphtérie dans les hôpitaux d'isolement était supérieure à celle de 1899 (15.37 % contre 13.95 %), la mortalité par cette même maladie était en 1898 de 0.39 pour 1,000 de la population et de 0.43 en 1899.

Pour traduire d'une manière claire les faits que nous venons de faire passer sous les yeux de nos lecteurs, nous dirons que les chiffres ci-dessus représentent, pour les maladies indiquées, 1,522 décès de moins par an et par million d'habitants, ce qui donne pour une ville de 4,600,000 habitants une économie de 6,860 vies humaines, soit en valeur monétaire, d'après les calculs établis par plusieurs médecins, 25 millions de francs. Sans prétendre que ce gain soit dû uniquement aux hôpitaux et asiles d'isolement, il n'en reste pas moins que le *Metropolitan Asylums Board* y a contribué pour une grande part.

MÉDECINE PRATIQUE

L'adénopathie tardive comme signe d'imminence de néphrite dans la scarlatine.

L'angine scarlatineuse est accompagnée d'habitude d'une tuméfaction des ganglions cervicaux, atteignant particulièrement le groupe sous-maxillaire. Mais, à côté de cette adénopathie consécutive à l'angine, on peut rencontrer aussi, au cours de la scarlatine, une tuméfaction des glandes lymphatiques du cou, qui paraît liée intimement aux troubles de la fonction rénale.

Ce fait, signalé déjà par Leichtenstern et qui ne semble pas avoir attiré jusqu'ici l'attention des praticiens, a été constaté également par M. le docteur L. Stembo (de Vilna), au cours d'une récente épidémie de scarlatine.

L'infection scarlatineuse peut provoquer, on le sait, deux formes de néphrite : l'une, précoce, contemporaine de la période fébrile et de l'éruption, le plus souvent légère et passagère; l'autre, tardive, beaucoup plus à craindre que la précédente, car elle revêt souvent une allure grave. Il n'est pas rare de voir cette seconde variété de néphrite s'installer d'une façon insidieuse, sans provoquer d'anasarque ni même d'albuminurie notable au début, de sorte que c'est d'après l'existence de symptômes d'importance secondaire et assez vagues, tels que céphalalgie, troubles digestifs ou visuels, etc., que son diagnostic peut être établi. Il serait donc important de posséder un signe à la fois précoce et pathognomonique de cette forme de néphrite. Or, d'après M. Stembo, ce signe serait précisément fourni par l'adénopathie cervicale tardive; voici comment les choses se sont d'habitude passées chez les petits malades observés par notre confrère :

A la période de convalescence d'une scarlatine souvent légère, alors que depuis quelque temps déjà les enfants ne présentaient plus trace de fièvre, pas d'albuminurie ni aucun autre symptôme morbide, on voyait survenir brusquement une tuméfaction ganglionnaire parfois très considérable, siégeant à la nuque ou dans l'espace sous-maxillaire, ou même en ces deux régions simultanément. Plus rarement, les ganglions inguinaux augmentaient aussi de volume, mais à un moindre degré. En même temps que ces adénopathies, on notait une fièvre à type continu, ne dépassant pas 39° ou 39°5. Tout au début, les urines restaient normales, et ce n'est que le lendemain, voire même seulement trois ou quatre jours plus tard, que l'albuminurie faisait son apparition et que la quantité des urines commençait à diminuer. A ces troubles rénaux, qui s'aggravaient rapidement, venaient bientôt s'ajouter tous les autres signes caractéristiques de néphrite. Cependant, l'anasarque fit complètement défaut dans quelques cas, et cela malgré l'existence d'une anurie complète, parfois même mortelle.

Il se peut, comme le fait d'ailleurs remarquer M. Stembo, que l'adénopathie dont il vient d'être question ne se rencontre que dans certaines épidémies de scarlatine. S'il en était ainsi, son absence ne permettrait de tirer aucune conclusion pratique; mais il n'en reste pas moins que sa présence paraît offrir, à en juger d'après les faits relatés par notre confrère, une réelle valeur pour le diagnostic précoce de la néphrite post-scarlatineuse; aussi ce signe mérite-t-il d'être recherché.

La palpation du rein flottant comme cause d'albuminurie transitoire.

L'existence d'une albuminurie accompagnant la néphroptose est en général un signe de lésion rénale qui contre-indique certaines interventions chirurgicales. Il est donc bon de savoir que dans les cas de rein flottant la palpation de l'organe ectopié peut provoquer une albuminurie, passagère il est vrai, mais susceptible néanmoins, lorsque sa véritable cause reste méconnue, d'induire le praticien en erreur et de l'influencer d'une façon fâcheuse au point de vue des décisions thérapeutiques à prendre.

Cette constatation vient d'être faite par M. le docteur C. Menge, privatdocent de gynécologie à la Faculté de médecine de Leipzig. En effet, sur 20 patientes atteintes de néphroptose et qui ne présentaient ordinairement pas d'albumine urinaire, notre confrère a vu apparaître chez 15, immédiatement après la palpation pratiquée avec les ménagements habituels, une albuminurie dont le taux dépassa parfois 0.5 ‰. Il nota en même temps la présence, dans les urines, d'hématies et de leucocytes, ainsi que de cellules d'épithélium rénal.

Au bout de quelques heures — d'un jour au plus —, toute trace d'albumine avait disparu.

Cette albuminurie provoquée est donc essentiellement transitoire. Les facteurs qui paraissent en favoriser la production sont, d'après M. Menge, un état d'anémie prononcée, la flaccidité des parois abdominales et le degré même de déplacement du rein.

Enfin notre confrère a pu se convaincre, à l'aide du cathétérisme urétéral, que, dans l'espèce, l'albuminurie tire bien son origine du rein et non de la vessie.

Une règle pratique découle logiquement de ce fait, c'est que, pour se rendre compte de l'état des fonctions rénales chez une femme atteinte de néphroptose, il faut pratiquer l'analyse des urines soit avant la palpation de l'organe ectopié, soit alors que vingt-quatre heures au moins se sont écoulées depuis cet examen.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 juin 1900.

Désinfection des puits par le permanganate de potasse.

M. Delorme. — J'ai utilisé à diverses reprises, à la suite d'un travail de Mme Schipilov (de Genève), paru il y a quelques années, le permanganate de potasse pour la désinfection de l'eau de boisson, et en particulier de l'eau de puits.

Voici comment on procède :

Le puits étant muni de sa pompe, on détermine au moyen d'une ficelle tendue par un poids le niveau de l'eau qu'il contient; connaissant le diamètre du puits, on en déduit le volume de cette eau. Il suffit alors de verser une solution de permanganate de potasse à 1 %, dans la proportion d'un litre pour un hectolitre d'eau à désinfecter.

Avec une perche stérilisée, on agite ensuite l'eau du puits, et quand, au bout d'une demi-heure, un échantillon prélevé montre que l'eau conserve la couleur lie de vin, on jette dans le puits du charbon pilé et du sable fin désinfectés à l'étuve et mélangés dans la proportion d'un quart de la première de ces substances pour trois quarts de la seconde.

Au bout de trois ou quatre jours, la désinfection étant assurée, le charbon déposé, l'eau clarifiée, on épuise le puits pour faire disparaître les moindres traces de l'antiseptique, et lorsque l'analyse bactériologique répétée pendant un mois ne décèle plus que la présence d'une faible quantité de microbes et indique l'absence totale de germes pathogènes, l'eau est déclarée bonne et le puits livré à la consommation.

Il me paraît inutile d'ajouter que ces désinfections ne peuvent être réellement efficaces que quand l'infection du puits est d'origine extérieure et lorsque ni le sol dans sa profondeur, ni la nappe d'eau souterraine ne sont contaminés.

Du liséré gingival de l'intoxication saturnine.

M. P. Lemaistre (de Limoges) communique la relation de 4 cas de colique de plomb qu'il a observés dans la même maison; il fait remarquer, à cette occasion, que le liséré gingival, caractéristique de l'intoxication saturnine, est dû à la présence de fines particules de plomb dans les capillaires de la gencive.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 juin 1900.

Traitement de la tuberculose rénale.

M. Tuffier. — En ce qui concerne le diagnostic de l'unilatéralité des lésions pour le

traitement opératoire de la tuberculose rénale, je crois, comme M. Bazy (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 203), que l'on peut se passer du cathétérisme des uretères. L'examen de l'urine et l'emploi du bleu de méthylène suffisent, en effet, à déterminer la valeur physiologique du rein, et, à mon avis, on ne doit pratiquer le cathétérisme urétéral que dans les cas exceptionnels où tous les autres moyens de diagnostic sont restés insuffisants.

M. Routier. — Je considère le cathétérisme des uretères comme une méthode précieuse, à laquelle on peut s'adresser comme à une ressource ultime. Le seul reproche dont elle soit passible réside dans les difficultés que soulève fréquemment son emploi, et qui en font précisément un procédé d'exception. Ce cathétérisme ne me paraît pas d'ailleurs présenter les dangers dont on l'a accusé; jamais, chez ceux de mes malades qui l'ont subi, je n'ai observé le moindre accident qui pût lui être imputé.

M. Ricard. — J'ai fait 4 néphrectomies pour tuberculose rénale, avec 4 succès. Dans un cas, notamment, la guérison s'est maintenue malgré des lésions évidentes du rein conservé; ces dernières paraissent avoir évolué vers la guérison, car j'ai revu la malade près de trois ans après l'opération, et elle était dans un état de santé très satisfaisant.

M. Albarran. — Le cathétérisme urétéral ne doit pas être considéré comme une méthode d'exception; bien souvent, en effet, il permet seul d'établir l'état de chacun des reins, alors que, faute de renseignements suffisants, on serait exposé à pratiquer des interventions regrettables.

Incontestablement, ce mode d'exploration présente parfois des difficultés assez grandes; mais, en règle générale, je puis affirmer qu'il est facile de l'exécuter, à la condition d'en connaître bien la technique et d'avoir fait des essais en nombre suffisant.

Quant à la valeur de l'épreuve du bleu de méthylène par le procédé de MM. Achard et Castaigne, je crois qu'elle a été trop contestée, au cours d'une discussion récente à la Société médicale des hôpitaux, pour qu'on puisse accorder à ce moyen de diagnostic une confiance absolue. En comparant les résultats fournis chez un même malade par le cathétérisme urétéral et par l'épreuve du bleu de méthylène, j'ai pu à plusieurs reprises m'assurer que celle-ci conduisait fréquemment à des conclusions tout à fait erronées relativement aux lésions de chaque rein, tandis que les résultats du cathétérisme urétéral ont une rigueur mathématique. Il n'y a donc pas à hésiter entre ces deux méthodes : autant l'une est incertaine, autant l'autre est précise et vraiment scientifique.

Procédé nouveau de rhinoplastie.

M. Nélaton. — La rhinoplastie par les méthodes italienne, indienne et française n'ayant jamais donné de résultats bien satisfaisants dans les cas où le squelette du nez est détruit, on a cru nécessaire de recourir, pour remédier à l'absence de parties osseuses, à l'emploi d'une charpente métallique, qui, ainsi que vous le savez, est en général fort mal tolérée.

J'ai imaginé un procédé grâce auquel on peut restaurer le squelette nasal, à la condition qu'il subsiste au moins 5 ou 6 millimètres de l'ogive constituée par les os propres du nez. Pour cela, il suffit de détacher à la scie un lambeau ostéopériostique comprenant une portion de la table externe du frontal et ce qui reste de la saillie formée par les os propres du nez; on achève d'isoler ce lambeau à l'aide d'un coup de ciseau appliqué de chaque côté, et il est alors facile de le rabattre comme une sorte de mentonnière mobile sur une double charnière latérale; on obtient ainsi une charpente osseuse qui assure la forme et la solidité du nez reconstitué.

J'ai pratiqué cette opération avec un plein succès chez un jeune homme que je vais vous présenter tantôt, et chez lequel il restait environ 8 millimètres de l'ogive nasale.

M. Mignon (médecin militaire) communique un fait de *kystes hydatiques multiples* du foie, du grand épiploon, du mésocôlon transverse, de la rate, du diaphragme et du petit bassin.

M. Galezowski lit une observation de *cysticerque de la macula* implanté dans la rétine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 juin 1900.

Eschares pharyngées et œsophagiennes dues à l'ingestion d'acide chlorhydrique.

M. Legendre. — J'ai observé récemment une malade à propos de laquelle j'ai commis une erreur de diagnostic que je crois intéressant de rapporter. Il s'agit d'une femme qui fut amenée à l'hôpital parce qu'elle vomissait du sang en abondance. Le lendemain de son entrée, ces vomissements cessèrent, mais on remarqua que le fond de la gorge était tapissé par un exsudat blanchâtre présentant tous les caractères des fausses membranes diphtéritiques et dont l'ensemencement donna des cultures de bacilles courts prenant le Gram; on crut à l'existence d'une diphtérie pharyngée et on pratiqua une injection de 20 c.c. de sérum, qui fut renouvelée le lendemain.

Sur ces entrefaites, la malade expulsa une fausse membrane tubulée longue de plusieurs centimètres et contenant également des bacilles courts, en même temps qu'elle accusait pour la première fois quelques troubles de la déglutition. Ceux-ci ayant augmenté les jours suivants, la patiente qui, jusque là, s'était refusée à donner aucun renseignement sur le début de son mal, finit par avouer que le jour de son entrée à l'hôpital elle avait avalé, dans le but de se donner la mort, une certaine quantité d'acide chlorhydrique. Cette révélation permit de rapporter à leur véritable origine tous les symptômes présentés par cette femme.

Il devint ainsi manifeste que les hématémèses du début, comme les exsudats du pharynx, n'étaient dus qu'à une action locale du caustique. Quant à la fausse membrane tubulée rejetée au bout de quelques jours, l'examen microscopique démontra qu'elle provenait de l'œsophage et non de la trachée, comme on l'avait cru tout d'abord. Le cathétérisme œsophagien aurait, du reste, levé tous les doutes s'il en était resté, car il permit de constater l'existence d'un rétrécissement tellement étroit que toute tentative pour alimenter la malade devint bientôt infructueuse et que, pour remédier à cet état de choses, on fut obligé de faire la gastrostomie.

La présence de bacilles courts pseudo-diphtériques dans les fausses membranes du pharynx et de l'œsophage semble devoir être attribuée à ce fait, que la malade avait été quelque temps auparavant en contact avec un enfant atteint de diphtérie.

Sur deux cas d'albuminurie orthostatique.

M. Bourcy communique les observations de deux sujets âgés de dix-neuf ans, sans antécédents héréditaires accusés bien que présentan quelques stigmates de dégénérescence, chez lesquels il a noté à différentes reprises l'existence d'une albuminurie transitoire qui disparaissait lorsque les malades étaient couchés, pour reparaître quand ils se levaient. Des expériences multiples ont montré que c'était bien la position verticale seule qui était la cause efficiente et nécessaire de l'albuminurie, et que l'on ne pouvait en aucune façon incriminer ni la quantité ni la qualité des aliments ingérés. On avait affaire, en un mot, à cette variété d'albuminurie que M. Teissier a décrite sous le nom d'*albuminurie orthostatique* (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 425).

M. Merklen dit avoir constaté que c'est principalement chez les sujets présentant une insuffisance de l'innervation vasomotrice que s'observe l'albuminurie orthostatique. Il s'agit là, d'après l'orateur, d'une affection de croissance dépourvue de tout caractère de malignité, et que l'on doit combattre non par le régime lacté, en général plutôt nuisible, mais par l'emploi des préparations arsenicales et ferrugineuses, le séjour au bord de la mer, etc. Quant à l'avenir des malades atteints de cette affection, il ne doit inspirer aucune inquiétude, car l'albuminurie orthostatique ne paraît pas prédisposer particulièrement aux néphrites.

Syphilides papuleuses généralisées ayant respecté un membre paralysé.

M. Danlos montre un homme de vingt-trois ans chez lequel une éruption de papules syphilitiques existe à la surface de tout le corps, sauf au niveau du membre inférieur droit qui est le siège d'une paralysie remontant à la première enfance.

M. Renaut fait remarquer que cette immunité des membres frappés de paralysie a déjà été signalée à propos d'un certain nombre de dermatoses.

M. Troisier présente un malade chez lequel on constate des ganglions sus-claviculaires et un ganglion axillaire du côté gauche. Il est probable que ces adénopathies sont en rapport avec un cancer abdominal, qui est décelé par une tumeur siégeant dans l'hypocondre droit. La présence de ces ganglions périphériques contre-indique toute intervention chirurgicale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 juin 1900.

Toxicité urinaire et pathologie cellulaire.

M. Charrin. — J'ai montré dans une série de recherches les différences anatomiques et physiologiques que présentent entre eux des nouveau-nés normaux, issus de parents sains, et des nourrissons malades, cachectiques, provenant de générateurs tarés.

J'ai poursuivi ces études en comparant la toxicité urinaire dans les deux cas; je l'ai trouvée presque nulle dans le premier, plus marquée dans le second, en injectant l'urine par la voie intraveineuse. Cependant, comme on a reproché dans ces derniers temps à cette méthode de troubler la circulation à cause de la différence d'isotonie de l'urine et du sang, j'ai tenu à me mettre à l'abri de cette objection en pratiquant des injections sous-cutanées de 6 à 15 c.c. d'urine, que je répétais tous les trois ou quatre jours.

Il n'est pas toujours possible avec ce procédé d'éviter, quelques précautions que l'on prenne, l'apparition de phénomènes infectieux qui troublent l'expérience; en outre, les urines de tous les sujets tarés n'agissent pas de la même façon. J'ai pu constater néanmoins que ces urines provoquent l'amaigrissement et la mort plus facilement que celles des enfants normaux, en produisant des lésions viscérales et notamment des dégénérescences du foie.

Ces urines sont donc toxiques. On peut même pousser plus loin cette étude et établir que les poisons qu'elles contiennent procèdent de la pathologie cellulaire. Ils ne proviennent pas, en effet, de l'extérieur puisque les nourrissons n'y puisent que des éléments inoffensifs, lait ou air, d'ailleurs absorbés sans inconvénients par les enfants bien portants des nourrices qui allaitent à la fois leurs propres descendants et les sujets en question.

On pourrait, il est vrai, m'objecter que ces toxiques ont pu passer de la mère à l'enfant par la circulation placentaire; mais comme ces poisons s'éliminent, ils auraient bien vite disparu si telle était leur principale source.

Les principes toxiques de l'urine tirent donc leur origine des cellules, elles-mêmes malades, des nouveau-nés tarés; cet état cellulaire pathologique tient à ce que les éléments primordiaux empruntés à des générateurs souffrants sont viciés, ou à ce que les humeurs de ces générateurs, rendues toxiques par la maladie, sont allées à travers le placenta léser les tissus en formation.

La réalité de la pathologie cellulaire et de la toxicité urinaire se dégage donc nettement de ces expériences.

Traitement de la tuberculose.

M. Laborde. — Dans les deux dernières séances, M. Richet nous a exposé les résultats très satisfaisants qu'il a obtenus dans le traitement de la tuberculose expérimentale au moyen de la viande crue et du jus de viande. Bien qu'applicable et appliquée depuis longtemps au traitement de la tuberculose humaine, la zômothérapie ne donnera jamais chez l'homme des succès aussi brillants que chez le chien, parce que l'activité digestive de l'estomac de cet animal est bien supérieure à celle de l'estomac de l'homme. C'est en partie pour cette raison que la suralimentation, dont les bons effets ne sont plus contestés par personne, rencontre tant de difficultés dans la pratique.

Aussi doit-on toujours, selon moi, réserver une place importante au traitement pharmaceutique à côté du régime alimentaire lorsqu'on

soigne un tuberculeux. Le médicament qui m'a donné les meilleurs résultats est le gaïacol que j'emploie en injections hypodermiques, associé à l'eucalyptol et à la spartéine dans la formule suivante : gaïacol 20 grammes, eucalyptol 10 grammes, sulfate de spartéine 1 gramme, huile d'amandes douces Q. S. pour 200 c.c.

J'injecte d'abord un demi-centimètre cube de cette solution et je porte graduellement la dose à 5 et même 7 c.c. L'injection peut être renouvelée tous les deux ou trois jours sans que l'on ait à redouter des phénomènes d'intolérance.

De la leucocytose dans la variole.

MM. J. Courmont et Montagard. — L'étude hématologique de 29 cas de variole nous a permis de constater que, dès le début, cette affection s'accompagne toujours d'une hyperleucocytose qui augmente au moment de la formation des pustules et baisse ensuite progressivement pour remonter de nouveau s'il survient des suppurations.

L'hyperleucocytose de la variole simple, non compliquée, est toujours une mononucléose, le chiffre des polynucléaires tombant le plus souvent au-dessous de 50 %. Au contraire, l'hyperleucocytose des varioleux atteints d'abcès, de phlegmons, etc., porte constamment sur les éléments polynucléés. L'apparition de cette seconde variété d'hyperleucocytose est donc l'indice d'une complication suppurative.

Il résulte, en outre, de ces recherches, que l'apparition des pustules n'est pas le résultat d'une infection secondaire des vésicules par des microbes pyogènes vulgaires, mais que c'est une suppuration spécifique de la variole; en d'autres termes, la transformation de la vésicule en pustule est due directement à l'action du virus variolique.

L'ovaire considéré comme glande interne et les modifications nutritives de la grossesse.

MM. Charrin et Guillemonat. — Nous avons établi précédemment (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 83) qu'en général, pendant la grossesse, le type nutritif se modifie : la destruction incomplète des sucres et des graisses a pour conséquences la glycosurie et l'obésité; la tendance à la formation exagérée d'acides conduit à la phosphaturie et aux différentes sortes de lithiases.

Après une série d'essais, nous avons réussi à relever l'activité nutritive, au moins au point de vue de l'excrétion de l'urée, en injectant sous la peau de femelles pleines des extraits salés et glycérinés d'ovaires en activité. Les extraits d'autres organes se sont, dans les mêmes conditions, montrés complètement inactifs.

Ces expériences mettent en évidence les propriétés des ovaires envisagés comme glandes à sécrétion interne.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 16 juin 1900.

Traitement des maladies cutanées par les rayons de Röntgen.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. Schiff** a présenté, au nom de M. Freund et au sien, 13 malades atteints de maladies cutanées diverses (favus, lupus vulgaire ou érythémateux, sycosis, hypertrichose) qui ont été soumis à la radiothérapie. Les résultats obtenus jusqu'à présent au moyen de ce traitement permettent d'affirmer que le lupus et l'hypertrichose peuvent être radicalement guéris par les rayons X, à la condition que ceux-ci soient employés méthodiquement et longtemps, d'une façon continue dans la première de ces affections et intermittente dans la seconde. La durée moyenne de la cure d'un cas d'hypertrichose est de un an et demi, mais l'amélioration est déjà très accentuée au bout de quelques semaines ; l'interruption du traitement est toujours suivie d'une récidive.

L'action prolongée des rayons de Röntgen sur la peau normale détermine des atrophies qui se traduisent par une légère différence de coloration et par de petites dépressions punctiformes; ces altérations sont beaucoup moins visibles que les cicatrices qui succèdent à l'emploi de l'électrolyse. Néanmoins, l'orateur estime que cette dernière méthode doit être préférée pour la destruction des nævi et des petites verrues recouvertes de poils.

Dans le sycosis et le favus, les résultats de la radiothérapie sont très satisfaisants : la guérison ne demande pas plus de quelques semaines, même dans des cas datant de plusieurs années. Après la chute des poils déterminée par les rayons X, il faut appliquer sur les surfaces malades une pommade quelconque. Ce mode de traitement est surtout utile dans les localités où les affections mycosiques du cuir chevelu sont endémiques.

De l'étiologie du goitre exophtalmique.

M. R. Breuer a émis l'opinion qu'il n'y avait pas lieu de distinguer deux variétés de goitre exophtalmique : l'une primitive, de nature nerveuse, et l'autre consécutive à une lésion du corps thyroïde. D'après l'orateur, le corps thyroïde jouerait toujours le rôle principal dans le développement de cette affection; il a même vu, dans un cas, la maladie de Basedow succéder à une thyroïdite primitive suppurée due au staphylocoque blanc.

M. Breuer estime, en outre, que l'administration de l'iode peut provoquer l'apparition du goitre exophtalmique, soit chez des sujets antérieurement atteints de cette affection et considérés comme guéris, soit chez des individus présentant déjà des symptômes légers de la maladie, mais n'ayant pas de goitre, soit enfin chez de simples goitreux n'offrant pas encore de phénomènes basedowiens; ce sont surtout les vieillards et les jeunes femmes qui risquent de voir leur goitre se basedowifier à la suite du traitement iodé.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Tumeurs du canal rachidien diagnostiquées et traitées avec succès par l'intervention chirurgicale, par M. Fr. Schultze.

Le petit nombre de cas de tumeurs du canal rachidien, qui aient bénéficié jusqu'ici d'une intervention chirurgicale, nous impose une étude particulièrement attentive de tous les faits de ce genre, afin d'arriver par un diagnostic précoce à augmenter autant que possible les chances de succès du traitement chirurgical. Or, M. Schultze a observé trois malades atteints de cette affection, dont deux ont été guéris par l'opération.

Le premier cas concerne une femme de quarante-neuf ans, dont la maladie avait débuté en 1889 par de violentes douleurs dans le dos, irradiées vers la poitrine. En 1897, il survint des troubles de la sensibilité et de la motilité dans la jambe gauche, avec parésie de la vessie et du rectum. Après avoir été considérée comme hystérique, et traitée comme telle, la malade entra en 1898 à la clinique de M. Schultze. A ce moment, il existait une paralysie complète des membres inférieurs avec contraction tonique de la musculature et exagération des réflexes tendineux. Les sensibilités tactile et calorique étaient profondément altérées, mais non complètement abolies. La limite supérieure de la zone hypoesthésique formait une ligne à peu près horizontale, partant de la première vertèbre lombaire pour aboutir à la face antérieure du thorax, environ à 2 centimètres au-dessous du sternum. Les caractères de la paralysie avec prédominance des troubles de la motilité plaidaient en faveur d'une compression de la moelle. Rien dans l'examen de la colonne vertébrale ne permettait d'admettre l'existence d'une carie osseuse. L'absence d'antécédents syphilitiques ou d'un traumatisme antérieur rendait l'existence d'une myélite ou d'une pachyméningite hypertrophique chronique peu probable; seule, l'hypothèse d'une tumeur paraissait pouvoir se concilier avec les symptômes existants. La longue durée des douleurs névralgiques, qui avaient précédé de huit ans les premiers symptômes de paralysie, de même que l'absence d'une dissociation évidente de la sensibilité, décidèrent M. Schultze à admettre l'existence d'une tumeur de siège extra-médullaire.

L'opération fut décidée et pratiquée par le professeur Schede. Les troubles de la sensibilité s'étendant, d'après les tableaux de Head, jusque dans le septième segment dorsal, on devait rencontrer la lésion à la hauteur de la cinquième ou sixième vertèbre dorsale. Après avoir réséqué la sixième et la septième apophyse épineuse, on trouva en effet une tumeur dure d'environ 4 centimètres de long, 2 centim. 6 de large et 1 centim. 5 d'épaisseur, dont l'ablation se fit sans difficulté.

Trois semaines après l'opération, la malade recommençait à mouvoir spontanément les orteils du pied droit, l'anesthésie avait diminué d'intensité et l'on constatait une amélioration sensible des fonctions de la vessie et du rectum. Les derniers troubles s'amendèrent progressivement, et, au bout d'un an, la malade était capable de faire des promenades d'une demi-heure en s'appuyant sur une canne, et de monter seule un escalier de vingt marches.

Le second opéré, un homme de vingt-huit ans, présentait de même une paraplégie spasmodique des jambes remontant à quatre mois. L'affection avait débuté trois ans auparavant par des douleurs localisées au bord inférieur du thorax, du côté droit. Ces douleurs, d'intensité moyenne, disparaissant quelquefois complètement pour un temps plus ou moins long, n'avaient jamais empêché le malade de travailler. Au moment de son admission à la clinique de M. Schultze, on constatait une paraplégie spasmodique avec raideur considérable des jambes, de sorte que la marche n'était possible qu'avec l'aide de deux cannes. Les réflexes tendineux étaient exagérés; le réflexe plantaire était normal; par contre, le réflexe abdominal faisait défaut. Il existait en outre de légers troubles de la sensibilité tactile remontant jusqu'au niveau de la douzième vertèbre dorsale, en arrière, et à 3 centimètres au-dessus du nombril, en avant. De même, on notait une légère diminution des sensibilités calorique et douloureuse. Au-dessus de la limite de ces troubles, on constatait à droite une zone hyperesthésique d'une largeur de 2 à 3 travers de doigts. Pendant les mois qui suivirent l'admission à la clinique, la paralysie fit des progrès rapides, de sorte que la marche devint de plus en plus difficile. Les mêmes considérations que dans le cas précédent conduisirent M. Schultze à poser le diagnostic de tumeur extramédullaire siégeant à la hauteur de la septième vertèbre dorsale. Après avoir réséqué l'apophyse épineuse de la septième vertèbre, on constata en ce point une proéminence anormale de la dure-mère. Une incision longitudinale permit de voir une tumeur grise, dont l'extraction nécessita la résection de la huitième apophyse dorsale. Une aggravation des symptômes morbides fut la conséquence immédiate de l'opération; la paralysie partielle se transforma en une paraplégie totale, compliquée de troubles vésicaux. Mais, quinze jours après l'opération, une amélioration se produisit, annoncée par la disparition des troubles de la vessie. Peu à peu, le malade retrouva l'usage de ses jambes, et, quatre mois plus tard, il pouvait marcher sans appui et reprendre sa profession de jardinier.

Dans un troisième cas, on trouva, à l'autopsie, une tumeur obturant en partie le trou occipital, et qui avait occasionné une paraplégie spasmodique, avec phénomènes parétiques moins accentués aux bras, et troubles de la sensibilité. La proximité du bulbe avait empêché dans ce cas toute tentative chirurgicale.

M. Schultze relève dans ces trois observations quelques symptômes communs qu'il considère comme importants au point de vue du diagnostic. Tout d'abord, ce sont les douleurs névralgiques, apparaissant parfois plusieurs années avant les premiers signes de paralysie. Ces douleurs, d'intensité variable, sont en général unilatérales au début; dans un cas, cependant, elles ont affecté d'abord les deux côtés, pour devenir par la suite unilatérales; elles ont d'ordinaire une tendance à diminuer d'intensité au fur et à mesure que la maladie progresse. Les symptômes de compression de la moelle n'intéressent, au début, qu'un seul côté du corps, sans qu'on puisse constater ultérieurement le syndrome de Brown-Séquard. Peu à peu l'autre côté est pris à son tour. Il faut signaler,

enfin, l'absence de réflexe abdominal dans les trois cas.

L'opération pratiquée avec succès chez les malades de M. Schultze ne saurait être recommandée si les symptômes paraissent se rapporter à une tumeur à développement rapide et s'étendant à une portion un peu considérable du canal rachidien. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVI, 1-2.) — A. J.

La concentration de l'urine et du sang dans les maladies des reins; contribution à l'étude de l'urémie, par M. L. Lindemann.

Les nombreux auteurs qui ont étudié jusqu'à ce jour l'influence des maladies des reins sur la concentration de l'urine se sont contentés de déterminer le poids spécifique du liquide urinaire ou la quantité de résidu sec qu'on en obtient par évaporation. Ces deux valeurs ne sauraient cependant donner une idée exacte de la concentration moléculaire de l'urine — c'est-à-dire du nombre de molécules dissoutes dans l'unité de volume —, attendu que les poids spécifiques des nombreux composants de ce liquide sont très différents. Pour arriver à apprécier exactement cette concentration moléculaire, M. Lindemann utilise la détermination du point de congélation de l'urine; les recherches de Van't Hoff et d'Arrhenius ont démontré, en effet, que l'abaissement du point de congélation d'une solution est en rapport direct avec le nombre de molécules dissoutes, de sorte que l'on peut, en connaissant le point de congélation, calculer le degré de concentration.

Pour l'urine normale, au taux moyen de 1,200 à 2,000 c.c. par vingt-quatre heures, M. Lindemann a trouvé, à deux exceptions près, que le point de congélation varie entre — 2°3 et — 1°3. La stase veineuse consécutive à une lésion cardiaque ne modifie pas ces chiffres, et par conséquent la concentration de l'urine reste normale; exception doit être faite pour les cas de collapsus, où l'on observerait une diminution sensible de la concentration moléculaire. Dans ce cas particulier, le poids spécifique donne une idée complètement fausse du degré de concentration.

Toutes les formes de néphrite sont caractérisées par une faible concentration de l'urine. Dans les néphrites parenchymateuses, le point de congélation peut s'élever jusqu'à — 0°9, avec une émission quotidienne de 1,200 c.c. d'urine. Le poids spécifique ne permet pas de se rendre compte de ce fait, car il dépend surtout de la proportion d'albumine. Cette diminution de la concentration est beaucoup moins sensible dans les cas de néphrite interstitielle. Comme la quantité d'albumine est en général, dans ce dernier cas, beaucoup plus faible que dans la néphrite parenchymateuse, il s'ensuit que l'urine d'une néphrite interstitielle peut avoir un poids spécifique notablement inférieur à celui de l'urine d'une néphrite parenchymateuse, bien qu'elle soit plus concentrée que celle-ci.

Dans l'albuminurie fébrile, la concentration de l'urine reste dans les limites normales.

M. Lindemann a déterminé, en outre, le point de congélation du sérum sanguin dans les néphrites. Il a pu constater des différences sensibles suivant que les malades avaient de l'urémie ou non. En l'absence de phénomènes urémiques, il a toujours trouvé une concentration normale du sérum; dans les cas d'urémie, par contre, le sérum présentait régulièrement une concentration exagérée. L'auteur a observé le même phénomène sur deux chiens chez lesquels il avait pratiqué la ligature des uretères; au moment de l'apparition des accidents convulsifs, la concentration du sérum augmenta brusquement. L'injection d'une certaine quantité d'une solution concentrée de chlorure de sodium provoque chez le chien des accidents qui rappellent les convulsions de l'urémie; au moment de leur apparition, M. Lindemann a noté un abaissement du point de congélation du sérum, correspondant à une augmentation de la concentration moléculaire. La même quantité de chlorure de sodium injectée en solution suffisamment diluée ne provoque au contraire aucun phénomène morbide, et le point de congélation du sérum ne varie pas. On obtient les mêmes résultats en injectant des solutions d'urée à des degrés de concentration différents.

M. Lindemann tire de ces expériences la conclusion que l'urémie est accompagnée d'une augmentation de concentration du sérum, et par conséquent de la pression osmotique du sang, et que la rétention de sels neutres dans l'organisme suffit à provoquer ce syndrome, sans qu'il soit nécessaire d'admettre l'intervention de substances toxiques spéciales. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 1-2.) — A. J.

Contribution à l'étude des kystes dermoïdes du tissu cellulaire du bassin, par M. A. Krogius.

L'auteur rapporte dans le présent travail un cas de kyste dermoïde du tissu conjonctif du bassin. Il concerne, comme presque tous les faits analogues, un sujet du sexe féminin. La malade, âgée de vingt-six ans, souffrait depuis sa dixième année d'une constipation opiniâtre, accompagnée passagèrement de symptômes d'iléus, et déclarait avoir constaté depuis peu la présence d'une tuméfaction dans la région inguinale droite. C'est pour cette dernière raison qu'elle se fit recevoir dans le service du chirurgien d'Helsingfors.

La palpation permit de reconnaître que l'abdomen était tuméfié et tendu. La fosse iliaque droite était le siège d'une tuméfaction allongée, légèrement mobile, s'étendant vers le petit bassin; il existait, en outre, surtout à gauche, une résistance profonde. Le toucher vaginal révéla l'existence d'une tumeur remplissant le petit bassin dans son entier, et comprimant le vagin d'arrière en avant, vers la symphyse pubienne. Par l'examen bimanuel, on s'aperçut que la tumeur mobile de la fosse iliaque droite n'était autre chose que l'utérus déplacé vers le haut et à droite. Au toucher rectal, on se rendit compte que le rectum était également déplacé en avant et à droite. L'auteur porta le diagnostic de kyste dermoïde d'origine ovarique, et pratiqua la laparotomie. Au cours de l'intervention, il constata que la matrice et les ligaments larges étaient soulevés *in toto* par la tumeur. La ponction exploratrice lui démontra qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde. Il ferma alors la plaie abdominale et pratiqua une incision parasacrée du côté gauche, suivie de l'extirpation du coccyx et de la résection du bord gauche du sacrum. Il arriva ainsi sur la tumeur qui fut extirpée, sauf quelques petits fragments trop adhérents pour pouvoir être énucléés. La plaie fut tamponnée et fermée en partie par une suture. Une deuxième opération, pratiquée au bout de six semaines, permit d'enlever à l'aide de la curette les derniers fragments du kyste.

La malade quitta le service deux mois plus tard, présentant encore une fistule étroite au niveau de la cicatrice opératoire; son état général était des plus satisfaisants. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 1.) — F. DE Q.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le traitement iodo-ioduré de la fièvre typhoïde.

L'iode et l'iodure de potassium, employés fréquemment autrefois contre la fièvre typhoïde, avaient été complètement délaissés dans le traitement de cette affection, quand, dernièrement, l'administration de ces médicaments fut de nouveau préconisée contre la dothiénentérie, et en général contre les états infectieux du tube digestif, par divers praticiens, notamment par MM. les docteurs Grosch et Bizine (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 373 et Annexes, p. CXXXIV). Tout récemment encore, M. le docteur O. Oddi, médecin militaire italien, et, après lui, M. le docteur A. Cavazzani, privatdocent de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Pise, se sont bien trouvés de ce traitement de la fièvre typhoïde. Les observations de M. Cavazzani méritent particulièrement de fixer l'attention, car elles se rapportent à 62 malades soumis dès le début de leur dothiénentérie à la médication iodo-iodurée; dans tous ces cas l'affection a évolué d'une façon remarquablement bénigne sans complication aucune et s'est terminée par la guérison.

Notre confrère faisait prendre à ses patients, dans les vingt-quatre heures, une potion contenant 20 à 25 gouttes de teinture d'iode et 1 gramme d'iodure de potassium pour un demi-litre d'eau édulcorée avec 30 à 40 grammes de sirop. L'usage de ce médicament était continué non seulement pendant tout le cours de la maladie, mais encore durant les premiers jours de la convalescence.

Sous son influence, la langue se nettoyait, la diarrhée s'arrêtait rapidement, les selles perdaient leur fétidité habituelle, les phénomènes bronchitiques, la tuméfaction de la rate et le délire se dissipaient, la fièvre s'amendait et on ne notait, à aucune période de l'affection, l'apparition de l'état typhique.

Il faut remarquer que M. Cavazzani, en plus de la solution iodo-iodurée, administrait systématiquement à ses dothiénentériques du salol comme antiseptique intestinal et de l'antipyrine pour modérer la fièvre, et qu'il n'hésitait pas, en cas d'hyperthermie, à prescrire des bains froids ou, plus fréquemment, à faire appliquer de la glace sur la tête et le ventre.

L'ichtyol contre la conjonctivite granuleuse à forme succulente.

Si la forme sèche du trachome cède d'ordinaire aux cautérisations avec le sulfate de cuivre, la forme succulente de cette affection — dans laquelle le gonflement des paupières et l'hypersécrétion conjonctivale sont plus prononcés — serait justiciable surtout, d'après M. le docteur M. Eberson (de Tarnov), de l'ichtyol en applications quotidiennes sur la conjonctive atteinte, pratiquées de la façon suivante :

Après avoir lavé le sac conjonctival avec un tampon de coton aseptique imbibé d'une solution de sublimé à 0.2 ‰, on étale sur la conjonctive, au moyen d'une petite spatule de verre, quelques gouttes d'ichtyol étendu de son volume d'eau; on laisse le médicament en place jusqu'à ce que le patient n'accuse plus la sensation de cuisson que provoque au premier moment le contact du topique (ce qui se produit au bout de quinze secondes environ), puis on lave l'œil à l'eau stérilisée. Au bout de quelques jours, on passe aux applications d'ichtyol non dilué.

Ce traitement déterminerait immédiatement un soulagement considérable; en outre, en le continuant pendant un temps suffisant, on ne tarderait pas à obtenir soit la guérison définitive de l'affection conjonctivale, soit du moins sa transformation en trachome sec, facilement curable par les cautérisations au sulfate de cuivre.

Traitement de l'impétigo par un mélange siccatif au soufre et à l'oxyde de zinc.

D'après M. le docteur W. Scholtz, assistant de la clinique dermatologique de la Faculté de médecine de Breslau, un bon moyen de traiter l'impétigo, particulièrement chez les enfants, consiste à badigeonner les parties atteintes — après en avoir fait tomber les croûtes à l'aide d'applications humides ou de vaseline salicylée à 5 % — avec le mélange ci-dessous formulé :

Soufre précipité	10 grammes.
Oxyde de zinc / Poudre de riz	àà 20 —
Glycérine / Eau distillée	àà 25 —

Cette préparation, qu'il faut avoir soin d'agiter fortement avant de l'employer et qu'on étend sur les foyers morbides avec un pinceau, se dessèche rapidement à l'air. Elle forme de la sorte une pellicule adhérente qui, d'une part, exerce une action médicamenteuse continue sur les lésions cutanées et, d'autre part, empêche la dissémination des microbes pathogènes de l'impétigo et, partant, la production de nouveaux placards éruptifs.

Les effets favorables du salol dans la variole.

On se rappelle sans doute que M. le docteur Ch. Begg a signalé récemment l'effet abortif du salol, pris à la dose de 4 grammes par jour, sur l'éruption variolique (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 18). Ce fait vient d'être confirmé par deux confrères anglais, MM. les docteurs J. Biernacki et P. N. Jones, qui ont observé que cette action utile, manifeste surtout quand le salol est administré à un stade précoce de la maladie, se produit encore, mais à un plus faible degré, alors même que le traitement n'est institué qu'après le début de la période de maturation. Dans ce dernier cas, la médication salolée aurait pour effet, d'après MM. Biernacki et Jones, de réduire le nombre des pustules, de diminuer notablement l'intensité de la fièvre dite secondaire ou de suppuration, de supprimer les phénomènes d'irritation cutanée et, enfin, d'accélérer la chute des croûtes.

REVUE GÉNÉRALE

Les voies aériennes supérieures dans leurs rapports avec les différentes maladies.

Depuis l'introduction de la laryngoscopie en médecine, on ne saurait nier l'importance qu'a acquis, au point de vue du diagnostic général, l'examen du larynx et des fosses nasales. C'est ainsi que mainte paralysie de la corde vocale a fait reconnaître un anévrysme de l'aorte dont on ne constatait encore aucun symptôme caractéristique; mainte pharyngite a permis, de son côté, de dépister un diabète fruste.

I

Les relations étroites qui existent entre le nez, le pharynx et le larynx sont bien connues, et l'on sait que l'obstruction nasale est parfois la cause de pharyngites et de laryngites; le processus peut même s'étendre plus loin et donner lieu à des affections pulmonaires.

Le mucus nasal joue un rôle important dans la protection de l'appareil respiratoire, tant que la respiration se fait par le nez, car il contribue à empêcher les germes de pénétrer dans les voies aériennes profondes. Tandis que Würtz et Lermoyez, se basant sur le pouvoir bactéricide du mucus, soutiennent que l'air arrive presque stérile au poumon et que les fosses nasales sont des cavités relativement aseptiques, Thomson et Hewlett admettent seulement que le mucus, sans être bactéricide, a une action inhibitrice et empêche le développement ultérieur des microbes. Klemperer, au contraire, n'a jamais trouvé le nez stérile; il reconnaît cependant que, à l'entrée des fosses nasales, les bactéries sont plus abondantes que dans les parties profondes de ces cavités; il n'a pas constaté le pouvoir bactéricide du mucus. Park et Wright jugent aussi que ce pouvoir est insignifiant.

Quoi qu'il en soit, on comprend facilement que lorsque la voie buccale remplace la voie nasale dans l'acte respiratoire, les poumons sont plus exposés aux infections; c'est ce que prouvent les expériences de Göbell, qui rencontra déjà vingt-quatre heures après l'opération, chez des chats et des lapins trachéotomisés, des bactéries — surtout des staphylocoques — dans les voies aériennes profondes, stériles à l'état normal.

Les affections des premières voies peuvent aussi se propager aux bronches et aux poumons par continuité. Sheppegrell fait jouer dans la production des bronchites un rôle prépondérant aux causes d'origine nasale, soit qu'il s'agisse d'une absence complète ou partielle de la respiration nasale, soit même que l'on ait affaire à de simples troubles fonctionnels, au cours d'affections laissant le passage libre pour l'air, comme c'est le cas de la rhinite atrophique. L'ozène, d'après Abel, détermine des infections secondaires du larynx et de la trachée, mais cet auteur n'a jamais vu le processus atteindre le poumon. Sticker va plus loin; il considère l'ozène comme dépendant d'une affection parasyphilitique qu'il appelle xérose, et qui ne serait qu'une atrophie de tout l'organisme, déterminant l'élargissement des cavités du nez, du pharynx, du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons.

II

Les maladies pulmonaires, à leur tour, peuvent retentir sur les premières voies respiratoires. Ainsi Landgraf a observé deux fois des ulcérations du larynx sur 80 cas de *pneumonie fibrineuse*.

Des paralysies de la corde vocale ont été constatées au cours de différentes affections de l'appareil respiratoire. Bäumler et Kohn ont vu la paralysie du récurrent gauche chez un malade atteint d'*anthracose*, à l'autopsie duquel ils trouvèrent des adhérences entre le récurrent et le pneumo-gastrique d'une part et un ganglion lymphatique d'autre part. Des *épanchements pleurétiques* peuvent aussi déterminer la même paralysie, ainsi que Schrötter l'a constaté dans un cas. Möser trouva chez un sujet atteint de pleurésie métapneumonique une paralysie de l'abducteur droit.

Dans les antécédents de personnes frappées d'ictus laryngé, on a noté l'*asthme* (Ruault). Moncorgé trouva 12 fois cette dernière affection sur 13 cas d'ictus laryngé.

Les *tumeurs du médiastin* (cancer, ganglions lymphatiques, goitres) peuvent comprimer les nerfs du larynx. La cause la plus fréquente des sténoses par compression de la trachée est aussi le goitre; la compression est surtout rapide, d'après Rosenberg, quand c'est le lobe moyen du corps thyroïde qui est hypertrophié et se prolonge derrière le sternum; ces goitres plongeants produisent les troubles les plus graves. Sur 54 cas de sténose de la trachée que Rosenberg a trouvés sur 20,000 malades, 38 étaient dus à un goitre. Lodge vit un garçon de quatorze ans, goitreux, qui avait une paralysie double des abducteurs; six mois après l'opération du goitre, les phénomènes laryngés disparurent.

Souvent, chez les enfants, le thymus persiste et provoque l'*asthme thymique*, qui dans certains cas amène la mort par asphyxie (Siegel). Le cornage observé dans ces conditions peut cesser après l'ablation du thymus, comme en témoignent les faits d'Avellis et de Siegel. Les symptômes déterminés par la persistance de cet organe sont parfois très analogues à ceux que produit l'adénopathie trachéo-bronchique.

III

Les hémorrhagies des muqueuses, particulièrement l'épistaxis, constituent un signe assez commun d'*endocardite chronique*; Sokolowski distingue les endocardites chroniques à la période de compensation avec symptômes assez caractéristiques du côté des premières voies, des endocardites non compensées et ne s'accompagnant pas de ces symptômes caractéristiques. Dans les *exsudats péricardiques*, la paralysie d'une seule corde vocale a été observée par Schrötter; Löri signale 4 cas analogues. Landgraf rapporte l'histoire d'un rhumatisant atteint de péricardite, à l'examen laryngoscopique duquel il trouva la corde vocale gauche immobile en position médiane, et quinze jours plus tard en position cadavérique. Une paralysie double a été observée, dans les mêmes conditions, par Bäumler.

L'épistaxis est aussi un symptôme précoce des maladies des vaisseaux, surtout de l'*artériosclérose*. D'après Kompe, tout individu qui approche de la quarantaine et qui présente des épistaxis spontanées qu'on ne peut expliquer ni par la syphilis, l'alcoolisme ou le surmenage physique, ni par une maladie infectieuse ou un traumatisme, ni par un coryza de forme quelconque, chez qui, enfin, la diathèse hémorrhagique n'est pas en cause, doit être considéré comme suspect d'artériosclérose.

L'examen laryngoscopique est certainement d'une importance capitale pour le diagnostic des *anévrysmes de l'aorte*. Le récurrent gauche étant en rapport avec ce vaisseau, on comprend qu'un anévrysme comprime ce nerf plus fréquemment que celui du côté opposé. Traube rencontra le premier une paralysie du récurrent provoquée par un anévrysme de la crosse de l'aorte; depuis, les cas publiés se sont multipliés. Bäumler signale un anévrysme de l'aorte ascendante et de la crosse avec paralysie complète de la corde vocale gauche; un an plus tard, la corde droite était prise à son tour, mais incomplètement. Kirstein a observé un cas intéressant de paralysie du récurrent gauche provoquée par un anévrysme de l'aorte associé à une tumeur maligne du médiastin. Cette paralysie récurrentielle par anévrysme peut guérir, comme le prouve le fait relaté par Heindl, dans lequel le diagnostic d'anévrysme avait été confirmé par l'examen radiographique. Comme autre symptôme laryngé précoce d'anévrysme de l'aorte, Löri admet qu'il survient parfois des phénomènes d'irritation dans les muscles d'une moitié du larynx, dus à la compression du récurrent par l'anévrysme et se traduisant par de la difficulté de la parole, par l'apparition d'un enrouement que rien n'explique, ou encore par des spasmes périodiques de la glotte. Grossmann croit qu'une paralysie des cordes vocales, suivie d'accès de suffocation disparaissant dans un temps relativement court, doit être regardée comme symptôme caractéristique d'un anévrysme développé au voisinage du nerf laryngé inférieur. Cet auteur vit chez un malade, un an avant l'apparition des signes d'un anévrysme de l'aorte, une paralysie de la corde gauche avec accès de suffocation. La paralysie disparut le lendemain pour revenir quelques jours après. Mais les crises dyspnéiques ne cessèrent qu'avec l'apparition des signes d'anévrysme, en même temps que s'établissait une paralysie complète du récurrent gauche. D'après Newman, l'existence d'un anévrysme est annoncée par une dyspnée soudaine, paroxystique, accompagnée de stridence dans le larynx.

Outre les paralysies des cordes vocales, d'autres symptômes laryngés d'anévrysme aortique ont été signalés par différents auteurs. Oliver décrivit, en 1878, le signe qui porte son nom, et qui consiste en ce que, quand on prend le cartilage thyroïde entre le pouce et l'index en exerçant une légère pression sur le larynx, le malade ayant la tête fortement renversée en arrière, on perçoit un mouvement du larynx, mouvement descendant, rythmique, systolique. Cardarelli procède d'une manière différente pour produire ce phénomène : sans placer le cou en extension forcée, il conseille de saisir le larynx de la même façon que dans le procédé d'Oliver et de le tirer légèrement à gauche; dans ces conditions, on perçoit une légère pulsation de gauche à droite. Pansini préfère cette dernière manœuvre, parce qu'il ne la croit pas susceptible de provoquer l'angoisse et le malaise dont s'accompagne souvent l'extension forcée de la tête chez les porteurs d'anévrysme. M. Schmidt a constaté le signe d'Oliver-Cardarelli 19 fois sur 31 malades atteints d'anévrysme de l'aorte. Bien que ce symptôme paraisse d'une haute valeur, Fränkel a pu le produire dans un cas de tumeur médiastinale, et, depuis, Auerbach a publié deux autres faits analogues. Ce signe perd donc de sa valeur au point de vue du diagnostic différentiel entre l'anévrysme et la tumeur du médiastin; en tout cas, dit Auerbach, il plaide en faveur d'un anévrysme de l'aorte plutôt que d'une tumeur médiastinale. Hall a décrit un choc diastolique qu'on perçoit dans les mêmes conditions que le symptôme d'Oliver; ces secousses, qui se produisent du côté du larynx, ne doivent pas être confondues avec les secousses systoliques de la tête des malades atteints d'anévrysme de l'aorte, signalées en 1894 par Coop et étudiées plus tard par Buschini.

Les anévrysmes de l'aorte peuvent perforer la trachée ou les bronches. Selter, qui a observé 5 cas de perforation de la trachée, trouva des ulcérations par compression sur la muqueuse trachéale, ce qui indique que la perforation se fait de l'intérieur vers l'extérieur.

Ces paralysies des cordes vocales sont déterminées quelquefois par des anévrysmes de troncs artériels autres que l'aorte. Ziemssen a publié un cas de paralysie des deux cordes vocales à la suite de la compression des récurrents par un anévrysme de l'aorte, de la sous-clavière droite et du tronc brachio-céphalique. Meyer a vu la corde vocale droite en position cadavérique, en même temps qu'il existait des pulsations fortes et amples du pharynx, chez un malade porteur d'un anévrysme de la sous-clavière droite. Compaired a relaté un autre fait de paralysie du récurrent droit causée par la compression de la sous-clavière et de la caro-

tide chez un malade qui présentait des accès d'ictus laryngé.

Les maladies du sang, particulièrement la *leucémie*, s'accompagnent d'une série de manifestations du côté des voies aériennes supérieures. D'après Barnick, les premières observations de ce genre datent de 1860 et sont dues à Lambl et Löschner. Recklinghausen trouva, à l'autopsie d'un leucémique, quelques follicules de la langue ulcérés, et une érosion sur chacune des cordes vocales. Mosler observa, dans les mêmes conditions, des lymphomes du pharynx et des amygdales. Barnick constata sur la corde vocale droite, à l'autopsie d'une femme leucémique, une ulcération de 2 à 3 millimètres de diamètre. D'après Fränkel, l'épiglotte peut être aussi le siège de lésions leucémiques : ainsi, Ebstein signale, dans un fait, une infiltration leucémique de la face linguale de l'épiglotte; dans un autre, il constata à l'autopsie une nécrose superficielle de l'épiglotte et des ligaments ary-épiglottiques. Mager vit, de même, une périchondrite déterminer la nécrose des cartilages du larynx. Schrötter nota, chez un sujet, l'infiltration leucémique de la paroi postérieure du larynx. La compression des récurrents par des ganglions trachéo-bronchiques tuméfiés peut avoir comme conséquence, chez les mêmes malades, des paralysies des cordes vocales (Löri).

Les muqueuses du pharynx et du larynx participent à l'*anémie* générale. Il existe quelquefois, chez les anémiques, des paresthésies du côté du pharynx, et à l'examen laryngoscopique on constate parfois un état de sécheresse des cordes vocales. Ailleurs on observe à la phonation des paralysies des adducteurs, surtout du thyro-aryténoïdien interne. Dans la *diathèse hémorrhagique*, la muqueuse des premières voies peut présenter des hémorrhagies, dont la plus fréquente est l'épistaxis.

IV

Parmi les maladies de l'appareil digestif, le *cancer de l'œsophage* mérite une place à part comme cause de troubles laryngés. Ziemssen publia la première observation de paralysie double des récurrents par compression due à un cancer de l'œsophage. Herzfeld, dans un cas analogue, vit à l'autopsie que le cancer siégeait au niveau de la bifurcation de la trachée. Schrötter cite un malade atteint d'une paralysie du crico-aryténoïdien latéral gauche, causée par un néoplasme du même organe. Chiari observa une paralysie des deux récurrents, à la suite d'un cancer qui s'étendait d'un sinus pyriforme à l'autre. Dörrie relate l'histoire d'un malade chez lequel la tumeur située assez bas, à 9 centim. 1/2 au-dessous de l'extrémité supérieure de l'œsophage, comprimait les deux récurrents. Blancke relate un cas dans lequel le cancer siégeait à 22 centimètres de l'arcade dentaire et avait déterminé une paralysie double du crico-aryténoïdien postérieur et du thyro-aryténoïdien. Watson Williams publie un fait de paralysie du récurrent droit, à l'autopsie duquel il trouva, à 5 centimètres de la bifurcation de la trachée, une perforation circulaire communiquant avec l'œsophage dont la paroi antérieure était envahie par un épithélioma qui comprimait le nerf paralysé.

Par la déglutition de la sécrétion nasale, des *nausées* peuvent se produire chez les sujets qui ont une obstruction nasale les obligeant à avaler vite (Treitel). Une *toux stomacale* a été décrite par Bull : cet auteur observa une femme de vingt-quatre ans dont la parole était interrompue par une toux qui augmentait par la pression sur la région du cardia, et que le gavage avec la poudre de viande fit disparaître.

Dans les *cirrhoses du foie*, il se produit souvent des hémorrhagies des muqueuses, se présentant quelquefois sous la forme d'ecchymoses. Dreyfuss rapporte deux observations dont l'une concerne un cirrhotique avec ictère et ascite qui depuis six mois avait des épistaxis, de l'enrouement et des hémoptysies, tandis que l'autre est relative à un tuberculeux qui, deux ans avant la manifestation d'aucun symptôme hépatique, eut une laryngite et une rhinite hémorrhagiques. Dans l'*ictère*, Gerhardt a rencontré 2 fois et Hertel 1 fois une paralysie des cordes vocales. Il existe, d'après M. Schmidt, une toux nerveuse provoquée par des *calculs biliaires*.

V

Les maladies de la nutrition tiennent sous leur dépendance nombre d'affections du pharynx et du larynx. La complication laryngée qu'on rencontre le plus fréquemment dans le *rachitisme* est le spasme de la glotte, qu'il faut se garder de confondre avec l'asthme thymique produit par l'hypertrophie ou la persistance du thymus; car l'hypothèse de Kopp, qui mettait le spasme de la glotte sur le compte du thymus — hypothèse admise encore par Trousseau —, n'a plus aujourd'hui qu'un intérêt historique. M. Mackenzie, sur 112,657 rachitiques, en trouva 297 atteints de spasme de la glotte. Elsässer, dès 1843, avait attiré l'attention sur la fréquence du laryngo-spasme chez les rachitiques, si bien qu'Oppenheimer, admettant que cet accident est une conséquence du rachitisme, proposa de lui donner le nom d'asthme rachitique; d'après Kassowitz, les rachitiques en sont presque exclusivement atteints. D'autres auteurs, comme Loos, mettent, au contraire, le spasme de la glotte sous la dépendance de la tétanie. Rehn obtint la disparition du spasme glottique chez 5 enfants rachitiques par l'allaitement au sein. Se basant sur ces guérisons et aussi sur ce fait qu'il n'a jamais observé cet accident chez les enfants nourris au sein, il n'en admet pas l'origine rachitique. Les cas de tétanie latente se manifestent, pour Hauser, par des accès de spasme de la glotte. Sur 26 enfants atteints de tétanie observés par Fischl, 16, c'est-à-dire 61.5 %, présentaient le spasme en question. Ce spasme peut se terminer par la mort : Hunter a vu un enfant de dix-neuf mois succomber à un accès provoqué par une émotion; deux jours après, la sœur de ce petit malade, âgée de sept mois, fut emportée de la même façon; tous deux étaient rachitiques.

La pharyngite doit être comptée parmi les symptômes précoces du *diabète* (M. Schmidt). On observe aussi, dans cette affection, la laryngite sèche (Löri). Des aphasies en relation avec des hémiplégies diabétiques ont été signalées par Charcot.

Dans la *goutte*, il est fréquent de rencontrer des pharyngites qui présentent des caractères bien tranchés. En plus des paresthésies du pharynx, les piliers postérieurs, la luette et le voile du palais sont rouges, luisants, comme badigeonnés de glycérine (Sokolowski). Du côté du larynx, Virchow a trouvé à l'autopsie d'un goutteux un tophus au-dessus de l'apophyse vocale de l'aryténoïde droit. Sokolowski a observé un autre goutteux qui, de temps en temps, présentait de la raucité de la voix, alternant avec des attaques de goutte. Ailleurs, il se produit des œdèmes temporaires de l'articulation crico-aryténoïdienne : à l'examen du larynx, on trouve la muqueuse fortement rougie; les articulations crico-aryténoïdiennes et les cartilages respectifs sont tuméfiés (Sokolowski).

Casselberry vit, chez un malade atteint d'*arthrite déformante*, les deux cordes vocales rapprochées, et ne s'écartant même pas à la respiration profonde. Les articulations crico-aryténoïdiennes étaient œdématiées, ainsi que la partie postérieure des cordes vocales.

En relation avec les maladies de la nutrition, on observe assez souvent l'ictus laryngé. Décrit pour la première fois par Charcot, en 1876, sous le nom de vertige laryngé, cet accident a été étudié depuis par de nombreux auteurs. Kurz l'appelle lipothymie du larynx. Tandis que Schadewaldt trouve que l'alcoolisme est un de ses principaux facteurs, Garel et Collet font jouer le principal rôle à l'arthritisme, se basant sur ce qu'ils ont noté, chez 23 sujets atteints de vertige laryngé, 3 fois l'obésité, 6 fois des signes de goutte, 2 fois le rhumatisme et 1 fois le diabète. Niel, sur 4 malades, trouva un neuro-arthritique. Linkenheld, par contre, ne fait pas mention des maladies de la nutrition, comme facteur de l'ictus laryngé.

VI

Les *maladies du rein* déterminent souvent au début ou au cours de leur évolution des épistaxis, des hémorrhagies du larynx, des œdèmes du pharynx et du larynx. La fréquence de l'œdème laryngé est variable : Mackenzie, sur 200 albuminuriques examinés au London Hospital, ne constata jamais ce symptôme. Fauvel, en 1863, communiqua au Congrès de Rouen l'observation d'un malade atteint d'œdème brightique du larynx et de la gorge (Dieulafoy). Fränkel a relaté l'histoire d'un sujet présentant une néphrite interstitielle, chez lequel un œdème laryngé survint avant tout autre signe de néphrite. Ces deux derniers auteurs croient que cet œdème est souvent le premier symptôme d'une néphrite, de sorte que sa constatation serait d'une grande importance pour le diagnostic; Schrötter partage leur opinion. Dieulafoy, par contre, pense que l'œdème du larynx peut être, en effet, le premier œdème qui survienne chez un brightique; mais il ne croit pas que ce soit là le symptôme initial de la maladie, car en cherchant bien on trouve toujours antérieurement les petits accidents du brightisme. A son avis, l'œdème laryngé des brightiques est presque constamment précédé de l'œdème du voile du palais; le plus souvent, ce sont les troubles de déglutition qui ouvrent la scène. Löri rapporte deux observations où il existait en effet, sans trace d'autre œdème, une infiltration de la luette causant des troubles de la déglutition. Mendel parle d'un brightique qui fut pris brusquement d'un étouffement, et chez lequel on constata un œdème des piliers, du voile du palais et de la luette; du côté du larynx, le repli pharyngo-épiglottique gauche était très œdématié, de sorte que la partie gauche de l'épiglotte était accolée à son côté droit. Garel décrit un symptôme pharyngé qu'il considère comme caractéristique de la néphrite : c'est une rougeur intense de toute la muqueuse, surtout au niveau du voile du palais et des piliers, et une légère tuméfaction de ces régions, qui, dans quelques cas, sont hyperesthésiques. Lancereaux admet une urémie buccale et pharyngée : dans un cas, il vit la muqueuse de la bouche et du pharynx se couvrir d'un mucus concrété, grisâtre, demi-transparent, extrêmement abondant, qui rappelait les produits pseudo-membraneux de la pharyngite pultacée. Barié distingue deux formes de stomatite urémique : l'une érythémato-pultacée, la seconde ulcéreuse.

VII

Parmi les maladies infectieuses, les fièvres éruptives occupent la première place au point de vue de la participation des voies aériennes supérieures. L'angine est une des plus fréquentes complications de la *scarlatine*. Bourges en distingue trois espèces : l'angine érythémateuse, l'angine pseudo-membraneuse et l'angine gangreneuse. Au début de l'angine érythémateuse, le malade se plaint de sécheresse de la gorge; l'arrière-bouche, les amygdales, la luette, les piliers ont une teinte rouge sombre tirant sur le violet; sur 37 cas, elle s'est montrée 23 fois dès le premier jour; elle peut apparaître sans exanthème, et Trousseau l'a décrite comme forme fruste de la scarlatine. L'angine pseudo-membraneuse (*angine diphtéroïde scarlatineuse* des auteurs allemands) comprend trois formes, d'après Thomas : une forme légère, une forme diffuse et une forme que Heubner désigne sous le nom de pesteuse. Elle peut être précoce ou tardive, et se caractérise par un exsudat fibrineux assez adhérent à la muqueuse sous-

jacente, se reproduisant rapidement après qu'on l'a enlevé et insoluble dans l'eau (R. Würtz). La forme grave peut être accompagnée de différentes affections phlegmoneuses du cou. Dans la forme pesteuse, il survient des hémorrhagies profuses du pharynx par érosion des gros vaisseaux (Catti).

Le larynx peut être aussi atteint dans la scarlatine, mais beaucoup moins fréquemment qu'il ne l'est dans la *rougeole*. L'énanthème morbilleux précède l'éruption cutanée. La forme simple produit souvent les symptômes du faux croup (Grancher); quant à la forme ulcéreuse, elle est bien plus redoutable, car elle peut aboutir à la nécrose des cartilages, à l'œdème et même à la mort.

Les muqueuses du pharynx et du larynx prennent part à l'éruption dans la *varicelle*. Marfan et Hallé ont publié deux cas de laryngite suffocante dans cette affection; à leur avis, les déterminations laryngées de la varicelle sont précoces et se manifestent sous forme de petites ulcérations circulaires, siégeant de préférence sur les cordes vocales.

Dans les cas graves de *variole*, la participation des premières voies est la règle. Landgraf estime que le siège primitif de l'énanthème est le voile du palais et les amygdales; de là, il s'étend au larynx, au pharynx nasal et au nez. D'après Schrötter, les cordes vocales peuvent être tuméfiées à leur face inférieure, de même que la paroi postérieure du larynx. Dans les formes hémorrhagiques de l'affection, les muqueuses présentent aussi des hémorrhagies. Schrötter a vu se former ainsi un hématome de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques. Mackenzie a observé la paralysie du crico-aryténoïdien latéral à la suite de la même maladie.

L'apparition simultanée de *rhumatisme articulaire* et d'angine aiguë est connue depuis longtemps, puisque Trousseau la signale dans ses cliniques. Cette complication, considérée comme une simple coïncidence, a exercé depuis lors la sagacité des cliniciens, et on considère volontiers aujourd'hui les amygdales comme la porte d'entrée de l'infection rhumatismale. De Saint-Germain s'exprime de la façon suivante : dans le rhumatisme, comme dans d'autres affections microbiennes, il n'est pas rare de constater sur la muqueuse pharyngée (amygdales et amas lymphatiques de la base de la langue et du pharynx) le premier signal de l'invasion de la maladie. Buss, qui a entrepris des recherches à cet égard, croit aussi que la porte d'entrée des microorganismes doit être recherchée dans la muqueuse du pharynx, spécialement dans les amygdales. Dans 21 % des cas de rhumatisme observés par lui, Gerhardt a pu constater une angine aiguë. Potain insiste de même sur les relations qui existent entre le rhumatisme et l'angine aiguë.

Des laryngites catarrhales s'observent en même temps que l'angine. Sommers a vu un malade qui, à chaque attaque rhumatismale, avait une péritonsillite. L'arthrite crico-aryténoïdienne est fréquemment produite par la même infection (Lacoarret); 3 cas en ont été observés par Compaired; chez un rhumatisant de Meyer, les articulations du larynx étaient également prises. Grünwald décrit une synovite aiguë crico-aryténoïdienne. Une femme observée par Baurowicz eut une arthrite crico-aryténoïdienne gauche avant que les articulations des membres fussent prises. A côté de cette arthrite qui est la complication laryngée la plus fréquente du rhumatisme, Uchermann a décrit une laryngite aiguë rhumatismale circonscrite, dont il distingue deux variétés, l'une simple, l'autre œdémateuse. Avant lui, Goldscheider avait observé, dès 1894, un cas de laryngite aiguë rhumatismale circonscrite. Uchermann donne de cette affection la description suivante : elle se présente sous la forme d'infiltrations dures, sensibles, bien limitées, rouges ou bleuâtres, uni ou bilatérales. On les voit aussi du côté du voile du palais, des piliers, du cartilage de la cloison du nez. L'efficacité du salicylate de soude est caractéristique de toutes les manifestations laryngées du rhumatisme.

Le rhumatisme peut être souvent invoqué comme cause provocatrice de la *chorée* considérée comme maladie infectieuse. Qu'entend-on par chorée du larynx ? Sous ce nom, Schrötter et d'autres auteurs décrivent des cas de toux nerveuse. Onodi fait remarquer, avec juste raison, que c'est là un abus de langage, car la notion de chorée du larynx est exacte, en tant qu'elle se rapporte à des mouvements choréiques des cordes vocales apparaissant en même temps que la chorée mineure, vraie, généralisée. Ziemssen estime que cette participation des muscles du larynx, peu étudiée jusqu'ici, est fréquente dans les chorées graves. Dans les cas publiés par Nicoll, il existait, outre la toux sèche habituelle, des mouvements désordonnés d'abduction des cordes vocales. Dans tous ces faits, une chorée générale s'est développée pendant les quelques semaines qui suivirent. D'après Lennox Browne, la chorée limitée exclusivement au larynx doit être très rare, en opposition avec le tremblement hystérique des cordes vocales, qui est assez commun.

La fréquence des complications laryngées de la *fièvre typhoïde* diffère suivant les auteurs. Heimer trouva 7 laryngites et périchondrites sur 445 malades atteints de cette affection. Goldtammer, sur 783 cas, vit 16 fois des symptômes laryngés. Goth rencontra la diphtérie une fois sur 587 dothiénentériques. L'épistaxis est assez habituelle : Goldtammer constata ce symptôme au début de la maladie dans 17 ou 18 % des cas, mais Goth n'admet que la proportion de 3.5 %. Vranialici rapporte l'histoire d'un typhique qui, à la période de déclin de sa maladie, eut une épistaxis qui l'anémia profondément et qui était due à des érosions de la muqueuse nasale, dont certaines rappelaient les ulcérations consécutives à la folliculite typhoïdique nécrosée. Trousseau cite une observation de Reyer relative à une nécrose du cartilage de la cloison nasale, qui avait produit une perforation à travers laquelle on pouvait rejoindre deux doigts. Des ulcérations du larynx peuvent même être consécutives à la laryngite typhique catarrhale. Cette laryngite est rarement diffuse, elle se localise dans la majorité des cas du côté interne des aryténoïdes, à l'épiglotte et aux parties des cordes avoisinant l'aryténoïde. Les symptômes subjectifs font tout à fait défaut. Le siège de prédilection des ulcérations que détermine cette complication est l'épiglotte; les cordes vocales et les cartilages aryténoïdes, plus rarement les bandes ventriculaires, en sont aussi atteints. Ces ulcères aboutissent à la cicatrisation; mais quand ils sont profonds et qu'ils siègent dans le voisinage des cartilages, ils peuvent donner naissance à l'œdème et aux périchondrites.

Le nombre des observations de paralysie typhique du larynx contenues dans la littérature médicale est de 20 d'après Landgraf, se décomposant ainsi : la paralysie d'une seule corde vocale a été observée 10 fois, 5 fois on a noté la paralysie de l'abducteur, dans 4 cas celle des adducteurs, enfin les deux récurrents étaient intéressés chez 1 malade. Przedborski trouva 25 paralysies des différents muscles du larynx sur 100 typhiques. Lublinski observa une paralysie double des récurrents à la suite de la même maladie.

Aux symptômes nerveux de la *grippe* se joignent habituellement des phénomènes indiquant la participation de l'appareil respiratoire. Le malade est enrhumé, la muqueuse pituitaire est plus rouge, la sécrétion plus abondante (Netter). Un symptôme précoce est l'épistaxis, dont la fréquence, d'après Tissier, varie suivant les épidémies; c'est ainsi qu'on l'observa rarement pendant l'épidémie de 1889-90. Les sinus sont souvent atteints par l'influenza : Ewald vit une sinusite maxillaire, qui, bien que traitée, fut suivie d'une méningite, par l'intermédiaire, comme l'autopsie permit de le constater, d'une suppuration des cellules ethmoïdales. La part du larynx dans les complications de l'influenza est assez importante. Cartaz a relaté 2 cas d'œdème et de tuméfaction du larynx d'origine grippale. 2 faits de paralysie des abducteurs avec périchondrite, abcès de l'épiglotte et ulcérations du pharynx ont été observés par Réthi. La paralysie du récurrent a été vue par M. Schmidt. Une jeune fille de dix-huit ans, soignée par Compaired, avait une laryngite hémorrhagique. Chez un malade de Seifert, une infiltration tuberculeuse de l'épiglotte s'ulcéra et se gangrena à la suite de l'influenza. Des paralysies des différents muscles ont été signalées par Lublinski.

L'*érysipèle* des premières voies n'est pas exceptionnel. Très souvent, l'affection débute par le pharynx; Gerhardt signale cette localisation dans 41 % des cas observés. L'érysipèle peut être secondaire ou primitif. Il peut être consécutif à des opérations intranasales, à des solutions de continuité de la muqueuse du nez, du pharynx ou du larynx; mais, d'après Gerhardt, une lésion n'est même pas nécessaire pour que les germes puissent passer à travers la muqueuse. Le cas d'érysipèle du larynx observé par Sittmann prouve que la propagation de l'infection au larynx peut se faire par les vaisseaux, comme aussi par continuité : Mackenzie, sur 4 cas, a vu 3 fois l'affection passer du pharynx à la face (2 fois par le nez, 1 fois par la bouche et les lèvres); dans le quatrième fait, l'érysipèle, qui avait débuté par le lobule de l'oreille droite, se propagea par la trompe d'Eustache à la luette et à l'amygdale gauche. Garel relate un cas d'érysipèle ayant commencé par la langue, puis envahi l'arrière-gorge, les fosses nasales, qui vint s'épanouir en dernier lieu sur la face. Des catarrhes chroniques du nez, des végétations adénoïdes peuvent donner naissance à la même complication (Friedrich). Grünwald a attiré l'attention sur l'érysipèle consécutif aux sinusites.

Les manifestations laryngées les plus fréquentes de la *diphtérie* sont les paralysies, et, parmi elles, la paralysie du voile du palais est de beaucoup la plus commune. D'après Grancher et Boulloche, elle existe seule dans la moitié des cas. Elle a été rencontrée par Hoppe-Seyler dans 12 % (et celle du larynx dans 5 %) des faits. Le pronostic en est favorable; cependant elle peut amener la mort en favorisant, grâce aux troubles concomitants de la sensibilité, la production de bronchopneumonies par introduction de corps étrangers dans les voies aériennes. L'épistaxis est parfois un symptôme inquiétant des formes hémorrhagiques, dont il aggrave le pronostic. Les anesthésies des muqueuses, moins rares que les hyperesthésies, sont cependant loin d'être aussi fréquentes que les paralysies du voile du palais; elles ont été bien étudiées par Ziemssen. La paralysie des cordes vocales est peu commune; d'après Lublinski, elle s'observerait surtout à la suite de la sérothérapie. A côté de ces paralysies périphériques, des paralysies d'origine centrale ont été signalées par Edgren. Sendziak a relaté l'histoire d'une malade qui, à la suite d'une diphtérie, eut des abcès multiples du pharynx, du voile du palais et de la langue, et une sinusite maxillaire double.

Il arrive quelquefois, dans la *blennorrhagie*, que les fosses nasales ou la cavité buccale soient infectées par le pus de l'urèthre. Chez le nouveau-né, la rhinite blennorrhagique est assez fréquente, ainsi que l'ont mis en évidence des recherches bactériologiques systématiques. Mackenzie rapporte un cas de Boerhaave, où le pus fut transporté au nez par le doigt du malade, et un autre d'Edwards, concernant une femme qui employa un mouchoir dont son fils atteint de blennorrhagie s'était servi comme suspensoir; cinq jours plus tard, une inflammation du nez fit son apparition. Dans une statistique réunie par Finger, l'arthrite blennorrhagique se porta 136 fois sur le genou et 2 fois seulement sur l'articulation crico-aryténoïdienne; ces deux cas appartiennent l'un à Liebermann, l'autre à Simpson. Lazarus observa un malade

atteint de blennorrhagie, qui, six semaines après une polyarthrite des extrémités, présenta une paralysie double des abducteurs, explicable par une névrite blennorrhagique du récurrent.

Le nez paraît jouer un rôle important comme porte d'entrée du germe de la *méningite aiguë cérébro-spinale*. En contradiction avec les recherches de Schiff, qui rencontra 4 fois sur 28 cas le méningocoque dans la sécrétion nasale chez des individus atteints d'affections autres que la méningite cérébro-spinale, et malgré des constatations analogues de Heubner, Strümpell et Weigert ont trouvé à l'autopsie de sujets morts de cette affection une suppuration intense des parties supérieures des cavités nasales, de sorte que cette voie peut servir à la pénétration des germes jusqu'au cerveau et à la moelle. Strümpell a constaté des troubles de l'odorat dans la méningite cérébro-spinale. Mayer attire l'attention sur l'importance bactériologique du mucus nasal : dans un cas examiné par lui, le diplocoque de Weichselbaum était aussi abondant dans le mucus nasal que dans le liquide rachidien retiré par la ponction lombaire. Comme complication de la méningite cérébro-spinale, Mayor vit, chez une jeune fille, une paralysie double des abducteurs.

La *tuberculose* des premières voies affecte des formes très variées; elle peut être primitive ou secondaire, cette dernière étant la plus fréquente. On s'est demandé s'il existait une tuberculose primitive des amygdales palatines et de l'amygdale de Luschka; différents travaux ne permettent plus le doute sur ce point : Lermoyez, un des premiers, a constaté 2 fois des tubercules sur 32 cas de végétations adénoïdes. Chez un garçon de six ans, le même auteur trouva des tubercules et des cellules géantes avec bacilles dans les végétations adénoïdes extirpées. Dieulafoy communiqua à l'Académie de médecine de Paris le résultat de ses recherches à ce sujet : sur 61 cas d'hypertrophie des amygdales, il détermina 8 fois la tuberculose chez les animaux inoculés; sur 39 faits de végétations adénoïdes, le résultat fut positif 7 fois. Mais Cornil fait observer que l'examen bactériologique et histologique des tubercules résultant de ces inoculations n'a pas été pratiqué; de plus, dit-il, on peut inoculer avec les fragments d'amygdales des bacilles qui se trouvent accidentellement à la surface de la muqueuse nasale ou pharyngienne. L'opinion des différents auteurs sur cette question est, du reste, assez variable. Ainsi, Hessler croit que 5 % des malades atteints de végétations adénoïdes sont suspects de tuberculose. Sur 33 adénoïdiens qu'il a examinés, Gottstein a trouvé 4 fois une tuberculose primitive. Broca croit la tuberculose de l'amygdale de Luschka très rare, car il n'a jamais pu la déceler au microscope dans 100 cas de son observation. Pluder constata des lésions histologiques tuberculeuses 5 fois sur 32, Pfiffl 3 fois sur 100. Strassmann nota 13 faits de tuberculose amygdalienne sur 21 autopsies, dont 15 concernaient des sujets atteints de tuberculose pulmonaire. Ruge, qui fit l'examen histologique d'amygdales prises sur le vivant, trouva 6 cas de tuberculose sur 18 hypertrophies; une fois, il s'agissait de tuberculose primitive. Walsham admet une tuberculose latente de l'amygdale, car sur 34 hypertrophies il a rencontré 21 fois de la tuberculose, sans qu'il eût existé d'autres signes de cette infection. Cette opinion est partagée par Lewin qui constata des foyers tuberculeux 10 fois sur 200 amygdales de Luschka qu'il a extirpées. Il est important de savoir que l'infection amygdalienne peut se produire malgré l'intégrité de la muqueuse. Stöhr croit à l'existence, entre les cellules de l'épithélium, d'espaces qui servent de porte d'entrée aux microorganismes; ces conditions seraient réalisées surtout dans les cryptes des amygdales (Lexer). La propagation de l'infection par les vaisseaux sanguins et lymphatiques est prouvée par le siège des lésions à l'intérieur et autour des vaisseaux (Cornil et Babès).

La tuberculose primitive du nez a été observée par Chiari, par Koschier. Schech put la constater chez une femme qui avait employé le mouchoir sali par les crachats de son mari tuberculeux.

La tuberculose miliaire ayant comme point de départ le pharynx et le larynx a été signalée chez deux enfants par Catti, contrairement à l'avis d'Isambert qui estime qu'au début de la tuberculose miliaire le larynx est intact, ainsi que Fränkel a pu s'en assurer deux fois. Deux faits de laryngite tuberculeuse primitive ont été publiés par Aronsohn.

Dans les cas de tuberculose secondaire, la propagation a lieu, d'après les uns par la voie des vaisseaux sanguins et lymphatiques, pour les autres par le passage des crachats. Korkunoff, qui a fait des recherches microscopiques à cet égard, a souvent trouvé, dans des parties du larynx saines en apparence et sans ulcérations, des bacilles dans la couche sous-épithéliale; parfois, les microorganismes étaient situés plus profondément, et alors une couche de tissu sain les séparait de l'épithélium; les tubercules se développent des parties profondes vers la périphérie, de sorte qu'à un moment donné l'épithélium est atteint. Aussi Korkunoff admet-il la propagation de la tuberculose par la voie des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Cet avis est partagé par Krieg, qui, se basant sur l'examen de 700 cas, soutient que ce mode de propagation est presque constant. Schrötter a remarqué, comme du reste Türck et Friedreich, que les lésions du larynx siègent souvent du même côté que celles du poumon.

La perforation du voile du palais à la suite de la tuberculose est rare. Grossard en a communiqué 2 cas à la Société française d'otologie; il rappelait en même temps 2 faits analogues de Talamon et de Du Castel, qui seraient les seuls publiés jusque là. Dans le larynx, on observe encore l'infiltration tuberculeuse, l'ulcération, des tumeurs tuberculeuses. Des polypes tuberculeux ont été vus par Avellis, Hajek, Panzer.

Le lupus des premières voies se présente aussi bien sous la forme primitive que sous la forme secondaire, mais cette dernière est de beaucoup la plus fréquente. L'examen systématique des fosses nasales et du larynx a permis à Chiari et Riehl de constater 6 fois, sur 68 cas de lupus de la peau, la participation du larynx; dans 9 % des faits observés par Haslund, le larynx était atteint. Hasslauer a constaté aussi le lupus primitif de la cloison du nez. La destruction de cet organe est toujours consécutive, d'après Holländer, au lupus primitif des muqueuses. Mygind trouva que 20 lupiques sur 200 présentent des lésions laryngées; à son avis, l'épiglotte est le plus souvent atteinte; il distingue, comme stades successifs, un état d'infiltration diffuse, la formation de nodules (lupomes), qui s'ulcèrent ensuite, puis la propagation du processus ulcératif au cartilage, enfin la cicatrisation. La destruction des tissus par le lupus est parfois très étendue; la cicatrisation amène souvent des sténoses du larynx.

Les voies aériennes supérieures peuvent être atteintes par la *syphilis* à toutes ses périodes. L'accident primitif et les manifestations secondaires sont plus rares au nez que les affections tertiaires. Il est vrai que celles-ci sont très apparentes, tandis que les troubles causés par l'érythème ou le coryza syphilitique sont trop faibles pour inquiéter la majorité des patients. La destruction du cartilage et des os du nez était considérée autrefois comme toujours consécutive à une ulcération de la muqueuse allant de la périphérie vers la profondeur; mais Fränkel a prouvé que dans les gommes du cartilage et des os le processus peut suivre une marche inverse. La déformation consécutive à ces destructions est variable, suivant que le cartilage ou les différents os qui forment le squelette nasal sont atteints; il y a longtemps déjà que Fournier a décrit le nez en lorgnette, dans lequel la partie supérieure du squelette osseux reste intacte; dans le nez de mouton, ou camard de base, outre la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, les os propres de nez sont aussi atteints (Schech). Finger a observé un malade chez lequel le nez avait conservé sa forme normale, malgré la destruction de toute la cloison et des os du nez.

Ces mutilations peuvent s'étendre très loin : Schech a vu un sujet qui pouvait tirer la langue à travers un grand orifice résultant de la destruction des os du nez, de la peau, du voile et de la voûte du palais. Chez une femme syphilitique observée par Hellmann, une carie de l'ethmoïde détermina la mort. Les relations de la syphilis et de l'ozène sont admises par Störk; Sticker considère l'ozène comme une manifestation parasyphilitique.

Le chancre de l'amygdale est plus fréquent qu'on ne le croit. Les accidents secondaires de la cavité buccale sont d'une telle banalité qu'il suffit de les signaler ici. Le pharynx nasal peut être infecté par le cathétérisme de la trompe d'Eustache. Dieulafoy attire l'attention sur le fait que la syphilis favorise les éruptions herpétiques.

Les gommes syphilitiques produisent des destructions du voile du palais, de la voûte palatine, des adhérences entre les piliers et la paroi postérieure du pharynx. Lewin a observé l'atrophie de l'amygdale linguale, déjà mentionnée par Virchow. Deux cas de chancre de cette amygdale ont été observés par Lublinski.

La fréquence de la syphilis laryngée, d'après Lewin, serait de 2.9 % sur 20,000 malades observés. Cet auteur a trouvé 400 fois, sur 500 syphilitiques, un érythème du larynx correspondant à la période secondaire et caractérisé par l'hyperémie et la tuméfaction du tissu sous-muqueux. Les éruptions de la période secondaire, de même que les accidents tertiaires, ont au larynx les mêmes caractères que sur le tégument externe. Par la cicatrisation de ces lésions, il peut se produire des sténoses qui mettent parfois la vie des malades en danger. Hansemann a décrit une déformation souvent observée par lui sur la table d'autopsie; c'est une antéflexion de l'épiglotte consécutive aux cicatrices de la base de la langue et qu'on observerait surtout chez les syphilitiques. Les sténoses du larynx, la périchondrite gommeuse, les myosites interstitielles, etc., consécutives à la syphilis sont considérées par Massei comme affections parasyphilitiques.

La *lèpre* n'atteint jamais le larynx primitivement. Elle peut débuter par les fosses nasales, comme le soutiennent bien des auteurs; cependant l'accord est loin d'être fait sur ce point, ainsi que le prouvent les discussions de la conférence de Berlin. La lèpre des premières voies est connue depuis longtemps, puisque, d'après Leloir, Moïse en parle déjà. Souvent le début de l'affection est marqué par des épistaxis; ce symptôme n'a manqué que 12 fois sur 42 cas que j'ai observés. Les muqueuses nasale et laryngée sont plus souvent atteintes que le voile du palais (Glück). La perforation de la voûte palatine est assez rare, d'après Zambaco; Lima et de Mello l'ont rencontrée une seule fois sur 48 lépreux. A la suite de la cicatrisation des ulcérations, des adhérences se produisent souvent entre le voile et la paroi postérieure du pharynx ou entre la luette et la base de la langue. Des sténoses du larynx assez prononcées résultent parfois des mêmes lésions : Danielsen et Boeck parlent d'un malade dont l'intérieur du larynx ne pouvait donner passage qu'à un brin de paille; dans un cas de Griesinger, une plume d'oie était difficilement introduite.

VIII

Les muqueuses nasale, pharyngienne et laryngienne prennent souvent part aux éruptions du tégument externe. Sans compter l'*eczéma* de l'entrée du nez et de la lèvre supérieure, diverses affections de la peau ont été observées du côté des premières voies respiratoires. Le *pemphigus* des muqueuses est associé à celui de la peau, ou bien il est primitif. Il est toujours d'un pronostic grave. Menzel en a trouvé 45 cas

dans la littérature, les premiers ayant été publiés par le professeur von Schrötter (1871-73). Des vésicules claires, dont le contenu se trouble quelques heures après, caractérisent le pemphigus du larynx; l'éruption peut s'étendre de l'épiglotte sur tout le larynx (von Schrötter). Schech a groupé sous le nom de laryngite exsudative une série d'affections analogues, déterminant une exsudation de sérosité dans des vésicules ou des bulles, ou bien une hyperémie avec infiltration et tuméfaction de la muqueuse. Menzel rapporte un cas de pemphigus des premières voies sans participation du tégument externe : chez ce malade, une récidive de l'éruption laissa des cicatrices de l'entrée du larynx. Thost a publié deux cas de pemphigus à évolution chronique chez des individus cachectiques, les lésions étant limitées aux muqueuses. Chez un homme de soixante-treize ans, Hajek vit un pemphigus du voile et de la voûte palatine, qui s'étendait de l'épiglotte au repli aryténo-épiglottique droit. Dans un cas d'Avellis, des adhérences se produisirent entre le voile du palais et la paroi postérieure, à la suite du pemphigus. Des faits du même genre ont été observés par M. Schmidt et Landgraf.

L'*herpès* du larynx est très rare; les premières observations sont celles de Fernet et Meyer (Klemperer). Un cas de *zona* double du voile du palais a été relaté par Wäldin. L'*urticaire* n'a jamais été signalée sur la muqueuse nasale, mais Freudenthal et Hinsdale l'ont vue siéger, l'un à l'épiglotte, l'autre à la luette, sans participation du larynx. L'asphyxie peut alors mettre la vie du malade en danger, comme l'observa Cayla. L'affection récidiva plusieurs fois chez un malade de Merx. L'*impétigo* des muqueuses a été rencontré par Du Mesnil et Marx. Basch décrit un cas de *lichen plan*. Chez une malade atteinte d'*érythème exsudatif*, les muqueuses de la voûte palatine, du voile du palais, de la luette, de la partie postérieure du larynx étaient aussi atteintes (Lanz). Un homme de quarante ans, traité par Schwartz pour un érythème exsudatif de la bouche, présentait de la rougeur et de la tuméfaction de la muqueuse laryngée.

IX

Les *troubles nerveux réflexes* qui ont leur point de départ dans des altérations des cavités nasales jouent un rôle important en pathologie; parmi les plus fréquents, on peut citer l'asthme, le spasme de la glotte, les catarrhes des voies respiratoires, la tachycardie, l'hyperémie des conjonctives, le blépharospasme, le strabisme, l'asthme des foins, l'hydrorrhée nasale, etc. Voltolini a le premier attiré l'attention, en 1871, sur les relations qui existent entre l'asthme et les polypes du nez. Trousseau cite un malade qui, à partir du mois de mars, époque où il allait tous les dimanches à la campagne, était pris d'accès d'éternuements se répétant deux ou trois fois par jour pendant deux et trois mois; ce malade avait eu dix ans auparavant des accès d'asthme. Fränkel admet que l'asthme, dans les cas de polypes, est produit par un spasme des bronches, comme l'enseignait déjà Trousseau. Hack publie des cas de toux spasmodique, de névralgie ciliaire, de céphalalgie, de spasme de la glotte, etc., guéris par la cautérisation de la muqueuse nasale ou des granulations du pharynx. Fr. Franck a pu provoquer expérimentalement chez le chien, par irritation de la muqueuse du cornet moyen, l'éternuement, la toux nasale, le spasme réflexe des bronches et du larynx; Lazarus a confirmé ces résultats. Pour la production de ces troubles nerveux, il est indispensable, d'après Spiess, non seulement qu'il y ait contact des deux surfaces opposées de la muqueuse, mais encore que ces surfaces puissent glisser l'une sur l'autre par l'interposition d'un corps étranger (poussière, polype), ou bien qu'il se produise une traction par des adhérences entre les deux. Le mécanisme qui préside à ces accidents est celui de tous les réflexes. Küpper, après cautérisation du nez et du pharynx, vit disparaître des palpitations chez un malade. Dans un cas de Baumgarten, une rhinolite causait des accès d'asthme. Réthi a attiré l'attention sur ce fait que des bronchites sans asthme peuvent être influencées favorablement quand on traite le nez. Meyer a vu survenir des accès d'épilepsie chez une femme, à la suite d'une sinusite maxillaire gauche. Des éruptions cutanées du côté de la face ont été observées en plusieurs cas par Murray, comme conséquences d'affections nasales.

Dans les maladies nerveuses, les manifestations laryngées et pharyngées sont très variables. Sans compter les anesthésies, les hyperesthésies et les paresthésies du pharynx et du larynx observées dans l'*hystérie*, où ces troubles se distribuent d'une façon irrégulière sur les muqueuses, il existe dans cette névrose beaucoup d'autres manifestations du côté des premières voies. Bien que Chairon ait considéré dès 1870 l'anesthésie de l'épiglotte comme un signe d'hystérie, Morell Mackenzie n'a jamais pu constater que la muqueuse laryngée des hystériques fût moins sensible que celle des sujets sains.

Lermoyez a observé une hystérique de quinze ans qui se trouvait dans l'impossibilité absolue d'utiliser pour la respiration ses fosses nasales, cependant perméables. Quand on appliquait la main sur ses lèvres, en laissant les doigts écartés pour que l'air pût passer, la cage thoracique s'immobilisait et les phénomènes d'apnée et d'asphyxie apparaissaient.

On trouve, comme troubles de l'olfaction chez les mêmes malades, des hyperosmies, des anosmies et des parosmies. La paralysie double de tous les adducteurs du larynx se manifeste par une aphonie subite ou qui apparaît progressivement. Dans les cas graves, le mutisme est complet. M. Schmidt distingue trois degrés de cette paralysie hystérique : dans un premier groupe de faits, l'aphonie qui existait avant l'examen laryngoscopique disparaît pendant cet examen, pour reparaître immédiatement après; à un second degré, les malades ne peuvent que chuchoter; enfin, dans les cas les plus graves, le mutisme est complet. Cet état a été désigné par Solis Cohen sous le nom d'apsithyrie (Peltesohn). Le mutisme hystérique est souvent associé à la surdité de même nature. Courtade vit une fillette de trois ans et demi qui se fit en tombant une blessure au poignet; remise de son émotion, elle ne présenta tout d'abord rien de particulier, mais le lendemain elle était sourde et muette. Le mutisme hystérique a été observé par Antony chez un jeune soldat, à la suite d'une morsure de chien. Higuet, à l'exemple de Jonquière, traita par la compression des ovaires une jeune fille atteinte de mutisme hystérique, et lui rendit ainsi la voix. Comme exemple de paralysies hystériques, on peut citer un cas de Penzoldt, concernant une femme de vingt ans atteinte d'une paralysie double des abducteurs. Chez une autre malade, Baginsky observa du nystagmus des cordes vocales. Charcot a décrit les bruits laryngés des hystériques qui imitent les cris d'animaux. Il est remarquable que malgré l'aphonie complète la voix chantée soit parfois très bien conservée (Gerhardt).

Chez 3 *neurasthéniques,* Sänger a noté l'action perverse (ataxie) du voile du palais.

Les accidents laryngés du *tabes* sont assez fréquents. Les troubles de l'odorat et du goût reconnaissent comme cause, d'après Klippel, soit une lésion des nerfs de la sensibilité spéciale (olfactif et glosso-pharyngien), soit une lésion des branches du trijumeau, soit peut-être une altération primitive du sens musculaire entraînant le dégoût. Mais les manifestations les plus fréquentes du tabes sur les premières voies sont les crises laryngées. Bien que Féréol en ait parlé dès 1868, ce n'est qu'en 1878 que Charcot résolut la question des rapports qui existent entre ces accidents et le tabes. Ces crises peuvent se terminer par la mort, comme le prouve une observation de Cherchevsky. Oppenheim a indiqué un point situé entre le bord interne du sterno-cléido-mastoïdien et le larynx, dont la pression peut provoquer des accès de toux et de douleur. Cet auteur publie un cas de tabes avec parésie double des crico-aryténoïdiens postérieurs et du thyro-aryténoïdien droit. Chez un malade de Hawkins, on constata aussi la paralysie double des abducteurs. Schlesinger a observé pendant la respiration, chez un tabétique porteur d'une paralysie du récurrent droit, des mouvements de contraction de l'aryténoïde du côté paralysé. La paralysie de l'abducteur peut être un signe précoce de l'affection; on la rencontre chez des malades qui n'ont pas encore de symptômes nets de tabes, comme le fait observer Grabower; c'est ainsi que Kronenberg vit une parésie double des abducteurs chez un malade qui n'offrait encore aucun signe certain d'une affection médullaire. Dans un cas de Dreyfuss, les cordes vocales étaient en position médiane, bien tendues, et laissaient entre elles un petit espace à peine visible; à la phonation, les aryténoïdes se portaient légèrement en adduction et les cordes se tendaient davantage. Un tabétique observé par Grabower, outre une paralysie de l'abducteur gauche, présentait des crises laryngées. Chez une malade de Baumgarten, la pression sur le point indiqué par Oppenheim provoquait des accès de toux les jours où la malade avait des crises laryngées, et des vomissements les jours de crises gastriques. Escat a observé le zona du pharynx chez un tabétique; l'éruption vésiculeuse était unilatérale, localisée à la branche moyenne du trijumeau. Ruault, espérant que la résection du récurrent transformerait la paralysie de l'abducteur en paralysie du récurrent, fit réséquer 1 centim. 1/2 de ce dernier nerf chez un malade qui présentait une paralysie double complète des crico-aryténoïdiens postérieurs; mais le résultat attendu ne se produisit pas. L'ataxie des cordes vocales a été aussi signalée chez les mêmes malades. Oppenheim a noté chez une tabétique des crises pharyngées. Rennie rapporte l'histoire d'un sujet chez lequel non seulement les abducteurs des cordes vocales, mais aussi le voile du palais, étaient paralysés, de sorte que l'on dut recourir à l'alimentation par la sonde nasale. Koch et Marie ont constaté de l'hémiatrophie de la langue du même côté qu'une paralysie du voile du palais et de la corde vocale. Letulle a présenté à la Société médicale des hôpitaux de Paris un tabétique porteur d'un mal perforant buccal.

Dans la *sclérose en plaques*, la voix des malades est spasmodique, monotone et scandée (P. Marie). Une oscillation presque continuelle des cordes vocales, se produisant aussi bien pendant l'ouverture que durant la fermeture de la glotte, a été observée par Collet. Dans un cas de Riegel, la corde droite était en position cadavérique, la gauche fixée à la ligne médiane; cependant, à la phonation, la glotte se fermait bien. Un tremblement au niveau de l'apophyse vocale, se propageant aux cordes, a été signalé par Krzywicki. Löri a vu 4 cas de sclérose en plaque, dont un avec paralysie et anesthésie de la moitié gauche du pharynx et du larynx. Krause constata dans un cas que les cordes, en position médiane, se superposaient pendant la phonation, puis s'éloignaient pour se rapprocher de nouveau à l'inspiration.

Schlesinger a publié en 1894 une statistique des cas connus de *syringomyélie* avec participation du larynx. La paralysie du récurrent est plus fréquente que celle des abducteurs. Weintraud a rencontré 2 fois la paralysie du crico-aryténoïdien postérieur; l'évolution de cette paralysie a pu être observée chez un syringomyélique par Baurowicz. Tilley communiqua à la Société laryngologique de Londres le cas d'une jeune fille qui offrait une paralysie complète de la partie droite du voile du palais, du pharynx et de la corde droite. Huysmann a vu la parésie double des abducteurs se transformer chez un malade en paralysie complète.

Dans la *paralysie agitante*, Müller a observé, chez une femme de soixante-douze ans, que les

cordes vocales, à la phonation, se rapprochaient rapidement de la ligne médiane, puis s'éloignaient immédiatement après, pour faire quelques mouvements incomplets d'adduction avant de reprendre la position de respiration. Dans un fait relaté par Rosenberg, des contractions se produisaient le long des cordes, de sorte qu'on observait alternativement leur allongement et leur raccourcissement rythmiques.

Chez les sujets atteints de *paralysie labio-glosso-laryngée*, la paralysie du pharynx produit la voix nasonnée; les troubles de la déglutition sont portés à leur plus haut degré. Une malade de Schrötter se plaignait d'une sécheresse dans le larynx, dont l'examen laryngoscopique ne permettait pas de reconnaître la cause. Suckling observa une paralysie double des abducteurs chez une malade atteinte de paralysie bulbaire progressive. Dreyfuss, dans un autre cas, vit une parésie des adducteurs : il croit que cette parésie est produite par la paralysie des constricteurs du pharynx et particulièrement du laryngo-pharyngien qui est un point d'appui puissant des muscles de la phonation.

Lennox Browne a signalé l'anesthésie du larynx chez un homme atteint de *paralysie générale progressive*.

Des *lésions cérébrales en foyer* produisent parfois des paralysies des cordes vocales. Dans un cas de Garel et Dor, où la corde vocale gauche était paralysée, il existait un foyer dans le genou de la capsule interne du côté opposé. Chez deux malades observés par Dejerine, on trouva de l'aphasie motrice avec hémiplégie droite; la corde droite était paralysée en position cadavérique. A l'autopsie du premier sujet, on constata dans le tiers moyen de la capsule interne, entre le segment postérieur du noyau lenticulaire et la couche optique, un foyer de 5 millimètres de longueur; au niveau du noyau caudé, il y avait un autre foyer isolé, correspondant au pied d'insertion de la troisième frontale sur la frontale ascendante et empiétant davantage sur le pied de cette dernière que sur celui de la précédente; enfin, dans la moitié antérieure de la base de la troisième frontale, on trouva encore un foyer de 1 centimètre de diamètre, séparé de la substance grise par une couche de substance blanche. Chez le second malade, on constata dans l'hémisphère gauche un foyer qui avait détruit les pieds de la circonvolution de Broca, de la frontale et de la pariétale ascendantes; un autre siégeait dans le tiers moyen de la capsule interne.

Pour ce qui concerne la *syphilis cérébrale*, Scheinmann a vu un syphilitique avec hémiplégie gauche, dont le côté gauche du voile du palais et du larynx présentait des spasmes cloniques. Dans un cas d'Uchermann, il y avait une paralysie double des adducteurs.

Koschlakoff observa une *myopathie primitive progressive* ayant débuté par la paralysie du crico-aryténoïdien postérieur droit.

Dans la *méningite*, Löri signale l'hyperesthésie du pharynx dans des cas où le tégument externe est hyperesthésique aussi. Le même auteur vit une méningite s'annoncer par du spasme de la glotte.

X

Les premières voies sont très exposées aux intoxications de toute nature. Sans parler du *tabac* ni de l'*alcool*, les matières toxiques peuvent s'introduire sous différentes formes : elles sont prises en nature, comme les *acides* ingérés par mégarde ou avec intention, ou bien elles sont absorbées par inhalation, comme c'est le cas pour les ouvriers qui manient le chrome, l'arsenic, etc. Enfin, certaines substances médicamenteuses, telles que les iodures et surtout l'*iodure de potassium*, peuvent produire de l'hyperémie des muqueuses et même un œdème du larynx susceptible de mettre la vie en danger. Le maniement de ce médicament est d'autant plus difficile qu'il existe des idiosyncrasies qu'on ne peut connaître d'avance. L'action du *plomb* n'est pas moins certaine : 3 cas de paralysie saturnine du larynx ont été publiés par Seifert; dans le premier, le récurrent droit était paralysé; dans le second, l'abducteur gauche était atteint; enfin, dans le troisième, c'est le muscle ary-aryténoïdien qui était intéressé. Chez un peintre observé par Flatow, la corde droite était en adduction pendant la respiration, tandis qu'elle fonctionnait normalement à la phonation. Mackenzie vit, également chez un peintre, une paralysie complète du crico-aryténoïdien latéral droit. Heymann rencontra une paralysie du récurrent gauche à la suite d'une intoxication par l'*arsenic*. Ebstein observa chez un homme qui maniait l'*acide salicylique* de la rougeur des muqueuses du nez et du pharynx; la muqueuse laryngée était tuméfiée. Dans l'intoxication professionnelle par l'*acide chromique*, il se produit des destructions qui commencent par les fosses nasales, atteignent la cloison et peuvent s'étendre au voile du palais, aux piliers et à la paroi postérieure du pharynx.

XI

Depuis les travaux de Ziem et d'autres auteurs, on sait que les relations entre les affections du nez et celles des yeux sont très étroites. Ziem trouva que deux tiers des maladies oculaires relèvent directement ou indirectement des lésions des fosses nasales. La propagation se fait tantôt le long des vaisseaux sanguins ou lymphatiques, tantôt le long des nerfs. L'*iritis*, a *choroïdite érysipélateuse* ont été guéries, chez des malades de Ziem, par l'ouverture des sinus maxillaires malades. Ce même auteur a observé le *rétrécissement du champ visuel* à la suite de sinusites maxillaires, et l'*atrophie du nerf optique* consécutive à la sinusite sphénoïdale. La lame papyracée est parfois amincie par une sinusite maxillaire, si bien que l'*emphysème de l'orbite* se produit à l'occasion d'un accès de toux (Grünwald). Par le traitement d'affections nasales, on peut voir l'acuité visuelle augmenter, l'hypermétropie se transformer en emmétropie (Ziem). Seifert ne trouva, sur 38 cas de *dacryocystite*, que 2 fois les cavités nasales saines; dans une autre série de 48 sujets, le nez fut toujours rencontré malade. Le même auteur, ainsi que Fuchs, a attiré l'attention sur la fréquence de la propagation de la *tuberculose* et du *lupus* par le canal naso-lacrymal. Batut a vu l'*érysipèle* et la *diphtérie de l'œil* consécutifs à l'érysipèle et à la diphtérie du nez. Winckler trouva des lésions nasales chez 50 % des enfants strumeux atteints d'affections oculaires. Par un traitement approprié des fosses nasales, Wells a vu disparaître des douleurs de tête, de la somnolence, des vertiges. Laurens a pu guérir, par l'ablation de végétations adénoïdes, le *strabisme* chez une fillette de six ans, et Guibert a obtenu la disparition d'*ulcérations* et de *tumeurs de la cornée*, de la *photophobie*, de *conjonctivites printanières* par la même opération. Enfin l'extraction de polypes du nez et l'opération de déviations de la cloison ont aussi donné des succès à Halász dans le traitement de diverses affections oculaires.

Abel a trouvé chez des sujets atteints d'ozène le bacille muqueux dans le cul-de-sac de la conjonctive. Terson et Gabriélidès ont retiré de la conjonctive 12 fois sur 14, chez des individus ayant cette maladie, des cultures pures du microbe de Lœwenberg, tandis que chez un ozéneux porteur d'un ulcère de la cornée le grattage de l'ulcère leur a permis d'isoler le microbe encapsulé typique.

D[r] Eugène Félix,
Docent à la Faculté de médecine de Bucharest.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juin 1900.

Abcès du cervelet.

M. Dieulafoy relate l'observation d'un homme de trente-trois ans, qui, un mois environ après une otite très légère, fut pris d'une céphalée occipitale persistante accompagnée de démarche ébrieuse et titubante, puis d'un ictus apoplectiforme avec chute sur le côté gauche, suivi de vomissements, de somnolence, etc. A ces accidents s'ajoutèrent bientôt une légère parésie faciale gauche, du nystagmus et une double rétinite.

On diagnostiqua un abcès du cervelet et, l'état du malade paraissant désespéré, une intervention chirurgicale fut décidée. Trois couronnes de trépan furent appliquées sur le côté gauche et l'on fit plusieurs ponctions aspiratrices dans le lobe gauche du cervelet; mais aucune d'elles ne donna issue à du pus.

Le malade ayant succombé dans la journée, l'autopsie permit de constater à la partie antérieure de l'hémisphère gauche du cervelet un petit abcès du volume d'une noisette.

L'orateur fait suivre la relation de ce fait des considérations suivantes :

A quelques rares exceptions près, les abcès du cervelet sont toujours consécutifs à une otite. Que celle ci soit aiguë ou chronique, qu'elle soit accompagnée ou non d'écoulement, peu importe; du moment que la caisse du tympan a été infectée, les agents pathogènes peuvent exalter leur virulence à la faveur des cavités closes qui ont pour siège la caisse, l'antre ou les cellules mastoïdiennes. Dès lors, ils se propagent en différentes directions.

Les lésions intracrâniennes consécutives aux otites sont multiples : méningite cérébrale, méningite cérébro-spinale, pachyméningite, phlébite et thrombose des sinus, abcès du cerveau et du cervelet.

L'abcès du cervelet provoque généralement le syndrome cérébelleux : céphalée à prédominance occipitale, vertiges, ictus, perte de l'équilibre, titubation, démarche ébrieuse, vomissements, nystagmus, contracture cervicale, névrite optique, asthénie musculaire, état de somnolence et de torpeur voisin du coma. Ces symptômes composent le syndrome cérébelleux à l'état de pureté; ils peuvent survenir, quelle que soit la partie du cervelet lésée, lobe droit, lobe gauche ou vermis.

Deux autres éléments, la parésie faciale et la parésie du nerf moteur oculaire externe, permettent de localiser la lésion cérébelleuse à l'un des lobes du cervelet.

Le diagnostic de l'abcès du cervelet présente quelques difficultés. Le syndrome cérébelleux a les plus grandes analogies avec le syndrome auriculaire ou labyrinthique; voici quels peuvent être les éléments du diagnostic : la céphalée d'origine labyrinthique n'a ni la violence, ni la persistance, ni la localisation de la céphalée d'origine cérébelleuse; la somnolence, la torpeur qui s'accentuent tous les jours dans la lésion cérébelleuse n'ont rien de comparable dans le syndrome labyrinthique.

L'abcès du cervelet doit être distingué de l'abcès du cerveau (lobe temporo-sphénoïdal et lobe occipital). Au cas d'abcès cérébral, les troubles moteurs, parésies, contractures, spasmes, siègent du côté opposé à la lésion et à l'otite; la cécité verbale et l'hémianopsie sont deux signes importants.

Les tumeurs du cervelet, gliome, gliosarcome, tubercules, tumeurs parasitaires, produisent elles aussi le syndrome cérébelleux; mais ce syndrome est rarement à l'état de pureté, parce que les néoplasmes, dans leur tendance à s'extérioriser, provoquent des symptômes d'emprunt et de voisinage.

L'intervention chirurgicale, en temps opportun, est le seul traitement applicable aux abcès du cervelet.

M. Laborde rappelle que la substance grise cérébelleuse est absolument inexcitable et que ce n'est que lorsque les fibres pédonculaires sont intéressées par une tumeur jusqu'alors latente qu'éclatent les accidents.

Encore mieux que la clinique, l'expérimentation permet de distinguer les troubles résultant de la lésion isolée de chacun des pédoncules cérébelleux. C'est ainsi qu'une lésion circonscrite au pédoncule cérébelleux moyen donne lieu à un mouvement de rotation de l'animal autour de son axe. Le mouvement de manège indique l'altération du pédoncule cérébelleux supérieur, tandis que la lésion du pédoncule cérébelleux inférieur se traduit par une chute et un entraînement de l'animal du côté où a porté le traumatisme.

Ces troubles de la station et de l'équilibre ap-

partiennent en propre au cervelet et permettent, lorsqu'on les observe en clinique, de localiser le siège de la lésion avec une précision très suffisante pour l'intervention chirurgicale.

M. Henrot (de Reims) dit avoir observé il y a quelque temps une petite fille qui, à la suite d'une otite, fut prise de céphalalgie intense, de fièvre et finalement de coma. On diagnostiqua une sinusite et on ouvrit le sinus latéral, dans l'intérieur duquel on trouva, en effet, une certaine quantité de pus. Malgré cette opération, la petite malade succomba à une infection secondaire.

Les opérations conservatrices dans le traitement des salpingo-ovarites suppurées.

M. Cerné (de Rouen). — Du mois d'octobre 1898 à fin mai 1900, j'ai pratiqué 28 laparotomies pour salpingo-ovarites; je n'ai fait l'ablation des deux trompes que 7 fois.

Sur les 21 cas où j'ai conservé les trompes, 9 fois ces organes étaient peu altérés. Chez les 12 dernières malades, par contre, ils étaient augmentés de volume, très adhérents, transformés en cavités closes; dans 4 cas, il s'agissait même de pyosalpingites.

Dans un seul fait, où j'avais laissé les deux trompes renfermant du pus, la mort est survenue par péritonite. Chez mes autres patientes, les suites opératoires ont toujours été absolument simples. Toutes sont sorties de l'hôpital moins de quatre semaines après l'intervention. A ce moment, on ne sentait presque aucune tuméfaction de la trompe, et l'utérus, si souvent augmenté de volume, avait subi une diminution au moins aussi marquée qu'après une double salpingectomie.

J'ai revu la plupart de mes opérées au bout de plusieurs mois. Les résultats étaient parfaits, tant au point de vue général que local.

Propagation de la conjonctivite granuleuse par les moucherons dans le sud de l'Algérie.

M. Hervieux lit, au nom de M. le docteur Lafforgue (médecin militaire), une note dans laquelle cet auteur dit avoir extrait de la trompe de certains moucherons du sud de l'Algérie des produits identiques, au microscope, à ceux qu'il a pu prélever au niveau de l'œil chez un sujet atteint de conjonctivite granuleuse.

La transmission de la maladie par l'intermédiaire de ces insectes se trouve ainsi démontrée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 juin 1900.

Traitement de la tuberculose rénale.

M. Bazy. — M. Albarran, dans notre dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 212), a affirmé que, sans le cathétérisme des uretères, il était bien difficile, sinon impossible, d'apprécier l'état des deux reins d'une façon suffisante pour autoriser une néphrectomie. Il y a certainement une part d'exagération dans les idées émises par notre collègue, et si nous adoptions son opinion, nous risquerions de propager cette idée fausse que la plupart des praticiens doivent renoncer au diagnostic des lésions rénales, parce qu'ils n'ont pas la possibilité de pratiquer le cathétérisme des uretères.

Je suis loin, d'ailleurs, d'être convaincu de la bénignité de ce cathétérisme et je le considère même comme parfois plus grave qu'une néphrotomie exploratrice, car il traumatise l'uretère et peut en même temps l'infecter, si l'instrument explorateur a traversé une vessie septique. J'ajoute que cette manœuvre dangereuse est souvent inutile, et que l'on peut s'en passer dans l'immense majorité des cas. Je crois enfin qu'elle peut quelquefois, aussi bien que les autres procédés, donner des indications fausses.

M. Kirmisson. — Avant de discuter sur le cathétérisme urétéral, je crois qu'il faut attendre que l'expérience nous ait fixée sur la valeur de de cette nouvelle méthode.

M. Delbet. — Je considère ce procédé d'exploration comme réalisant un progrès; je n'ai jamais manqué de le faire pratiquer lorsqu'il m'a paru utile, et je n'ai observé aucun accident consécutif.

M. Walther. — J'ai eu également plusieurs fois recours au cathétérisme des uretères, sans aucun inconvénient pour les malades.

Occlusion intestinale.

M. Rochard. — M. Morestin nous a communiqué, il y a quelques mois (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 342), une observation d'occlusion intestinale sur laquelle vous m'avez chargé de vous présenter un rapport. Le 26 août 1899, notre collègue était appelé à la Maternité, comme chirurgien de garde, auprès d'une femme récemment accouchée qui offrait tous les signes d'une occlusion intestinale, coïncidant avec l'existence, dans la région ombilicale et un peu à gauche de la ligne médiane, d'une tumeur douloureuse à la pression et sonore à la percussion. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'un volvulus, avec torsion de gauche à droite; mais il existait un autre agent d'étranglement, car l'anse tordue traversait un orifice anormal existant dans son propre mésentère, sur lequel elle s'étranglait. La réduction fut facile et l'opération put être terminée sans encombre; la malade est en bonne santé.

M. Broca présente un rapport sur une observation envoyée par M. Chavannaz (de Bordeaux) et relative à un cas de torsion de l'épiploon dans une hernie inguinale.

M. Pauchet (d'Amiens) communique un fait d'extirpation totale d'un estomac cancéreux, avec abouchement termino-terminal de l'œsophage dans le duodénum.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juin 1900.

Albuminurie orthostatique.

M. Achard. — J'ai observé récemment avec M. Lœper une petite fille de douze ans dont l'urine devient faiblement albumineuse (0 gr. 50 centigr. d'albumine par litre) sous l'influence de la station debout; cette albuminurie disparait par le décubitus horizontal; un repos prolongé supprime même pour quelque temps l'action provocatrice de la position verticale.

On ne relève, chez cette jeune malade, ni les stigmates névropathiques ni les tendances aux troubles vasomoteurs des extrémités qui ont servi à édifier la théorie nerveuse de l'albuminurie orthostatique. Les renseignements recueillis permettent seulement de soupçonner une néphrite infectieuse à l'origine des accidents en question, car cette fillette, à l'âge de six ans, a été atteinte d'une maladie fébrile accompagnée de convulsions et d'albuminurie.

L'étude cryoscopique nous a montré que la concentration moléculaire du sérum est normale, ainsi que celle de l'urine. La circulation rénale, appréciée d'après la formule de von Korányi, est rapide. L'épreuve du bleu de méthylène a permis de constater une élimination sensiblement normale quant à la quantité, mais un peu ralentie. Enfin la phloridzine a provoqué régulièrement de la glycosurie.

Ajoutons que ces recherches ont donné des résultats à peine différents durant une crise d'albuminurie et pendant une période normale. Cette concordance montre bien qu'il ne se produit pas, sous l'influence de la station debout et à l'occasion de l'albuminurie, des modifications profondes dans les fonctions de l'ensemble du parenchyme rénal. Il est d'ailleurs vraisemblable que dans ces albuminuries très faibles le passage de l'albumine n'a pas lieu dans toute l'étendue du rein, mais seulement en des points limités.

Nous croyons pouvoir admettre l'existence chez notre malade d'une affection rénale à l'état d'ébauche. Il n'en est peut-être pas toujours ainsi, mais il ne s'ensuit pas qu'on doive séparer complètement les cas d'albuminurie orthostatique avec néphrite, de ceux où cette lésion fait défaut. La disparition même de l'albuminurie ne permettrait pas d'écarter l'idée d'une altération rénale circonscrite, car la sclérose cicatricielle, selon certains auteurs, peut amener l'imperméabilité pour l'albumine en même temps que la perte irrémédiable du territoire rénal correspondant.

Aussi le pronostic nous paraît-il devoir comporter quelques réserves, surtout lorsque les malades n'ont pas été suivis pendant des années.

M. Widal. — Je crois, comme M. Achard, que les albuminuries légères, dites encore albuminuries *minima*, que l'on voit persister longtemps sans dommage pour la santé, doivent cependant être considérées comme symptomatiques d'une altération rénale. Je n'ai jamais observé d'albuminurie orthostatique, mais j'ai suivi ces temps derniers deux malades atteints d'albuminurie légère remontant à plusieurs années et qui n'ont jamais présenté le moindre accident de petite urémie.

L'un d'eux, âgé de seize ans, a eu la scarlatine il y a six ans et la fièvre paludéenne deux ans plus tard. La perméabilité de son rein pour le bleu de méthylène est parfaite, et j'estime que son albuminurie est sous la dépendance d'une lésion de l'épithélium des tubuli.

Le second malade, âgé de vingt-neuf ans, est albuminurique depuis une fièvre typhoïde datant de quinze ans. Il a continué cependant à exercer le métier pénible de garçon de salle, frottant les parquets et portant des fardeaux sans en être incommodé. Chez lui, il existe des troubles de la perméabilité rénale au bleu de méthylène, à l'iodure de potassium et au salicylate de soude. L'albuminurie n'est donc pas le seul indice de la lésion rénale dont il est atteint.

Action de l'aspirine sur la fièvre des tuberculeux.

M. L. Rénon. — J'ai mis récemment à profit les propriétés antipyrétiques de l'aspirine (acide acétyl-salicylique) contre la fièvre habituellement si tenace des tuberculeux.

J'ai administré ce médicament à des doses variant entre 1 et 3 grammes. Dans les trois quarts des cas, l'effet antipyrétique a été immédiat, avec une baisse de un, deux et même trois degrés de température dans l'après-midi; très rarement, l'abaissement thermique ne s'est produit que le lendemain. Quand on supprimait l'aspirine, la température remontait presque toujours aux degrés élevés qu'elle marquait avant l'emploi de ce produit.

Cette action antipyrétique de l'aspirine peut-elle être utilisée en thérapeutique?

Sans discuter le rôle bienfaisant ou nocif de la fièvre des tuberculeux, je dois dire que le grand inconvénient de l'aspirine réside dans les transpirations abondantes qu'elle provoque; il en résulte, en effet, un affaiblissement temporaire qui doit être pris en considération, bien que je n'aie jamais observé de collapsus. Par contre, certains malades ont éprouvé un réel bien-être du fait de la cessation de la fièvre, une fois la période de transpiration passée. Chez tous l'appétit s'est maintenu, et il est même devenu meilleur chez quelques-uns; la tolérance gastrique a été absolue. En un mot, l'état des malades, après cette médication, s'est montré peut-être un peu moins précaire qu'auparavant.

M. Merklen. — L'action de l'aspirine rappelle celle de l'acide salicylique au moyen duquel M. Jaccoud faisait autrefois tomber la fièvre des tuberculeux, sans pour cela enrayer la marche de la maladie.

M. Faisans. — J'ai renoncé depuis longtemps à l'usage des antipyrétiques chez les phtisiques, parce que leur action est toujours temporaire, et parce que ces médicaments, souvent nocifs pour l'estomac, exposent même, quand la chute thermique est très rapide, à des phénomènes de collapsus. La seule façon de diminuer d'une façon durable la fièvre chez les tuberculeux consiste à les soumettre à la cure d'air.

M. Joffroy. — Je crois que l'abaissement thermique n'est pas le seul facteur qui intervienne dans la production du collapsus. J'ai obtenu autrefois avec le sulfate de quinine employé à hautes doses des abaissements de température de 4° à 5°, chez des typhiques, sans jamais observer le moindre accident, tandis que, chez les mêmes malades, l'antipyrine, donnée à des doses plus faibles produisant un effet antithermique moins prononcé, déterminait des phénomènes syncopaux excessivement graves.

Sur un cas d'inflammation péritonéo-pleurale d'origine alcoolique.

M. Fernet relate l'observation d'un homme de cinquante ans, alcoolique avéré, qui, après avoir présenté pendant quelque temps des alternatives de diarrhée et de constipation, fut pris

d'une dyspnée croissante, accompagnée de douleurs et de gonflement de l'abdomen.

L'examen du malade permit de constater l'existence d'un épanchement thoracique du côté gauche et d'une ascite abondante, en même temps que tous les signes d'une néphrite scléreuse (hypertrophie du cœur, bruit de galop, etc., etc.).

La ponction de l'abdomen et du thorax ayant donné issue à un liquide séro-sanguinolent, on fit un examen minutieux de tous les organes sans pouvoir constater nulle part aucun symptôme d'une lésion tuberculeuse ou cancéreuse.

Cet homme succomba quelque temps après à des accidents urémiques, et on trouva à l'autopsie une cirrhose du foie et de la rate, une sclérose du rein et des lésions inflammatoires du péritoine et de la plèvre, mais sans dégénérescence cancéreuse ni tuberculeuse.

Toutes ces altérations, d'après l'orateur, reconnaîtraient une seule et même origine et devraient être attribuées à l'action directe de l'alcool sur les séreuses et les parenchymes glandulaires.

M. Siredey. — J'ai observé un fait semblable à celui que vient de nous communiquer M. Fernet. Le malade dont il s'agit avait également de l'ascite et un double épanchement thoracique sans accidents fébriles. On fut obligé de faire un très grand nombre de ponctions, mais le liquide retiré soit de la poitrine, soit de l'abdomen resta toujours exclusivement séreux, sans traces de sang. Cet homme finit par quitter l'hôpital à peu près dans l'état où il y était entré. Étant donné les habitudes d'intempérance du sujet d'une part, et d'autre part l'absence de tout signe de tuberculose et de cancer, il est probable que l'alcool, chez lui comme chez le malade de M. Fernet, a joué le principal rôle dans l'inflammation des séreuses.

M. Merklen. — D'après M. Labadie-Lagrave, l'inflammation simultanée de plusieurs séreuses s'observerait surtout chez les artérioscléreux et serait due à une toxémie provenant ellemême de l'insuffisance de la dépuration urinaire.

M. Joffroy. — Tous les animaux qui succombent à la suite d'une intoxication alcoolique prolongée présentent des lésions rénales extrêmement prononcées; il est donc hors de doute que l'alcool est le principal facteur des altérations du rein.

Sur un cas de cirrhose syphilitique.

M. Ménétrier rapporte l'observation d'une femme de cinquante-six ans, alcoolique, chez laquelle on ne constata pendant la vie qu'une hypertrophie lisse et régulière du foie et de la rate avec ascite légère, et qui mourut de bronchopneumonie après avoir présenté plusieurs poussées de rhumatisme articulaire aigu.

A l'autopsie, on trouva un foie gros, dur et lisse, contenant plusieurs gommes volumineuses au niveau de son bord diaphragmatique. La rate était également volumineuse et dure.

L'examen microscopique du foie montra l'existence d'une sclérose péricellulaire diffuse formée de tissu fibrillaire infiltré d'éléments embryonnaires. Les gommes étaient situées au niveau des espaces portes et formées uniquement d'une masse caséeuse entourée d'une couronne de cellules migratrices. La rate était également le siège d'une sclérose manifeste.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 juin 1900.

De la leucocytose variolique.

M. Weil. — L'étude des globules blancs dans 36 cas de variole de toutes formes avec ou sans complications nous a montré que cette affection s'accompagne de leucocytose, comme l'ont signalé MM. Courmont et Montagard dans la dernière séance. Souvent faible, généralement de moyenne intensité, cette leucocytose apparaît dès le début de la maladie, augmente au moment de la formation des vésicules et diminue ensuite lentement. On peut l'observer même dans la variole hémorragique, mais non d'une façon constante. Les complications secondaires s'accompagnent d'une leucocytose plus intense.

Ce qui caractérise cette leucocytose variolique, c'est qu'elle ressemble, au point de vue hématologique, à la leucémie myélogène : elle porte, en effet, sur les grands mononucléaires, granuleux ou non, formes mères des globules blancs normaux du sang. A la période d'état et lors de la convalescence apparaissent, très rares, des leucocytes granuleux basophiles, mono et polynucléaires.

Ce syndrome leucocytaire apparaît dès le début de la variole, même dans les cas légers où il est peu marqué; il persiste pendant la suppuration et disparaît lentement. La leucocytose s'accompagne d'une poussée normoblastique, discrète et brève dans les formes ordinaires, intense dans les formes hémorrhagiques.

Cette mononucléose spéciale à myélocytes est intéressante à constater précisément dans une maladie qui porte surtout ses atteintes sur la moelle des os. Dans la variole hémorrhagique, les mononucléaires granuleux neutrophiles peuvent atteindre la proportion de 25 %.

On peut tirer des indications intéressantes de l'étude du sang des varioleux. Les polynucléaires ne tombent à 15 % que dans les cas mortels. *Grâce à ce syndrome leucocytaire, on peut différencier par l'examen d'une lame colorée de sang la variole, dès la période du rash, d'avec toutes les autres maladies éruptives, sauf la varicelle.*

Les complications intercurrentes n'agissent sur cette formule que lorsqu'elles surviennent à l'époque de la convalescence. L'examen des pustules varioliques nous a montré des formes leucocytaires identiques à celles du sang, même à la période de suppuration (mononucléaires ordinaires ou granuleux, surtout neutrophiles); les polynucléaires ne constituent guère que 40 à 60 % des formes leucocytaires. La suppuration semble due au parasite inconnu de la variole, auquel viennent s'ajouter brusquement ensuite des infections secondaires surtout streptococciques.

Entérite à bacilles pyocyaniques chez l'adulte.

M. Legros. — J'ai observé, avec M. Charrin, une femme de quarante ans, accouchée depuis quinze jours (accouchement prématuré avec placenta prævia), qui présenta une infection mixte à streptocoques et à bacilles pyocyaniques.

Cette infection a été surtout caractérisée par une fièvre intense, atteignant 40°, par une albuminurie abondante et par une entérite qui céda assez facilement au traitement.

Les selles, de coloration vert foncé, ont donné en cultures du bacille pyocyanique virulent avec toutes ses réactions pigmentaires.

On retrouvait le même bacille dans l'urine; pourtant l'ensemencement du sang fait à plusieurs reprises avec des précautions rigoureuses n'a jamais révélé que du streptocoque pur.

Ce fait peut faire admettre une contamination ascendante de la vessie, mais il faut réserver cependant la possibilité d'une infection sanguine passagère, difficile à mettre en évidence.

Il résulte en outre de cette observation que l'entérite pyocyanique, qui n'avait été décrite jusqu'ici que chez l'enfant, est susceptible de frapper aussi l'adulte. Il est intéressant de noter qu'au cours de la période d'infection on peut ne constater aucune réaction agglutinante, ni avec le sérum, ni avec l'urine.

Il semble, enfin, qu'il y ait eu dans ce cas une association microbienne favorisant le développement réciproque des germes; cependant, le défaut de paralysie, d'arthrite, de manifestations cutanées, la guérison rapide de l'entérite, etc., etc., semblent prouver le rôle restreint du bacille chez la malade en question.

Il est curieux de rapprocher cette particularité des faits observés expérimentalement. On sait, en effet, qu'on obtient des résultats à peu près négatifs quand on dépose le virus dans les voies digestives, la muqueuse et ses sécrétions fournissant une protection puissante. Or, ici, bien que le germe placé dans l'intestin fût des plus actifs, son action pathogène a été presque nulle.

De l'action des abcès artificiels dans le charbon expérimental.

MM. Fochier et **Mérieux** (de Lyon). — Lorsqu'on fait, chez des lapins, en même temps que l'inoculation d'une culture charbonneuse de virulence intense, une injection sous-cutanée d'un quart de centimètre cube d'essence de térébenthine, on observe soit une survie définitive avec guérison, soit du moins une prolongation dans l'évolution de la maladie.

Les résultats de l'injection térébenthinée se montrent, d'une façon générale, en rapport avec la réaction inflammatoire provoquée. Pratiquée vingt-quatre heures avant l'inoculation charbonneuse, cette injection parait exercer une action thérapeutique moins marquée que lorsqu'elle est faite en même temps. Exécutée quelques heures après l'inoculation, ses effets sont essentiellement variables.

L'injection intramusculaire donne des résultats bien inférieurs à l'injection sous-cutanée.

On ne trouve chez les animaux survivants aucun signe de charbon, soit à l'inspection des organes, soit par la méthode des cultures.

Une nouvelle inoculation charbonneuse faite aux survivants entraîne la mort avec des signes, atténués mais incontestables, de charbon.

Lors même que la térébenthine est injectée dans la région dorsale et le virus inoculé dans la région abdominale, nous avons vu se produire au voisinage de l'œdème charbonneux local un autre œdème gélatineux qui nous a paru en relation avec un procédé de défense de l'organisme.

D'ailleurs, chez les animaux ainsi traités, l'œdème charbonneux ne se produit pas ou est moins accusé que chez les témoins; très souvent, chez les animaux qui succombent, les bacilles sont peu nombreux dans la rate, et dans quelques cas les cultures sont même restées stériles.

Injections comparatives d'urines toxiques.

M. Quinton. — J'ai pratiqué sur le chien vingt injections d'urines pathologiques ramenées à un point voisin de l'isotonie. Pour éviter autant que possible les troubles d'ordre mécanique, les injections ont été faites très lentement (0.75 c.c. d'urine par kilogramme d'animal et par minute); de plus, je ne les ai pas continuées jusqu'à ce que la mort survienne, de façon à laisser aux poisons le temps d'agir. J'ai pu, grâce à cette technique, classer les urines que j'ai étudiées en trois catégories, selon que la mort est arrivée au bout de quarante heures, de vingt heures ou de douze heures.

Les accidents généraux, d'autant plus précoces que l'injection est plus toxique, apparaissent dans l'ordre suivant : vomissements, affaiblissement du tonus musculaire, diminution des mouvements respiratoires, congestion et œdème de tout le tissu conjonctif péri-oculaire, relâchement de la nictitante, exophtalmie, diarrhée tardive, résolution musculaire, parfois convulsions, coma, mort. Les signes pupillaires et cardiaques ne présentent aucune fixité. D'une façon générale, la chute thermique est fonction de la toxicité de l'urine employée.

L'élimination rénale est aussi exactement proportionnelle à cette toxicité. Pour les trois catégories indiquées plus haut, les volumes moyens d'urine éliminée, au bout d'une heure par exemple, sont respectivement représentés par les chiffres 110, 47, 33; le nombre des molécules solides excrétées dans le même laps de temps est de 14.6, 10.1, 4.65. L'élimination rénale est donc d'autant plus faible que la toxicité de l'injection est plus grande.

De ces expériences, on peut conclure, en ce qui concerne le fonctionnement rénal, qu'avec des injections d'urines de toxicité variable l'élimination rénale, tant au point de vue quantitatif que qualitatif, est en raison inverse de la toxicité du liquide injecté. Ainsi, plus l'injection altère le milieu, plus l'organisme aurait avantage à éliminer, et moins l'élimination est rapide.

MM. Collet et **Tissier** déposent une note relatant le résultat des recherches qu'ils ont faites dans un cas d'infiltration d'urine, dans un cas de diarrhée légère chez un nouveau-né et enfin dans un cas de cystite purulente, et qui leur ont permis d'isoler une variété spéciale de streptocoque se présentant sous la forme de petits diplocoques ou cocci régulièrement arrondis, offrant la particularité de se décolorer par la méthode de Gram.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Laënnec. — M. PIERRE MERKLEN.

Du rôle de l'apoplexie pulmonaire dans l'asystolie.

Je désire vous entretenir aujourd'hui d'une des causes déterminantes et aggravantes de l'asystolie, je veux parler de l'apoplexie pulmonaire. Un malade porteur d'une cardiopathie jusque-là tolérée, ou atteint seulement d'insuffisance cardiaque, c'est-à-dire de dyspnée d'effort et de crises de pseudo-asthme nocturne, est pris de point de côté et d'oppression, puis il crache du sang; loin de céder, la dyspnée s'accentue, les extrémités s'œdématient, le foie se tuméfie, les veines cervicales se distendent et la face se cyanose; bref, le cœur droit se dilate, entraînant la stase dans les veines caves : c'est une crise d'asystolie provoquée par un foyer d'apoplexie pulmonaire souvent compliqué de pleurésie. Un cardiaque depuis longtemps asystolique se plaint, sans raison appréciable, d'une aggravation de son oppression; l'œdème augmente et le cœur devient tumultueux en même temps que le pouls faiblit; une angoisse croissante, du vertige et de l'obnubilation cérébrale ne tardent pas à s'ajouter aux autres symptômes, et la mort survient au bout de peu de jours : l'autopsie montre, comme cause de cette terminaison subite, un gros infarctus hémorrhagique du poumon, avec ou sans pleurésie secondaire.

Dans quelles circonstances se produit donc l'apoplexie pulmonaire? Quels en sont les signes et les conséquences? Ce sont ces questions qu'il me paraît utile d'envisager actuellement, l'occasion m'en étant fournie par un malade qui vient de succomber dans le service.

Atteint d'asystolie irréductible consécutive à de l'artériosclérose rénale et pulmonaire, compliquée de pleurésie gauche, ce vieillard était dans nos salles depuis plus de trois mois; gêné surtout par un gros foie cardiaque douloureux, il était modérément oppressé, quand un matin il accusa, avec quelque insistance, une dyspnée plus vive. L'examen ne nous apprit d'abord rien de nouveau; l'épanchement pleurétique de la base du côté gauche ne paraissait pas avoir augmenté, et d'ailleurs la dernière thoracentèse nous avait révélé plus de sclérose et d'épaississement de la plèvre que de liquide accumulé. La base droite présentait les signes habituels de la stase cardiaque, faiblesse respiratoire et râles sous-crépitants. Le cœur restait gros, dilaté, arythmique; il ne l'était pas plus que les jours précédents. Seul l'œdème des membres inférieurs s'était accru, et, devant l'impuissance des cardiotoniques et des diurétiques, je me décidai, le lendemain ou le surlendemain, à pratiquer une série de mouchetures. L'écoulement de sérosité fut abondant, mais le soulagement nul. Surpris du complet insuccès d'une pratique qui n'est que rarement inefficace, j'examinai de nouveau le malade, et je constatai une tachycardie des plus prononcées : les battements du cœur et du pouls, qui jusqu'alors avaient oscillé entre 90 et 100, s'étaient brusquement élevés à 160 et plus, facilement comptables au cœur qui soulevait avec une énergie apparente le plastron sterno-costal, à peine appréciables à l'artère radiale. Le pouls radial était extrêmement petit, dépressible, et ne traduisait que 90 ou 96 des systoles cardiaques. La tachycardie, l'exagération de la dyspnée, l'angoisse précordiale, la pâleur extrême du visage et son expression de détresse m'amenèrent dès lors à envisager l'hypothèse d'une thrombose cardiaque. J'ignorais que le malade avait eu des crachats légèrement sanguinolents, et ce renseignement ne me fut donné qu'après la mort; il avait son importance, ainsi que vous le verrez tout à l'heure.

La situation empira les jours suivants. Le patient avait de la dyspnée et de l'angoisse précordiale le jour, du subdélire la nuit. A plusieurs reprises, il eut des crises lipothymiques. Peu à peu ses idées s'obscurcirent, et bien que la dyspnée ne diminuât pas, l'anxiété fut moindre les derniers jours. La tachycardie céda trente-six heures avant la mort, pour être remplacée par l'arythmie avec simple accélération à 96 que le malade présentait antérieurement. Il s'éteignit dix jours environ après le début de cette dernière phase de sa maladie.

L'autopsie nous fit voir qu'il s'agissait d'artériosclérose rénale et pulmonaire, avec hypertrophie et dilatation du cœur dans toutes ses parties. Elle nous permit de constater les lésions viscérales secondaires qui peuvent résulter d'une asystolie prolongée, plus une double pleurésie chronique, avec symphyses partielles et épanchement liquide ancien à gauche, épanchement récent à droite. Elle nous éclaira enfin sur la pathogénie des accidents terminaux, en nous montrant, avec une thrombose cardiaque que nous avions soupçonnée, un gros foyer d'apoplexie qui était resté méconnu. Je vous rappelle que le cœur droit renfermait trois espèces de caillots : des caillots cadavériques sous forme d'une gelée noire, un thrombus agonique, blanchâtre et rubanné, qui, du ventricule droit, se prolongeait dans l'artère pulmonaire et ses branches, enfin une thrombose ancienne, adhérente à la paroi postérieure de l'oreillette droite et composée de couches grisâtres stratifiées. Quant au poumon droit, son lobe inférieur était occupé, en grande partie, par un gros infarctus noir de la grosseur du poing, qui présentait des bords nets et la forme classique d'une pyramide à base périphérique. Tout autour de lui, le tissu pulmonaire était congestionné, œdématié et la plèvre était enflammée, d'où l'épanchement récent de ce côté, d'environ 2 litres.

L'apoplexie pulmonaire, c'est-à-dire l'hémorrhagie du poumon, se produit chez les cardiaques sous l'influence de deux circonstances principales : par excès de tension et rupture des veinules et des capillaires au cours de la stase, quand celle-ci se prolonge et atteint un haut degré; dans l'oblitération d'une branche plus ou moins importante de l'artère pulmonaire, par embolie ou thrombo-artérite. Dans le premier cas il s'agit habituellement d'hémorrhagie diffuse, dans le second d'infarctus hémoptoïque. L'hémorrhagie diffuse ne s'observe guère que dans le rétrécissement mitral et résulte de la rétrostase pulmonaire intense et prolongée qu'il détermine; elle est d'ailleurs favorisée par les lésions vasculaires. L'infarctus hémoptoïque survient dans les cardiopathies les plus diverses, lorsque, sous l'influence de la dilatation de l'oreillette droite, et le plus souvent des altérations concomitantes de sa paroi, une thrombose s'est développée dans quelque point de cette cavité. C'est chose commune chez les sujets atteints de rétrécissement mitral serré; c'est une conséquence également habituelle de la dilatation du cœur dans l'artériosclérose et la myocardite chronique. Le caillot peut faire corps avec l'une des parois de l'oreillette, ou rester enclavé dans l'auricule qui est son siège de prédilection. Mais à la longue il se ramollit et s'effrite; de petits fragments ou de petites parcelles s'en détachent, sont entraînés dans le ventricule droit, puis dans l'artère pulmonaire, et s'arrêtent, suivant leur volume, dans une branche plus ou moins large de ce vaisseau. C'est ainsi que se produit l'embolie pulmonaire, du moins dans les maladies du cœur.

Les conséquences de cet accident dépendent de l'importance de la branche artérielle oblitérée. Si l'embolus obstrue le tronc ou l'une des principales branches de division de l'artère pulmonaire, il détermine la mort subite ou rapide. Quand son volume moindre lui permet de s'engager dans une ramification de deuxième ou de troisième ordre, il produit un infarctus hémoptoïque. Les branches de division de l'artère pulmonaire appartiennent à la catégorie des artères dites terminales, c'est-à-dire qui ne s'anastomosent pas entre elles. Leur oblitération supprime donc d'une manière absolue la circulation artérielle dans une étendue plus ou moins grande du poumon : elle en détermine l'anémie. Il en résulte un vide, d'autant plus que cette partie du parenchyme pulmonaire, annihilée comme appareil hématophore, continue à fonctionner comme appareil aérophore, l'aspiration thoracique s'y faisant toujours sentir. C'est ce vide qui progressivement appelle le sang des veinules et des capillaires voisins; les globules sanguins sortent de ces vaisseaux, par rupture ou par diapédèse, et vont remplir le territoire anémié, au point de l'obstruer, de le farcir. Ce farcissement est strictement limité à la région anémiée : cela explique les limites nettes de l'infarctus, et sa forme régulière, ovalaire ou plus souvent pyramidale.

L'infarctus du poumon est de grandeur proportionnée au diamètre de l'artère fermée par l'embolus : on distingue ainsi l'infarctus lobaire, l'infarctus lobulaire et l'infarctus alvéolaire. Dans le premier cas, un lobe entier du poumon est transformé en une masse dure et noire dont l'aspect a été comparé à celui de la truffe; il est habituel d'observer, sur la coupe du poumon, une ou plusieurs taches semblables, car l'embolie et l'infarctus peuvent être multiples; ces taches occupent le plus souvent la surface et présentent la forme d'un coin à base corticale. Le poumon droit, et plus encore son lobe inférieur, en sont le lieu d'élection : l'artère pulmonaire droite et sa branche lobaire inférieure ont un gros calibre et se prêtent aisément à la migration des corps étrangers circulant dans le sang qui vient du cœur droit.

Il existait, chez notre malade, un infarctus du lobe inférieur du poumon droit, de la grosseur du poing. C'était donc un infarctus lobaire. L'artère lobaire ou l'une de ses branches principales était d'ailleurs oblitérée par un caillot adhérent, déjà en voie d'organisation. Or, l'examen du cœur droit nous avait révélé une thrombose ancienne de la paroi postérieure de l'oreillette. Nous pourrions en conclure, sans plus de discussion, à l'origine embolique de l'infarctus, s'il n'y avait une autre cause possible sur laquelle je dois attirer votre attention.

Sous l'influence des travaux de Virchow, auxquels est due la connaissance du mécanisme embolique de l'hémorrhagie pulmonaire, on a trop généralisé et on a voulu voir l'embolie partout. Il importe de ne pas confondre l'apoplexie pulmonaire de Laënnec, dont les causes sont multiples, et l'embolie pulmonaire, origine la plus commune de l'hémorrhagie régionale, de l'infarctus. Encore n'est-il pas certain que celui-ci ne puisse succéder à une simple rupture vasculaire, dans la stase cardiaque : M. J. Renaut a décrit, sous le nom d'infarctus diffus festonné, des foyers hémorrhagiques par simple rupture, qui ne diffèrent de l'infarctus vrai que par leur limitation moins nette. Mais il y a plus : l'infarctus proprement dit, tel que l'avait observé Laënnec, conséquence d'une oblitération artérielle, ne résulte pas toujours d'une embolie; l'oblitération peut être due à un caillot né sur place, à une thrombose, elle-même favorisée dans son développement par des lésions d'endartérite pulmonaire. Le fait a été observé par M. Lancereaux, et cette pathogénie a été proposée, pour certains cas, par M. Bucquoy dont les idées ont été reproduites dans la thèse de Périvier (1).

L'origine thrombosique possible de l'infarctus est utile à connaître. Elle prouve, ce que l'observation clinique démontre aussi, qu'un artérioscléreux peut être atteint des signes de l'apoplexie pulmonaire avant de devenir un cardiaque; et que l'infarctus se produit parfois sans thrombose du cœur, partant sans embolie. Pour en revenir à notre malade, l'origine em-

(1) PÉRIVIER. De l'apoplexie pulmonaire dans l'artériosclérose et les cardiopathies artérielles. (*Thèse de Paris*, 1891.)

bolique ou thrombosique de son infarctus est discutable. Il avait, vous vous en souvenez, une endartérite pulmonaire généralisée et des plus prononcées : l'examen histologique nous a montré cette lésion à un haut degré, avec un caillot déjà envahi par du tissu fibreux, au niveau d'une des artères principales du lobe inférieur du poumon droit. Cela fait penser à une thrombo-artérite. Mais rien n'empêche d'admettre que l'exagération du processus endartéritique ait été la conséquence d'une embolie, hypothèse que confirmeraient la localisation de l'infarctus et l'existence de la thrombose auriculaire droite. Toutefois nous n'avons pas le droit d'être affirmatifs, parce que cette thrombose ne présentait pas, du moins d'une manière appréciable, l'état de ramollissement et d'effritement qui permet le détachement d'un caillot embolisant.

L'apoplexie pulmonaire par embolie ou thrombose peut être la première manifestation d'une affection cardiaque ou cardio-artérielle jusque-là tolérée; elle survient d'autres fois au cours de l'asystolie. Son début peut passer inaperçu dans ce cas, tandis qu'il n'échappe pas à l'observation quand elle constitue un accident primitif ou isolé. Un point de côté subit avec dyspnée en indique alors l'apparition. Le malade n'a pas de fièvre, ou si la température s'élève, ce n'est que secondairement. Tout d'abord l'auscultation et la percussion ne révèlent rien, mais au bout de quelques heures, et mieux de deux à trois jours, on peut constater, en un point limité et le plus souvent à la base droite, un petit foyer de râles bullaires, puis un souffle tubaire avec matité et exagération des vibrations vocales. S'il s'agit d'un gros infarctus, les râles et le souffle manquent souvent, et l'on ne trouve que de la matité et du silence respiratoire; c'est que le farcissement n'est pas limité aux alvéoles du poumon et qu'il occupe aussi les bronches, dont l'imperméabilité supprime tout bruit, normal ou anormal. Quand l'infarctus est central et de petit volume, il ne se manifeste par aucun phénomène de percussion ni d'auscultation.

A vrai dire, il n'existe qu'un seul signe positif de cet accident, c'est le crachement de sang; celui-ci ne saurait être immédiat, l'envahissement du foyer ischémié par le sang ne se faisant que progressivement. Ce n'est donc qu'au bout de quelques jours que le malade expectore tout d'abord du sang rouge, pur ou mêlé à des mucosités, puis du sang altéré par son séjour prolongé dans le foyer hémorrhagique, de couleur foncée et noirâtre. L'apparition de ce symptôme est souvent la signature d'un état jusque-là obscur. Il permet ou confirme le diagnostic d'apoplexie pulmonaire; c'en est souvent le seul indice chez les asystoliques déjà dyspnéiques et depuis longtemps atteints de congestion œdémateuse des bases.

L'infarctus pulmonaire, quand il est de petit volume, est susceptible de guérir sans laisser de trace, sans altérer la santé générale ni provoquer de troubles fonctionnels notables. Ainsi en est-il chez les artérioscléreux à lésions encore tolérées, à myocarde suffisant; ils peuvent n'avoir que de petites hémoptysies, sans autres conséquences. Mais l'infarctus est parfois volumineux et entraîne l'imperméabilité d'une grande étendue du poumon, ou bien il se complique de pneumonie ou de pleurésie avec épanchement; alors la dyspnée s'accentue, et, pour peu que le cœur soit préalablement dilaté ou affaibli, l'asystolie survient comme effet de l'apoplexie pulmonaire, ou, si déjà elle existait, s'exagère sous son influence et tend à devenir irréductible.

Je soignais un vieillard artérioscléreux, encore vaillant et actif, malgré un cœur gros, de l'arythmie, de la polyurie avec légère albuminurie, de la dyspnée d'effort. Quelques mois après mon dernier examen, il fut pris à la campagne d'un point de côté, et, au bout de peu de jours, de crachements de sang pur. Puis survint une pleurésie avec épanchement, rapidement suivie d'œdème considérable des membres inférieurs et de tuméfaction du foie, bref de tous les phénomènes de l'asystolie. Grâce à la thoracentèse et à l'évacuation de l'œdème des jambes par l'application à demeure de tubes de Southey, ces accidents cédèrent momentanément et le malade ne succomba que quelques semaines plus tard. C'est là un exemple d'asystolie provoquée par l'apoplexie pulmonaire.

Je n'ai qu'à vous rappeler le cas de notre malade pour vous montrer ce que devient l'asystolie quand elle se complique d'apoplexie pulmonaire. Le début de son infarctus avait passé inaperçu. J'ai appris rétrospectivement qu'il avait eu, pendant un jour ou deux, des crachats teintés de sang. Mon attention n'avait été attirée que par l'exagération de la dyspnée et de l'œdème. Le diagnostic ne pouvait être fait que par l'examen des crachats; il eût été facilité par la recherche des signes de l'épanchement pleurétique droit, qui n'existait pas ou n'était que peu marqué les premiers jours; dominé par l'idée de thrombose cardiaque, j'ai cessé de pratiquer ensuite l'auscultation des voies respiratoires. Or, la pleurésie des artérioscléreux et des vieillards est souvent, comme nous l'a appris Charcot, la conséquence d'un foyer d'apoplexie pulmonaire, si bien qu'elle en devient un symptôme indirect. Elle doit être recherchée chez les asystoliques en recrudescence de dyspnée avec autant de soin qu'il en faut mettre à examiner le produit de leur expectoration. C'est la conclusion pratique qui se dégage de cette leçon. L'apoplexie pulmonaire de la base du poumon droit et l'épanchement pleurétique consécutif ont entraîné la mort de notre malade, en faisant d'une asystolie déjà irréductible une asystolie incompatible avec le fonctionnement des organes essentiels. C'est ainsi que finissent souvent les cardiaques : ils peuvent guérir d'une première attaque d'asystolie provoquée par l'apoplexie pulmonaire; ils succombent fatalement à l'asystolie aggravée par l'apoplexie pulmonaire.

Je vous ai dit les accidents ultimes et les phénomènes qui, jusqu'à l'autopsie, m'avaient fait porter le diagnostic de thrombose cardiaque. Le moment est venu de rechercher avec vous sur quelle base se fondait cette hypothèse. Ce sera l'occasion d'analyser attentivement et comparativement le syndrome de l'apoplexie pulmonaire avec asystolie, tel que nous l'avons observé, et celui de la thrombose cardiaque.

La dyspnée et l'angoisse précordiale, la tachycardie et la petitesse extrême avec nombreux faux pas du cœur, plus tard les lipothymies, l'obnubilation cérébrale et le subdélire, tels ont été les symptômes relevés chez notre malade. Nous en connaissons la cause, et leur interprétation est facile. L'oppression si pénible, qu'aucun remède n'a pu soulager, résultait du rétrécissement progressif du champ de l'hématose : lobe inférieur du poumon droit supprimé par un infarctus, partie supérieure du même poumon comprimée par un épanchement pleurétique, base du poumon gauche refoulée par un autre épanchement, en outre pleuro-pneumonie chronique et artériosclérose pulmonaire, c'était plus qu'il n'en fallait et pour annihiler la circulation pulmonaire, et pour entraîner la surcharge du cœur droit. Celui-ci luttait, d'où la fréquence extrême, mais l'inefficacité des battements, le barrage pulmonaire ne permettant le passage que d'une très faible quantité de sang. Aussi le cœur gauche se contractait-il presque à vide, et, malgré ses contractions fréquentes et d'apparence énergique, les artères ne recevaient-elles qu'une quantité réduite de liquide sanguin. Le pouls radial presque insensible et ses nombreuses intermittences, autant de faux pas du cœur, étaient l'expression physique manifeste du faible débit du ventricule gauche. Les lipothymies, le subdélire, l'obnubilation cérébrale en étaient la traduction fonctionnelle : l'anémie artérielle devait amener l'anémie du bulbe et du cerveau.

Pour ne parler que de la tachycardie, elle marquait une lutte inégale du cœur contre un obstacle impossible à surmonter. A vrai dire, le cœur droit était seul en cause, mais, en raison de leur synergie physiologique, le cœur gauche se contractait aussi fréquemment que lui.

Qu'une thrombose cardiaque, quand elle occupe une grande étendue de l'oreillette ou du ventricule gauche ou lorsqu'elle siège au voisinage d'un orifice, aboutisse au même résultat, cela se comprend. Le caillot est alors l'obstacle, quand il est mobile ou obstruant. L'oreillette ou le ventricule gauche luttent pour s'en débarrasser; ils ne le peuvent, et leurs contractions sont fréquentes, mais d'ailleurs faibles et inefficaces. Le débit artériel est peu considérable, comme dans l'infarctus pulmonaire avec pleurésie. C'est le même syndrome. L'angoisse est grande dans les deux cas, traduisant l'impuissance du cœur et l'insuffisance de la circulation artérielle.

Mais ces signes ne sont propres ni à la thrombose cardiaque, ni aux formes graves de l'apoplexie pulmonaire. Nous venons d'en voir la preuve sur la table d'autopsie. Un ancien rhumatisant, obèse, âgé de trente-sept ans, était entré dans le service il y a trois jours, en état d'asystolie grave. Il était oppressé depuis deux mois, nous disait-il; mais sa dyspnée était devenue extrême une dizaine de jours auparavant. Nous n'avons pu obtenir d'autres renseignements. C'était un moribond que l'on parvint à peine à examiner et qui succomba le soir même. L'asystolie était chez lui évidente; il avait un cœur augmenté de volume dans tous les sens et une face très tuméfiée; la percussion et l'auscultation révélaient des signes de congestion œdémateuse des deux bases. Les membres inférieurs étaient œdématiés, le cou et la face cyanosés. Le cœur battait faiblement, mais avec une fréquence extrême : le nombre de ses contractions était de 180 par minute, mais malgré le soulèvement très apparent des artères sous-clavières, qui reproduisaient toutes ces contractions, le pouls radial était insaisissable et ne donnait guère que 90 à 96 pulsations. La tachycardie, la faiblesse extrême de la circulation artérielle périphérique, l'intensité de la dyspnée pouvaient faire penser à une thrombose cardiaque ultime chez un asystolique. L'autopsie n'a pas confirmé cette hypothèse. Les ventricules du cœur contenaient bien quelques coagulations terminales, mais minces, aplaties, non obstruantes, intriquées entre les piliers et les cordages tendineux. La cause principale des accidents était une surcharge graisseuse du cœur, sous-péricardique et interstitielle, associée à une atrophie des parois musculaires et à leur dilatation : c'était le type du cœur dit en gibecière. La mort avait été hâtée par une pneumonie de la base du poumon droit, dont le lobe inférieur était imperméabilisé dans ses deux tiers environ; les deux poumons étaient d'ailleurs gonflés, congestionnés et œdématiés, et les petites bronches contenaient un peu de pus. Il s'agissait, somme toute, d'une pneumonie, peut-être grippale, chez un obèse atteint de cœur gras et d'atrophie du myocarde. Nous n'en avions vu que la phase agonique, ce qui rendait le diagnostic impossible.

Ceci nous montre, une fois encore, combien il est rare de trouver en clinique un syndrome pathognomonique; un diagnostic ferme et précis demande une analyse attentive des signes fournis par l'examen des organes, des notions étiologiques et de l'évolution. En ce qui concerne le syndrome tachycardique et dyspnéique survenant au cours d'une cardiopathie, nous retiendrons qu'il peut relever d'une des trois causes suivantes : un obstacle insurmontable du côté de la circulation pulmonaire (pleurésie par apoplexie pulmonaire ou autre), un obstacle intracardiaque par thrombose obstruante, une toxémie pneumonique ou grippale.

MÉDECINE PRATIQUE

Le renforcement du second bruit aortique à l'angle de l'omoplate gauche, comme signe précoce d'artériosclérose généralisée.

Si, dans l'artériosclérose, les vaisseaux périphériques, accessibles à l'examen direct par l'inspection et le toucher, sont généralement le siège d'altérations plus ou moins évidentes, il est loin d'en être toujours ainsi, notamment au début de cette affection. En pareil cas, le diagnostic de la sclérose vasculaire ne saurait être basé que sur l'existence de certains troubles circulatoires dont le plus fréquent est l'hypertension artérielle, se traduisant par un renforcement du second bruit aortique qui devient en même temps métallique, clangoreux. C'est au foyer d'auscultation de l'orifice de l'aorte, c'est-à-dire à la base du cœur, près du bord droit du sternum et au niveau du second espace intercostal ou de la troisième côte, qu'on a l'habitude de rechercher ce signe.

Mais la modification en question n'a rien de pathognomonique; elle se rencontre aussi dans certaines affections qui, sans avoir rien de commun avec l'artériosclérose, déterminent comme elle une augmentation de la pression artérielle par suite d'hypertrophie ou de suractivité fonctionnelle du ventricule gauche. Cependant, il est possible d'éviter cette cause d'erreur, car, d'après certains auteurs, l'éclat du second bruit de l'aorte, dans l'artériosclérose, n'aurait pas son maximum à la base du cœur — comme c'est le cas lorsque l'hypertension artérielle reconnaît une autre origine — mais pourrait être perçu tout aussi distinctement au niveau des carotides et dans la fosse sus-épineuse.

Or, M. le docteur F. Friedmann, médecin de l'hôpital général de Vienne, a été à même de préciser davantage la valeur diagnostique de ce symptôme. Notre confrère a pu s'assurer, en effet, par l'examen de nombreux malades que chez les artérioscléreux le renforcement du second bruit aortique atteint toujours son intensité maxima en un point situé près de l'angle de l'omoplate et sur une ligne allant de cet angle à l'apophyse épineuse de la septième vertèbre dorsale.

Pour que l'examen soit concluant, il faut que, pendant qu'on l'ausculte, le patient tienne les bras croisés sur la poitrine de façon à augmenter l'étendue des espaces interscapulaires, et qu'il respire tranquillement, les arrêts respiratoires (notamment dans l'attitude de l'expiration) entravant la perception du bruit aortique.

M. Friedmann a trouvé, de plus, que, chez les sujets sains et jusqu'à l'âge de quarante ou quarante-cinq ans, les bruits aortiques entendus en arrière présentent leur maximum au niveau de l'épine de l'omoplate gauche, tandis que plus tard, avec les progrès de l'âge, ce foyer d'auscultation s'abaisse de plus en plus, sans toutefois atteindre jamais l'angle de l'omoplate, à moins qu'il ne s'agisse d'artériosclérose généralisée.

Notre confrère a constaté l'existence de ce signe non seulement dans la sclérose artérielle avancée, mais encore à la période initiale de cette affection et même chez des artérioscléreux relativement jeunes (de trente-deux à trente-quatre ans); il n'a jamais pu le retrouver, par contre, chez des sujets même âgés, mais paraissant indemnes de toute lésion vasculaire. Aussi, le phénomène qu'il signale paraît-il constituer un symptôme à la fois pathognomonique et précoce d'artériosclérose généralisée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juillet 1900.

Diarrhée syphilitique tertiaire.

M. Lereboullet. — J'ai observé, au mois de juillet de l'année dernière, un homme de trente-huit ans, névropathe de longue date, dont la santé était profondément altérée par une diarrhée chronique persistant depuis dix-huit mois, qui avait été accompagnée à diverses reprises d'hémorrhagies intestinales et qui résistait à tous les moyens de traitement habituellement usités en pareil cas.

En examinant ce malade, je fus frappé par l'existence d'adénopathies multiples présentant tous les caractères des adénopathies syphilitiques.

Je pensai immédiatement à la syphilis, que le patient m'avoua avoir contractée huit ans auparavant, et je demandai l'avis de M. Fournier. Notre collègue n'hésita pas, en l'absence de tout signe de cancer ou de tuberculose, à rattacher également à la syphilis cette diarrhée dysentériforme, et nous instituâmes le traitement spécifique. Pendant quatorze jours consécutifs, on fit à ce malade une injection d'huile grise et on lui prescrivit en même temps de l'iodure de potassium aux doses progressives de 3, 4 et 5 grammes. Sous l'influence de ce traitement intensif, la diarrhée et les coliques disparurent rapidement et, un mois après, le patient allait achever sa cure à Uriage d'où il revint complètement rétabli.

Depuis cette époque, sa santé s'est maintenue excellente, grâce, sans doute, à la précaution qu'il prend de recourir de temps à autre à la médication antisyphilitique qui lui a si bien réussi.

En présence de ce résultat, qui ne s'est pas démenti depuis un an, je ne pense pas, malgré la rareté de semblables accidents, qu'on puisse nier leur origine spécifique.

M. Fournier. — Les entérites spécifiques sont encore de véritables curiosités. Elles constituent une des manifestations les plus rares de la syphilis, et je déclare pour ma part n'en avoir guère observé plus d'une douzaine de cas.

Leur authenticité n'est cependant pas contestable; elle ressort non seulement de faits cliniques bien observés, mais aussi de données anatomo-pathologiques irrécusables. Maintes fois on a rencontré à l'autopsie de sujets syphilitiques des lésions intestinales (gommes miliaires, infiltrats discoïdes, cicatrices, etc.) qui ne pouvaient être rapportées qu'à la syphilis.

Si les entéropathies de la syphilis acquise sont si souvent méconnues, c'est parce qu'elles ne présentent rien de caractéristique. Elles offrent comme signe habituel une diarrhée chronique persistante et rebelle, comme symptôme annexe assez fréquent des coliques ou des douleurs abdominales et, enfin, comme complication rare l'aspect ensanglanté et dysentériforme des selles.

Or, combien d'affections intestinales, en dehors de la syphilis, sont susceptibles de se traduire par un ensemble symptomatique de ce genre! Il ne faut pas l'oublier, les viscéropathies de la vérole n'ont et ne sauraient avoir rien de spécial. Il faut donc toujours songer à leur possibilité.

Le soupçon, en pareil cas, ressortira des quatre considérations suivantes : 1° antécédents syphilitiques du malade; 2° absence de toute cause vulgaire à laquelle la diarrhée chronique puisse être rapportée; 3° résistance singulière de cette diarrhée aux agents thérapeutiques ordinairement actifs; 4° enfin coexistence d'autres accidents spécifiques.

Quant à la démonstration de l'origine spécifique de ces entérites, elle est fournie d'une façon éclatante par les résultats rapides et définitifs de la médication antisyphilitique.

Bien que l'iodure de potassium prescrit seul ait donné parfois de bons résultats, c'est le traitement mixte qui a été le plus souvent mis en œuvre contre elles.

En ce qui concerne le mercure, on pourrait croire contre-indiquée la méthode par ingestion dans un état morbide constitué par des lésions ulcératives de l'intestin. L'expérience ne confirme pas cette induction, car dans plusieurs cas le protoiodure et la liqueur de Van Swieten non seulement ont été bien tolérés, mais encore ont amené la guérison. Mieux vaut cependant, pour ne pas courir le risque d'une intolérance ou d'une irritation toujours possibles, avoir recours aux méthodes externes, c'est-à-dire aux frictions ou aux injections hypodermiques qui me semblent constituer le traitement de choix en l'espèce.

En terminant, je ferai remarquer d'abord que les diarrhées de la syphilis tertiaire récidivent assez fréquemment, et ensuite qu'elles peuvent se montrer à une époque singulièrement tardive; c'est ainsi que j'en ai rencontré deux exemples incontestables chez des sujets dont l'infection remontait respectivement à dix-neuf et à quarante ans.

Lésions constatées sur des ossements préhistoriques.

M. Zambaco (de Constantinople) montre une série de photographies d'ossements humains recueillis dans la haute Egypte et remontant à plus de quatre-vingts siècles. Des altérations de nature destructive ou hypertrophiante (ostéites suppurées, plaques éburnées, exostoses, etc., etc.), siégeant sur le crâne, les os des membres et la colonne vertébrale, lui paraissent devoir être rattachées, en raison de leur configuration et de leur multiplicité, les unes à la syphilis, les autres à la tuberculose.

M. Fournier. — Je dois avouer que les lésions figurées sur les photographies de M. Zambaco ne me paraissent pas suffisamment démonstratives pour qu'on puisse les attribuer avec certitude à la syphilis. Il ne faut pas se dissimuler, du reste, qu'il est à peu près impossible aujourd'hui d'affirmer l'existence de cette infection sur la simple constatation d'altérations osseuses. Un très grand nombre de maladies peuvent, en effet, donner lieu à des ostéopathies absolument identiques à celles de la syphilis. Il n'est pas jusqu'aux vulgaires traumatismes qui ne déterminent parfois des exostoses tout à fait comparables à celles de la vérole. On trouve également au niveau des ulcères variqueux des hyperostoses du tibia qui ne diffèrent en rien des ostéo-périostites syphilitiques. Dans ces conditions, je crois pouvoir dire que la seule inspection d'une lésion osseuse est insuffisante pour reconnaître son origine.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 18 et 25 juin 1900.

Sur le pouvoir antiprésurant du sérum à l'état pathologique.

MM. Achard et **Clerc.** — Les recherches de nombreux auteurs ont établi que le sérum sanguin contient un ferment qui empêche l'action coagulante de la présure sur le lait; en effet, alors que 2 gouttes d'une solution aqueuse de présure à 1 pour 400 déterminent la coagulation de 10 c.c. de lait pur, il faut élever la dose de présure jusqu'à 10 et 15 gouttes et même davantage pour obtenir le même résultat après addition au lait d'un demi-centimètre cube de sérum. Le nombre des gouttes de la solution de présure devenues ainsi nécessaires pour coaguler 10 c.c. de lait additionné d'un sérum quelconque peut servir à mesurer le pouvoir antiprésurant de ce sérum.

Or, chez l'homme normal, le pouvoir en question nous a paru varier entre 12 et 18. A l'état pathologique, et en examinant des sujets atteints des affections les plus diverses (néphrites, tuberculose, diabète, fièvre typhoïde, chlorose, etc., etc.), nous avons obtenu encore le même chiffre dans un certain nombre de cas qui se sont terminés par la guérison ou qui, du moins, ont permis une survie assez longue; au contraire, nous avons observé une diminution notable du même pouvoir qui tombait à 8, à 6, à 5 et même à 4 chez des malades qui ont tous succombé.

Nous avons remarqué de plus que ces variations du pouvoir antiprésurant correspondent assez exactement à celles du pouvoir lipasique, que nous avons étudiées antérieurement (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 395).

Nous nous croyons autorisés à conclure de ces données que l'activité antiprésurante du sérum diminue dans les affections graves et cachectisantes, et que son abaissement, quand il est notable, peut être considéré comme d'un pronostic fâcheux.

Le rôle du noyau des cellules dans l'absorption.

M. H. Stassano. — Des recherches antérieures m'ayant montré que les parois vasculaires jouent le principal rôle dans la fixation du mercure circulant dans le sang, j'avais expliqué ce fait par la commune origine des

cellules endothéliales et des leucocytes (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 381).

J'ai cherché plus récemment à déterminer la partie du corps cellulaire qui est essentielle pour cette absorption; il m'a été facile de m'assurer que c'est le noyau seul qui est en cause. En effet, j'ai constaté que les globules rouges des oiseaux, qui sont nucléés, retiennent le mercure en circulation, contrairement aux hématies des mammifères, dépourvues de noyaux. En outre, par la méthode histochimique, j'ai pu mettre en évidence la présence, dans le noyau des cellules endothéliales de la membrane péri-œsophagienne de la grenouille, de métaux (fer ou mercure) préalablement injectés. Enfin, en soumettant un tissu à la digestion pepsique, qui transforme les protoplasmas en peptones mais laisse inattaquées les nucléines et les substances qui leur sont combinées, j'ai obtenu un résidu dans lequel j'ai décelé les substances toxiques absorbées par l'animal en expérience.

Le noyau des cellules végétales possède les mêmes affinités : c'est ainsi que les nucléines de levures de bière cultivées dans du moût additionné de faibles doses de sublimé contiennent une certaine quantité de mercure. Il semble donc qu'il s'agit là d'une propriété tout à fait générale, qui n'est sans doute qu'un mode particulier de la nutrition cellulaire.

Présence de l'iode dans le sang.

MM. Gley et **Bourcet**. — Le fait que l'iode se rencontre normalement dans le corps thyroïde nous a engagés à rechercher si cette substance existe aussi dans d'autres organes, et notamment dans le sang. Grâce à l'emploi d'une méthode de dosage excessivement précise, et en opérant sur de grandes quantités de liquide sanguin (1 litre au moins), nous avons constaté qu'il existe, pour 1,000 c.c. de sang, une quantité d'iode variant entre 0 milligr. 013 et 0 milligr. 112. En étudiant les diverses parties constituantes du sang prises isolément, nous avons vu que l'iode est contenu dans le plasma, à l'état de combinaisons avec les matières protéiques.

Il ne nous a pas été possible d'établir si les modifications apportées au régime alimentaire influent sur la teneur du sang en iode.

Action des courants à haute fréquence sur la respiration élémentaire.

M. Tripet. — On peut mesurer l'activité de la respiration élémentaire, c'est-à-dire des échanges entre le sang et les tissus, par la quantité d'oxyhémoglobine réduite; c'est cette méthode que j'ai appliquée à l'étude de l'action des courants à haute fréquence chez 53 malades atteints de maladies diverses. J'ai pu constater ainsi que l'emploi de ces courants (*Arsonvalisation*) a pour effet d'augmenter les échanges nutritifs dans les affections accompagnées d'un ralentissement de la nutrition (rhumatisme, fibromes utérins), tandis qu'il les modère chez les malades à désassimilation exagérée; enfin, dans 6 cas où la déchéance organique était irrémédiable, le traitement par les courants à haute fréquence n'empêcha pas l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine de diminuer.

De ces faits, il me paraît légitime de conclure que, d'une façon générale, l'arsonvalisation agit comme un régulateur de la respiration élémentaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juin 1900.

Invagination intestinale.

M. Michaux. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur une observation de M. Auvray, relative à un cas d'invagination intestinale. Il s'agissait d'un homme de vingt-neuf ans chez lequel on crut avoir affaire à une péritonite d'origine appendiculaire. Notre collègue trouva une invagination de moyen calibre qui occupait la région iléo-colique et qui put être désinvaginée facilement; la guérison se fit sans incident.

J'ai pour ma part, au cours de ces dernières années, opéré 3 adultes pour invagination intestinale, avec 2 morts et un succès. Dans le premier cas, je portai le diagnostic d'ulcère gastrique en voie de perforation; je pratiquai la laparotomie et ne trouvai rien du côté de l'estomac; en revanche, il existait une invagination de la première portion du jéjunum dans l'intestin grêle, déterminée par un polype. Je fis une résection de la partie invaginée; la réunion fut incomplète, et, en enlevant les mèches au douzième jour, je constatai que l'intestin se déchirait en quelque sorte sous mes yeux; il y avait là une brèche jéjunale de 10 centimètres environ de longueur. La malade succomba deux semaines plus tard.

J'ai été plus heureux dans le second cas, concernant une invagination iléo-colique chez une femme de vingt-huit ans; j'avais cru à une appendicite; l'opération m'ayant montré la vraie cause des accidents, je réséquai tout le segment d'intestin invaginé. La guérison fut obtenue sans autre incident qu'une élimination de fils six mois après l'intervention.

Ma troisième malade était une femme de cinquante-six ans; instruit par les deux faits précédents, je pensai cette fois à la possibilité d'une invagination. C'était un lipome qui avait provoqué l'invagination de l'S iliaque dans la portion sous-jacente du côlon pelvien. La désinvagination ne put se faire; mon interne, M. Lardennois, essaya d'appliquer le bouton imaginé par lui, mais, cette application se faisant mal, je me décidai à établir un anus contre nature; néanmoins, la malade succomba au cinquième jour.

M. Reclus. — Je puis rappeler à ce propos une observation de M. Faure, ayant trait à un cas d'invagination intestinale déterminée par la présence d'un polype; notre collègue put, dans une première opération, désinvaginer l'intestin et enlever le polype par la taille intestinale. Les accidents se reproduisirent quatre ans plus tard; cette fois, M. Faure réséqua 80 centimètres d'intestin invaginé et sphacélé; malheureusement cette intervention fut suivie de mort au bout de dix jours.

De l'asepsie opératoire.

M. Broca. — En ce qui concerne l'emploi des gants de fil, je n'insisterai pas sur son inutilité, car, ainsi que l'a montré récemment M. Wormser (de Bâle) (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 208), ces gants s'infectent très rapidement, et, pour rester aseptique au cours d'une opération, le chirurgien doit en changer toutes les cinq minutes.

On ne peut pas faire le même reproche aux gants de caoutchouc. Je crois cependant que, en se lavant les mains avant et pendant l'opération, on peut arriver à être suffisamment aseptique pour ne pas infecter ses malades. D'une façon générale, l'usage des gants me paraît une complication, et je suis convaincu que l'on peut parfaitement s'en passer.

M. Schwartz. — Les expériences que j'ai faites avec M. Marmorek m'ont montré que les lavages répétés au sublimé, pendant les opérations aseptiques, ont comme résultat de rendre les mains moins septiques à la fin qu'au milieu de l'intervention.

De l'utilité du cathétérisme urétéral.

M. Poirier. — A propos de la discussion qui vient d'avoir lieu sur la valeur du cathétérisme explorateur des uretères dans le traitement de la tuberculose rénale, je puis dire que ce procédé m'a rendu plusieurs fois des services incontestables. J'ai eu recours, en outre, au cathétérisme urétéral permanent dans un cas d'exstrophie de la vessie, et je considère cette méthode comme utile dans les faits de ce genre.

M. Quénu. — Je tiens à déclarer, comme l'ont fait plusieurs de nos collègues dans la séance précédente, que le cathétérisme urétéral, pratiqué par M. Albarran chez plusieurs de mes malades, s'est toujours montré sans inconvénient.

M. Walther rapporte une observation d'occlusion intestinale par bride, consécutive à une appendicite.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 juin 1900.

A propos de l'albuminurie orthostatique.

M. Pierre Merklen. — Il me paraît difficile d'admettre que l'albuminurie orthostatique des jeunes sujets soit le reliquat d'une néphrite infectieuse, malgré l'appui que donne à cette hypothèse la légère insuffisance rénale expérimentalement constatée par M. Achard, dans le cas qu'il a rapporté à la dernière séance. M. Achard pense-t-il que l'insuffisance rénale ou, pour mieux dire, la diminution de la perméabilité rénale soit toujours liée à une lésion organique du rein? Il semble bien que celui-ci puisse être fonctionnellement insuffisant comme l'estomac, le cœur et quelques autres organes. Or, l'existence d'un certain degré d'insuffisance fonctionnelle n'a rien qui puisse étonner dans l'albuminurie orthostatique, si celle-ci résulte d'une atonie circulatoire qui s'exagère dans la station debout au point de provoquer la dystrophie de l'épithélium glomérulaire et l'apparition dans les urines d'une certaine quantité d'albumine.

L'albuminurie orthostatique est étudiée depuis près de vingt ans, et aucune autopsie n'a permis jusqu'à présent d'en déterminer la cause : cela prouve sa bénignité. Sa pathogénie ne peut être éclairée que par son évolution. Or, il est un fait d'importance majeure, c'est que l'albuminurie orthostatique est habituellement une albuminurie d'emblée intermittente et qu'elle reste intermittente, pour s'atténuer peu à peu avec les progrès de l'âge ou sous l'influence d'une hygiène appropriée. La continuité de l'albuminurie, telle qu'elle existe toujours à une certaine période des néphrites infectieuses, n'a jamais été relevée dans les observations d'albuminurie orthostatique. On pourrait objecter que la phase continue de l'albuminurie a passé inaperçue; mais cette objection ne saurait s'adresser au cas suivant :

Une albuminurie intermittente orthostatique est constatée par hasard, chez un adolescent de quatorze ans et demi, à la suite d'une rubéole légère; elle persiste depuis un an, avec une rémission de deux mois pendant la période des vacances et le séjour à la Bourboule ou au bord de la mer. Ce jeune malade avait eu deux ans auparavant une diphtérie, sans albuminurie au cours de la maladie ni pendant la convalescence; six mois avant sa rubéole, ses urines avaient été examinées avec un soin particulier à l'occasion d'une intervention chirurgicale et elles ne contenaient pas trace d'albumine. C'est donc bien là une albuminurie intermittente orthostatique d'emblée, difficile à interpréter dans l'hypothèse d'une néphrite même partielle. D'ailleurs, l'albuminurie minima de la fin des néphrites diminue mais ne disparaît pas complètement sous l'influence de la position horizontale. Ces diverses raisons plaident contre l'origine néphritique de l'albuminurie intermittente.

M. Achard. — Je ne crois pas que l'interprétation adoptée par M. Merklen soit applicable au fait que j'ai rapporté dans la précédente séance, mon malade présentant une insuffisance rénale, légère il est vrai, mais permanente, ce qui exclut l'idée d'un simple trouble fonctionnel. Il est bien certain, en effet, que l'albumine ne peut passer du sang dans l'urine qu'à la faveur de changements survenus dans la constitution physique du rein; il n'y a donc pas d'albuminurie fonctionnelle à proprement parler, c'est-à-dire sans lésions, si minimes soient-elles, de l'organe. La bénignité du pronostic des albuminuries orthostatiques ne saurait être invoquée davantage comme une preuve de l'absence de ces lésions, celles-ci pouvant être transitoires et passagères : on ne peut donc pas s'appuyer sur l'évolution de ces albuminuries pour trancher la question de leur pathogénie.

M. Millard communique l'observation d'une petite fille de dix ans, n'ayant jamais eu de maladie grave, chez laquelle est survenue, il y a un mois environ, sans trouble apparent de la santé générale, une albuminurie qui a résisté au régime lacté et aux révulsifs. Chez cette enfant, alors que les urines de la nuit contiennent des traces seulement d'albumine, celles de la journée en renferment de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 centigr. par litre; il est donc probable qu'il s'agit là d'un cas d'albuminurie orthostatique.

Sur un cas de leucémie myélogène.

M. F. Bezançon. — J'ai pu faire il y a quelque temps, avec M. Weil, l'examen complet d'un cas de leucémie myélogène qui s'est terminé par une granulie. Nous avons eu affaire, au point de vue clinique, à une forme liénale de la leucémie, caractérisée par une tuméfaction énorme de la rate et par des signes d'anémie profonde.

Le sang contenait 155,000 globules blancs par millimètre cube. Ces leucocytes étaient en majorité des mononucléaires granuleux, surtout basophiles (Mastzellen). Il existait aussi de nombreux globules rouges à noyau.

La formule hématologique a d'ailleurs varié, tant au point de vue quantitatif qu'au point de vue qualitatif; le taux des leucocytes est tombé à 19,000, et les globules rouges à noyau, ainsi que les mononucléaires à granulations basophiles qui dominaient au début, avaient complètement disparu quelques semaines plus tard.

L'autopsie a montré, outre les lésions de la rate, qui avait conservé sa forme et sa consistance mais pesait 2 kilogr. 900, des réactions intéressantes du côté de la moelle osseuse et au niveau des ganglions, bien que ceux-ci ne fussent pas sensiblement augmentés de volume.

Dans aucun viscère, sauf dans le poumon et dans la région thymique, il n'existait de nodules, de myélomes; les organes hématopoiétiques étaient modifiés en bloc, d'une façon diffuse. Dans la rate, le tissu lymphoïde normal avait disparu et l'on ne trouvait plus trace de corpuscules de Malpighi; seule, la pulpe splénique subsistait avec ses grands cordons et ses capillaires sanguins. La moelle osseuse était en pleine activité, de texture comparable à celle de la rate (gros capillaires sanguins et grands cordons de tissu réticulé). Ces cordons étaient bourrés de myélocytes granuleux analogues à ceux du sang, de grandes cellules dégénérées, de cellules gigantesques à large protoplasma acidophile et à noyau fortement coloré, bizarrement contourné, souvent en karyokinèse.

De même, dans les ganglions, on voyait des myélocytes granuleux de place en place entre les lymphocytes normaux.

L'étude histologique qui précède permet de tirer quelques déductions concernant la pathogénie du processus leucémique.

On sait que, pour Ehrlich et Lazarus, les lymphomes ou les myélomes qui, selon les cas, envahissent les organes, doivent être considérés comme le résultat de métastases parties soit du tissu ganglionnaire, soit du tissu médullaire. Cette conception ne saurait s'appliquer au fait que nous venons de rapporter, et qui était précisément caractérisé par l'absence presque complète de myélomes et par l'envahissement diffus des organes. Du reste, j'ai déjà fait remarquer, au Congrès de Lille, que lorsque le processus leucémique envahit un organe, il n'y produit pas une tumeur d'abord localisée, laquelle s'étendrait ensuite par propagation directe ou par métastase, comme dans le cancer, mais qu'il modifie d'emblée l'organe tout entier, en substituant, pour ainsi dire, au tissu normal un autre tissu.

Les recherches de M. Dominici sur l'existence, à l'état latent, de tissu lymphatique dans les organes myéloïdes, tels que la moelle des os, et de tissu myélogène dans les organes lymphatiques, comme la rate et les ganglions, permettent de comprendre, mieux que la théorie métastatique d'Ehrlich, la pathogénie du processus leucémique. D'après M. Dominici, l'état leucémique est caractérisé par l'hypergenèse du tissu lymphatique ou myéloïde dans les organes où ce tissu est en activité, et surtout par une sorte de reviviscence de l'un ou de l'autre de ces tissus dans les points où, après avoir évolué, ils sont entrés dans une phase de régression.

D'ailleurs, la théorie métastatique d'Ehrlich ne perd peut-être pas tous ses droits et l'on peut admettre que, dans certains cas, le tissu myélogène ou lymphatique en reviviscence devient à son tour l'origine de métastases.

M. Widal. — J'observe depuis plusieurs mois un malade atteint de leucémie myélogène avec grosse rate, sans adénopathie ni hépatomégalie. Chez ce patient, la formule leucocytaire est restée sensiblement la même depuis le début de la maladie.

M. Chantemesse. — Dans un cas de leucémie myélogène caractérisé également par une grosse rate sans hypertrophie des ganglions, j'ai constaté l'existence, dans le foie, de productions de tissu myélogène isolées au milieu du tissu hépatique normal; il me semble que la présence de ces productions s'explique beaucoup mieux par la théorie métastatique d'Ehrlich que par celle de la reviviscence que propose M. Dominici.

M. Rendu. — Je crois aussi, en me plaçant uniquement au point de vue clinique, que la théorie infectieuse de la leucémie myélogène rend le mieux compte des accidents de cette affection. On observe presque toujours, en effet, au début de la leucémie, une diarrhée fétide, incoercible, qui parait bien être le point de départ d'un processus infectieux se généralisant ensuite par la voie sanguine.

Sur la valeur clinique du pouvoir absorbant de la plèvre.

M. Rénon. — J'ai étudié avec M. Latron le pouvoir absorbant de la plèvre pour le bleu de méthylène chez deux malades atteints de pleurésie séro-fibrineuse avec épanchement.

Après nous être assurés que la perméabilité rénale était normale, nous avons injecté dans la cavité pleurale une solution de bleu de méthylène, et nous avons constaté que cette substance passait rapidement dans l'urine, mais que son élimination durait plus longtemps qu'après injection sous-cutanée. La matière colorante disparut de la plèvre au bout de neuf jours dans un cas et au bout de trois jours dans l'autre.

La rapidité de l'absorption pleurale nous fit admettre que les deux pleurésies n'étaient pas nettement tuberculeuses, ce qui fut vérifié par l'évolution clinique ultérieure. Il existe, à notre avis, un rapport évident entre l'élimination précoce du bleu et la résolution rapide de l'épanchement.

M. Rendu fait observer que les conditions d'absorption de la plèvre sont en grande partie fonctions du poumon : quand celui-ci est congestionné, la plèvre ne résorbe pas; cette résorption est au contraire rapide lorsque le poumon est sain.

Transmission de la fièvre typhoïde par les huitres.

M. Chantemesse communique deux cas de fièvre typhoïde survenus isolément, dans des localités différentes, chez des sujets qui ne faisaient usage que d'eau bouillie et qui n'avaient été en rapport avec aucun typhique, mais qui avaient mangé des huîtres l'un huit jours, l'autre dix-sept jours auparavant. Rapprochant ces deux observations de celles qu'il a publiées antérieurement sur le même sujet, l'orateur conclut à la nécessité d'exercer une surveillance plus rigoureuse sur certains parcs à huitres.

Gonflement isolé des glandes sous-maxillaires chez un saturnin.

M. Rénon. — On sait que dans la parotidite saturnine, l'irritation glandulaire peut se généraliser aux autres glandes salivaires, sous-maxillaires et sublinguales.

La localisation du toxique sur les glandes sous-maxillaires seules est une rareté que M. Latron et moi avons observée chez un saturnin chronique, atteint à la fois de coliques de plomb, de paralysie et de goutte saturnines. Le gonflement des glandes sous-maxillaires apparut dans le décours d'une colique de plomb : la région, très augmentée de volume, était remplie par une masse arrondie, indolore, légèrement lobulée et mobile. Cette tuméfaction disparut complètement et progressivement au bout d'une vingtaine de jours.

Si l'on songe que la muqueuse du plancher de la bouche n'était pas irritée et que les orifices des canaux de Warthon n'étaient ni rouges, ni enflammés, il nous semble logique d'admettre le rôle exclusif du plomb dans la genèse de cet accident.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 juin 1900.

Applications cliniques de l'étude histologique des épanchements séro-fibrineux de la plèvre.

MM. Widal et **Ravaud.** — L'examen histologique des épanchements séro-fibrineux de la plèvre n'a pas été pratiqué jusqu'à présent d'une façon systématique. Seul, l'épanchement séro-fibrineux des pleurésies cancéreuses a été l'objet d'études nombreuses, entreprises dans le but d'y déceler la présence des cellules cancéreuses.

Les recherches que nous avons poursuivies dans 56 cas de pleurésie séro-fibrineuse de nature variée montrent que l'examen des cellules éparses dans l'exsudat peut parfois fournir des indications intéressantes au point de vue de la pathogénie et de la clinique.

Par une ponction exploratrice faite avec une seringue stérilisée, on recueille quelques centimètres cubes de l'épanchement, qu'on peut défibriner avant ou après la coagulation; on centrifuge ensuite et on fait des préparations colorées à la thionine, à l'éosine hématéine et au triacide d'Ehrlich, après avoir étalé l'émulsion sur lames au moyen du fil de platine promené circulairement, et non, comme on le fait pour le sang, avec une lame rodée.

La formule histologique est variable suivant la nature de l'épanchement séro-fibrineux. Voici nos conclusions générales :

La pleurésie dite idiopathique ou encore *a frigore*, dont M. Landouzy a prouvé la nature presque constamment tuberculeuse, est caractérisée par la présence à peu près exclusive de petits lymphocytes très confluents et fréquemment mêlés à un nombre relativement considérable de globules rouges. Nous n'avons pas encore été à même d'observer d'épanchements de ce genre avant le neuvième jour. Il serait intéressant de les étudier dès les premiers jours de leur formation.

Le liquide des pleurésies développées chez des tuberculeux avérés porteurs de lésions caséeuses ou ulcéreuses des poumons, ainsi que l'épanchement des hydro-pneumothorax tuberculeux, a une formule histologique différente de celle des pleurésies tuberculeuses. Les éléments figurés restent rares même après centrifugation. Les globules rouges sont en très petit nombre, de même que les lymphocytes. On constate, par contre, un certain nombre de polynucléaires vieillis, déformés, malades, à noyau très divisé et à granulations neutrophiles altérées. On voit de plus parfois quelques gros leucocytes mononucléés plus ou moins déformés, et même quelques masses amorphes sans noyaux, éléments dont la présence est assez banale dans la plupart des épanchements séro-fibrineux de la plèvre.

Les pleurésies mécaniques survenant chez les cardiaques, chez les brightiques, chez les cancéreux, ou encore développées par compression ou irritation de voisinage, sont caractérisées par la présence, au sein de l'épanchement, de grandes cellules endothéliales tombées de la surface de la séreuse, que leurs dimensions énormes, par rapport aux globules rouges et aux lymphocytes parfois assez nombreux qui les encadrent, font remarquer au premier coup d'œil jeté sur la préparation. Elles sont isolées ou soudées par groupes de deux, de trois ou de quatre, et forment alors des placards plus ou moins étendus qui sont caractéristiques de cette variété de pleurésie.

Il y a là comme une véritable desquamation endothéliale par lambeaux, persistant encore alors même que l'épanchement dure depuis longtemps. La confluence de ces placards varie suivant les cas et selon la date de l'épanchement.

Dans le liquide d'une pleurésie séro-fibrineuse streptococcique, nous n'avons constaté que des polynucléaires neutrophiles à noyaux déformés.

La pleurésie pneumococcique est de toutes les pleurésies séro-fibrineuses celle dont la formule histologique donne le plus l'impression de lutte et de défense. Elle est caractérisée par la présence de globules rouges et de quelques lymphocytes, mais surtout par l'abondance des polynucléaires et par l'existence d'un plus ou moins grand nombre de cellules mononucléées, d'origine endothéliale pour la plupart, et dont quelques-unes, véritables macrophages, englobent des polynucléaires dans leur protoplasma. On n'observe que par exception deux ou trois cellules endothéliales soudées ensemble.

Les pleurésies typhoïdiques sont souvent hémorrhagiques, et la présence du sang vient troubler la formule histologique de l'épanchement. Dans quelques cas, cependant, l'abondance relative de grands leucocytes mononucléaires nous a paru constituer un caractère intéressant.

Nous avons recueilli 3 observations de pleurésies à éosinophiles qui méritent d'être groupées, bien qu'elles soient survenues dans des conditions étiologiques différentes. Les deux premières, séro-fibrineuses, étaient apparues, l'une au cours d'une fièvre typhoïde, l'autre chez un malade revenu des colonies et chez lequel on avait soupçonné une affection parasitaire du

foie, d'origine exotique. Dans notre troisième cas, il s'agissait d'une pleurésie hémorrhagique chez un tuberculeux, comme dans les faits rapportés par MM. Auché et Carrière.

L'éosinophilie pleurale, dans ces observations, a toujours été beaucoup plus marquée que l'éosinophilie sanguine. Le liquide des épanchements éosinophiliques présentait pour le cobaye une toxicité inaccoutumée.

En résumé, l'exploration histologique des épanchements séro-fibrineux de la plèvre, faite avec les colorations d'Ehrlich, est susceptible, dans beaucoup de cas, de donner du premier coup d'œil des renseignements utiles au clinicien. Le liquide puisé par ponction exploratrice peut être envoyé dans un laboratoire aussi facilement que des crachats tuberculeux.

Les mêmes recherches sont à poursuivre sur l'épanchement des hydarthroses et des hydrocèles, sur le liquide céphalo-rachidien et sur la sérosité des œdèmes.

Le pancréas dans la diphtérie.

MM. Girard et **Guillain.** — En examinant le pancréas de 29 enfants morts de diphtérie, nous n'avons jamais rencontré la pancréatite hémorrhagique décrite par certains auteurs. Dans tous les cas, nous avons vu de la congestion au niveau des artérioles et même des capillaires péri-acineux. L'endo-péri artérite et l'endophlébite nous ont paru fréquentes. Le tissu conjonctif et les îlots de Langerhans, par contre, ont toujours été trouvés normaux.

Il résulte donc de ces recherches que les lésions du pancréas dans la diphtérie ne sont pas comparables à celles du foie, des reins ou des capsules surrénales.

Ces faits confirment les constatations de la clinique, qui nous montre que les différents signes de l'insuffisance pancréatique (glycosurie, lipurie, selles graisseuses, etc., etc.) font défaut chez les diphtériques.

Culture du gonocoque sur le sang gélosé.

MM. F. Bezançon et **Griffon.** — Le sang de lapin, emprisonné dans la gélose, constitue pour le gonocoque un excellent milieu de culture. Les tubes ensemencés avec du pus blennorrhagique présentent déjà, au bout de vingt-quatre heures de séjour à l'étuve à 37°, des colonies arrondies, plates, transparentes et de dimensions variables suivant leur nombre.

Si l'examen de ces colonies est pratiqué au bout des vingt-quatre premières heures, les microbes apparaissent sous leur forme caractéristique et non pas sous celle de grains déformés, comme le fait se produit avec certains milieux de culture.

La longévité du gonocoque, sur le sang gélosé, est considérable. Dans un même tube, nous avons pu conserver pendant six mois ce microorganisme vivant.

Cette particularité, jointe aux avantages résultant de la précocité d'apparition des colonies et de la netteté des caractères morphologiques du microbe développé, fait du sang gélosé un milieu essentiellement pratique pour la culture du gonocoque.

M. Nicloux expose les résultats d'une série d'expériences qui démontrent la possibilité du passage de l'alcool, ingéré sous forme d'alcool à 10°, dans le testicule, la prostate, l'ovaire, ainsi que dans les produits de sécrétion de ces organes.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 13 et 27 juin 1900.

De la présence constante de certaines bactéries dans la scarlatine.

M. A. Baginsky. — J'ai examiné 363 scarlatineux pendant l'angine du début, et chez tous j'ai pu isoler un streptocoque à l'état de pureté. En outre, chez 42 enfants ayant succombé à la première période de la scarlatine sans accidents secondaires, le sang obtenu par la ponction du cœur pratiquée avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses, le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire avant la mort et, enfin, les divers organes renfermaient le même streptocoque. Je dois ajouter que ce microorganisme existait aussi bien dans les cas de scarlatine secondaire que dans ceux de scarlatine primitive, ce qui ne plaide pas en faveur de son caractère spécifique. Je ne prétends donc pas avoir découvert le véritable agent pathogène de cette affection.

Je me bornerai en terminant à faire remarquer que, parmi les symptômes de la scarlatine, il en est qui sont nettement infectieux, tandis que les autres sont de nature toxique. L'exanthème rentre certainement dans la dernière catégorie; au contraire, l'angine, les accidents articulaires, les otites, les thromboses des sinus, etc., etc., me paraissent liés à l'existence d'un élément septique d'origine microbienne.

M. Heubner. — Le fait capital qui résulte de la communication de M. Baginsky, c'est qu'il a constaté la présence d'un streptocoque dans tous les cas de scarlatine non compliquée qu'il a observés et dans tous les organes des sujets ayant succombé à cette affection. Mais le rôle pathogène de ce microorganisme ne sera établi que lorsqu'on aura réussi à reproduire la maladie par l'inoculation aux animaux.

M. Slawyk. — Je n'ai pu déceler ce streptocoque dans aucun cas, bien que je l'aie recherché chez 24 enfants emportés dans les quarante-huit premières heures d'une scarlatine maligne.

De l'extraction des éclats de fer intra-oculaires au moyen des aimants.

M. Türk. — J'ai étudié l'action du petit aimant de Hirschberg et du grand aimant de Haab sur des éclats de fer qui avaient été introduits dans des yeux de porc.

Quand on place ces deux aimants à 1 millimètre du corps étranger, leur action est sensiblement égale; mais, lorsqu'on les éloigne, on constate que l'action du petit aimant disparaît rapidement, tandis que celle de l'aimant de Haab subsiste même à une grande distance.

Le premier de ces aimants n'est donc utilisable que si l'on peut approcher à 1 millimètre de l'éclat de fer sans léser le corps vitré. Chaque fois que cette condition ne pourra être réalisée, on devra recourir à l'aimant de Haab. Il faut seulement avoir la précaution de ne pas approcher d'emblée ce dernier trop près des fragments métalliques, de crainte que ceux-ci, en se précipitant brusquement sur l'aimant, ne provoquent quelque déchirure intra-oculaire.

Malformations digitales.

M. Joachimsthal montre une petite fille qui présentait, à la main gauche, un index surnuméraire et un pouce rudimentaire; à droite, au contraire, le pouce avait trois phalanges.

Le pouce rudimentaire de la main gauche a été réséqué; depuis cette opération, l'index surnuméraire est devenu peu à peu capable de mouvements d'opposition.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séances des 11 et 18 juin 1900.

Guérison de la tuberculose du péritoine chez les enfants.

M. A. Baginsky. — Je suis aujourd'hui convaincu, comme M. Cassel (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 205), que la péritonite tuberculeuse peut guérir sous l'influence d'un régime hygiénique et diététique convenable.

Quant au diagnostic de cette affection, il doit être basé sur l'ensemble des symptômes et sur leur évolution beaucoup plus que sur la constatation dans le ventre des bosselures ou des tuméfactions qui font défaut dans certains cas.

M. Bendix. — Il est parfois fort difficile d'établir le diagnostic de la péritonite tuberculeuse. Dans le service de M. von Leyden, nous avons recours, dans ce but, à la recherche de la séroréaction de Widal appliquée aux bacilles de la tuberculose.

M. Litten. — Chez les enfants il existe une péritonite non tuberculeuse, qui, par l'agglutination des anses intestinales entre elles, peut déterminer la formation de véritables tumeurs. En outre, on observe des cas de tuberculose du péritoine avec ascite sans péritonite, tandis que dans d'autres faits il se produit une ascite dont la cause demeure inconnue.

Chez deux enfants atteints de cette dernière variété d'ascite, les ponctions, répétées 12 fois dans un cas et 14 dans l'autre, ont suffi à amener la guérison. Peut-être s'agit-il là d'une sorte de péritonite rhumatismale avec exsudation séreuse. En effet, j'ai vu apparaître, chez un rhumatisant, un épanchement ascitique qui s'est résorbé à la suite de l'administration d'acide salicylique.

M. von Leyden. — La curabilité spontanée de la péritonite tuberculeuse n'est pas contestable et je crois avoir été le premier à l'établir. Il en est, à cet égard, de la péritonite comme de la pleurésie tuberculeuse, qui, elle aussi, peut guérir spontanément.

De même que M. Baginsky, je ne considère pas la constatation des bosselures ou des nodosités intra-abdominales comme indispensable pour établir le diagnostic; je n'ai d'ailleurs jamais rencontré ces tumeurs chez les adultes.

On peut avoir recours pour faciliter le diagnostic à une injection de tuberculine, à la recherche de la diazoréaction d'Ehrlich ou de la réaction agglutinante.

Quant à la laparotomie, que certains auteurs ont préconisée contre la péritonite tuberculeuse, elle ne possède à mon avis aucune vertu curatrice. Si quelques malades ont guéri à la suite de cette opération, c'est par simple coïncidence et je suis convaincu que ces patients auraient également recouvré la santé sans intervention.

M. A. Fränkel. — Je ne crois pas qu'on puisse établir un rapprochement absolu entre la péritonite tuberculeuse et la pleurésie de même nature, celle-ci disparaissant fréquemment, même sans ponctions, tandis que la guérison spontanée de la péritonite est rare. D'autre part, d'après mes observations, les ponctions aggravent presque toujours l'état des malades atteints de péritonite, alors que la laparotomie exerce dans la majorité des cas une heureuse influence sur l'issue de la maladie.

Pratiquer une injection de tuberculine pour assurer le diagnostic me semble un expédient dangereux. J'ai vu, en effet, une telle injection suivie du développement d'une tuberculose miliaire généralisée. Pour avoir la confirmation du diagnostic, il suffit d'inoculer le liquide ascitique au cobaye.

M. Herzberg. — A l'hôpital Urban un grand nombre d'enfants, atteints de péritonite tuberculeuse, ont été laparotomisés; ils ont guéri dans la proportion de 60 %. Dans quelques cas, l'opération a dû être répétée une seconde fois.

M. Heubner. — La laparotomie a, je crois, une action très favorable sur l'évolution de la péritonite tuberculeuse; je ne suis pas de l'avis de M. von Leyden qui, établissant un parallèle entre la péritonite et la pleurésie tuberculeuses, soutient que le pronostic de ces affections est relativement bénin. Je crois au contraire que la pleurésie franchement tuberculeuse a toujours une issue funeste.

M. Karewski. — La laparotomie est contre-indiquée lorsqu'il existe des adhérences très anciennes entre les anses intestinales.

M. Gluck. — J'ai dû plusieurs fois laisser le ventre ouvert à la suite de la laparotomie, et j'ai pu constater ainsi que les exsudats tuberculeux se résorbaient et étaient remplacés par du tissu sain.

Thrombose de l'artère fémorale profonde.

M. von Leyden. — J'ai observé récemment une tuméfaction œdémateuse de la jambe gauche avec cyanose des orteils chez une femme de soixante-quatre ans, atteinte d'insuffisance mitrale et plongée dans le marasme.

Redoutant l'apparition d'une gangrène par obstruction artérielle, je fis appliquer sur le membre malade des cataplasmes chauds qui conjurèrent les accidents; la patiente n'en succomba pas moins quelques jours plus tard aux progrès du marasme. A l'autopsie je trouvai, au niveau de la partie supérieure de l'artère fémorale profonde, un caillot adhérent, mais qui n'oblitérait pas complètement la lumière du vaisseau.

J'ai vu des accidents analogues (engourdissement du pied gauche avec œdème et cyanose

des orteils) chez un homme de quatre-vingt-six ans qui aujourd'hui peut marcher librement. Le traitement a consisté dans ce cas en l'application de cataplasmes chauds et en l'exécution de mouvements actifs et passifs. Il s'agissait encore d'une thrombose artérielle, car le malade se plaignait de vives douleurs, transitoires il est vrai, à la partie interne de la cuisse gauche.

Il est évident que la guérison de ces troubles n'est possible que si le thrombus n'oblitère pas entièrement le vaisseau.

Dr VILLARET.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 30 juin 1900.

A propos des lésions ganglionnaires de la rage.

M. Van Gehuchten. — Dans une communication antérieure, j'ai montré avec M. Nelis que, chez le chien mort de l'évolution naturelle de la rage, il existe dans les ganglions cérébro-spinaux des lésions profondes, tellement caractéristiques qu'elles peuvent être utilisées comme moyen de diagnostic *post mortem*. L'existence de ces lésions ganglionnaires chez l'animal mort de la rage a été confirmée par Hébrant, Guillé et Vallée, etc. Il résulte en outre des recherches de ces trois auteurs que jusqu'à présent ces altérations n'ont pas été rencontrées chez des chiens morts d'affections autres que la rage.

Pour ce qui concerne la valeur de ces lésions ganglionnaires comme moyen de diagnostic, un malentendu paraît s'être produit. Tandis que nous n'avons préconisé cette méthode que pour l'examen des animaux morts de l'évolution naturelle de la maladie, ou du moins abattus à la phase de paralysie, d'aucuns ont voulu l'appliquer aux chiens suspects, transformant ainsi notre procédé de diagnostic *rapide* en un moyen de diagnostic *précoce*.

C'était là une erreur. Dans l'état actuel de la science, nous pouvons admettre que chez l'animal mort de la rage naturelle les lésions ganglionnaires existent toujours. Mais nous ne savons pas encore à quelle époque ces lésions apparaissent, de telle sorte que, s'il est vrai que leur constatation chez un chien suspect permet d'affirmer la rage, leur absence, par contre, laisse le diagnostic en suspens, l'inoculation au lapin pouvant seule résoudre la question.

A côté de la rage naturelle, il y a aussi à envisager la rage expérimentale, produite par inoculation intracrânienne soit de virus fixe, soit de virus des rues.

Les chiens morts après inoculation de virus fixe ne présentent jamais de lésions ganglionnaires; pour ceux qui ont reçu du virus des rues, les résultats sont variables : tantôt il y a des altérations ganglionnaires plus ou moins prononcées, tantôt ces lésions font complètement défaut.

Pour expliquer ces différences, on doit se rappeler que la rage déterminée par le virus fixe est en quelque sorte foudroyante, les animaux mourant au bout de neuf ou dix jours et ne présentant des symptômes rabiques que pendant les douze ou vingt-quatre dernières heures. Au contraire, chez les chiens ayant reçu le virus des rues, la mort ne survient qu'au bout de quatorze jours au minimum, ce qui permet parfois l'apparition des lésions; nous ne savons d'ailleurs à quoi attribuer ce fait que, dans certains cas, les altérations en question font défaut chez les mêmes animaux. Cette absence de lésions sera-t-elle constatée aussi pour la rage des rues? Nous ne saurions le dire. Mais un fait établi d'une façon indiscutable, c'est que, *jusqu'à présent*, les altérations ganglionnaires n'ont jamais manqué chez les chiens morts de la rage des rues; c'est le point essentiel au point de vue pratique.

De l'anatomie pathologique des névrites optiques.

M. Nuel. — On admet généralement que le tissu conjonctif interstitiel du nerf optique joue le rôle prédominant dans les névrites optiques, lesquelles seraient toujours des *névrites interstitielles*.

Cette opinion est basée sur ce que, la plupart du temps, les nerfs malades ne sont soumis que tardivement à l'examen microscopique. Or, à ce moment, le tissu conjonctif a pris réellement un développement prédominant; mais c'est là une lésion secondaire.

Au début des névrites optiques les plus diverses, j'ai toujours trouvé, en effet, les fibres nerveuses altérées, parfois même détruites, avant que le tissu conjonctif fût hypertrophié. Secondairement, la névroglie se met à proliférer; elle tend à occuper la place laissée vide par la disparition des fibres nerveuses; plus tard encore, elle peut même se ramollir et disparaître plus ou moins. Ce n'est qu'après ces phases successives que l'on voit se produire l'hyperplasie du tissu conjonctif. L'émigration leucocytaire est relativement faible, sauf dans les formes microbiennes.

Ces constatations, exactes pour toutes les névrites optiques, impliquent pour ces névrites la dénomination de *parenchymateuses*.

Dans la névrite filicique, les altérations commencent au niveau de l'œil, puis remontent le long du nerf (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 53). Elles consistent d'abord en une dissolution rapide des fibres nerveuses, accompagnée d'un œdème interstitiel qui distend les fourreaux névrogliques non altérés. Les vaisseaux et le tissu conjonctif sont normaux au début. Après un laps de temps variable entre cinq et huit jours, la névroglie prolifère; les cellules peuvent même, par leur nombre, simuler la prolifération leucocytaire, laquelle ne se produit toutefois que plus tard et demeure peu active. La névroglie hypertrophiée se ramollit ensuite en donnant naissance à des cavités; les parois vasculaires s'altèrent, s'épaississent à ce moment; il y apparaît beaucoup de noyaux, et plus tard le tissu conjonctif s'hypertrophie franchement.

Le ramollissement de la névroglie peut s'opérer par deux modes : *a*) par nécrobiose et *b*) par formation de grandes cellules épithélioïdes.

Quand il s'agit de nécrobiose, la névroglie se dissout, fibres et cellules tout à la fois, sans laisser de traces.

Lorsque c'est le deuxième processus qui intervient, les fibres névrogliques sont résorbées, en même temps que les cellules araignées fort multipliées augmentent brusquement de volume, prennent les caractères d'éléments épithélioïdes, souvent de forme polyédrique par pression réciproque, puis finalement se désagrègent et disparaissent; bref, elles semblent jouer le rôle de macrophages.

Hayem a vu le premier ces cellules dans certaines formes d'encéphalite; d'autres auteurs les ont retrouvées dans des myélites amicrobiennes. Leur provenance a toujours été discutée. Il n'est pas douteux que dans la névrite filicique elles représentent des cellules névrogliques modifiées. En maints endroits, l'hypertrophie névroglique aboutit à la sclérose, à une vraie gliose durable. A ce moment, la coupe transversale du nerf présente les caractères de la névrite interstitielle classique, mais ce n'est là que l'*aboutissant* d'une névrite parenchymateuse très aiguë.

Ces données peuvent jeter la lumière sur certains processus cérébraux ou médullaires encore obscurs.

Etude histopathologique de l'impétigo circumpilaire de l'enfant (impétigo de Bockhart).

M. Van Bambeke. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un travail de M. le docteur Minne (de Gand) relatif à l'impétigo circumpilaire de l'enfant. Au point de vue histologique, l'auteur distingue trois stades dans l'évolution de la maladie : la couche cornée est seule intéressée d'abord; puis les lésions s'étendent à la couche de Malpighi; enfin survient la période de réparation.

La lésion est une vésico-pustule se développant toujours autour d'un poil et située dans le réseau muqueux de Malpighi, en dehors de l'espace compris entre le poil et sa gaine folliculaire. La voûte de cette vésicule est constituée par la couche cornée, intacte d'ordinaire; ses parois sont formées par les cellules malpighiennes; sa base est représentée par une, deux ou trois rangées de cellules profondes du réseau muqueux.

Il s'agit là d'une affection microbienne due à la pénétration du staphylocoque doré sous les lames cornéennes et dans le voisinage immédiat de l'émergence d'un poil. Le pourtour de l'ostium pilaire est, en effet, le point faible du revêtement cutané. La pullulation microbienne, toujours minime, détermine la formation de trois ou quatre petites colonies staphylococciques accolées à la voûte de la vésico-pustule. Celle-ci contient peu de liquide, mais elle est bourrée de phagocytes, la plupart polynucléés; un poil est logé dans son intérieur.

M. Minne a pu isoler dans tous les cas qu'il a examinés le staphylocoque doré à l'état de pureté. Il en conclut que l'impétigo circumpilaire est la forme la plus simple des infections de la peau provoquées par ce microorganisme.

La maladie en question se rattache intimement à l'acné nécrotique et au furoncle, car il suffit que la vésico-pustule s'étende jusqu'au derme ou que le follicule pileux soit atteint profondément par le processus suppuratif pour que les lésions de l'une ou l'autre de ces deux affections soient constituées. Aussi n'est-il pas rare de rencontrer, au milieu des éléments typiques d'impétigo circumpilaire, un furoncle ou une pustule d'acné qui, dans ces cas, constituent de véritables complications.

L'immunité à l'égard de la malaria.

M. Ch. Firket. — Le paludisme est généralement considéré comme le type des maladies qui récidivent et pour lesquelles une première atteinte ne confère pas d'immunité. Cette notion vient d'être ébranlée par les travaux de R. Koch, qui a été conduit à admettre que l'immunité des races de couleur à l'égard de la malaria est acquise, et que les blancs peuvent l'acquérir aussi.

Cependant, cette opinion est en désaccord formel avec l'expérience des médecins des colonies, qui voient la mortalité augmenter dans les pays chauds avec la prolongation du séjour. L'orateur, pour expliquer cette contradiction, suppose que la tendance naturelle que présente l'organisme des colons à l'immunisation post-paroxystique est contrariée, et peut même être entravée complètement, par l'action perturbatrice du climat tropical. Aussi insiste-t-il sur la nécessité de diminuer cette influence défavorable en améliorant les conditions générales de l'existence. Il signale enfin la nécessité d'entourer de soins particuliers la convalescence des fièvres de première invasion : c'est là une période critique qui peut décider du degré d'immunisation et d'aptitude ultérieure au travail.

Dr KEIFFER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ANGLAISES

Les relations entre la folie et les lésions des organes pelviens, par M. A. T. HOBBS.

Se rappelant que Manton disait : « Je n'ai jamais opéré une aliénée sans constater quelque amélioration dans son état mental et un soulagement positif dans son état subjectif », M. Hobbs s'est astreint, depuis 1895, à examiner au point de vue gynécologique les malades de l'asile qu'il dirige.

Sur un total de 800 femmes, il en a choisi 220 qui avaient eu des grossesses antérieures et qui étaient encore jeunes; il a constaté chez 188 d'entre elles une ou plusieurs lésions des organes pelviens : il s'agissait 132 fois d'une subinvolution utérine ou d'une endométrite, 18 fois de dysménorrhée ou de ménorrhagies, 62 fois de déchirures du col, 5 fois de polypes cervicaux, 66 fois de déplacements de l'utérus, 16 fois de myomes, 2 fois de tumeurs malignes, 33 fois d'affections des annexes et 37 fois de lésions vaginales allant depuis la simple déchirure du périnée jusqu'à la fistule vésico-vaginale.

Du moment que ces femmes sont malades, a-t-on le droit de ne pas les soigner, sous le prétexte qu'elles sont aliénées? A cette question, M. Hobbs a répondu en pratiquant 173 opérations de gravité variable.

A la suite de ces interventions, il a toujours constaté une amélioration notable de la santé générale; au point de vue mental, tantôt les fonctions intellectuelles se sont rétablies immédiatement, tantôt l'amélioration a été plus lente et progressive. C'est ainsi que les opérations sur les annexes lui ont donné 63 % de guéri-

sons; celles sur le col ou le corps de l'utérus 46 %; la correction de déplacements utérins 26 %; l'extirpation de tumeurs 30 %; enfin les opérations plastiques sur le vagin 20 %. Au total, sur 100 opérées, 42 ont guéri de leur affection mentale, 24 ont été améliorées, 32 sont restées dans un état stationnaire et 2 sont mortes.

De ces faits, M. Hobbs conclut que les maladies des organes génitaux sont un facteur important de l'état mental des femmes, et que dans bien des cas le traitement de ces affections hâte la guérison de la psychose concomitante. Si l'on tient compte du fait que sur 114 malades qui ont guéri 52 étaient aliénées depuis au moins deux ans, il est permis de croire qu'un grand nombre d'entre elles n'auraient jamais recouvré la raison sans l'intervention chirurgicale. Ce qui semble le prouver, c'est que pendant les quatre années où les malades ont été soignées au point de vue gynécologique, le nombre des sorties de l'asile a représenté 51 % du total des admissions, tandis que, dans les quatre années antérieures ,il y avait eu trois fois plus d'entrées que de sorties.

On ne peut admettre, d'après l'auteur, que l'opération en elle-même et les soins consécutifs soient le principal facteur de l'amélioration de l'état mental, car il a vu 23 fois la cure radicale d'une hernie n'être suivie d'aucun résultat au point de vue intellectuel; de même il n'a jamais pu constater, après l'anesthésie, de modifications des troubles psychiques.

Pour terminer, M. Hobbs établit la proportion de guérisons opératoires des troubles mentaux selon la nature des lésions pelviennes; il constate ainsi que les interventions pour affections utéro-ovariennes d'origine inflammatoire lui ont donné 50 % de succès, celles pour déplacements utéro-ovariens 36 % et celles pour tumeurs utéro-ovariennes ou lésions vaginales d'origine non inflammatoire 26 %. Il résulte de ces chiffres que les lésions inflammatoires des organes pelviens sont celles qui prédisposent le plus à l'aliénation mentale et qui réclament aussi le plus énergiquement un traitement gynécologique. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janvier 1900.) — E. C.

La mortalité consécutive à la cure radicale de hernies inguinales volumineuses, par M. H. O. Marcy.

Ce travail est basé sur deux observations. Dans la première, il s'agissait d'une hernie inguinale très volumineuse; la réduction du contenu du sac fut rendue difficile par le manque de place dans la cavité abdominale et par l'épaississement du mésentère; immédiatement après l'opération, la respiration du malade devint superficielle et rapide, le pouls petit et accéléré; la mort survint au bout de trente-deux heures. Le second cas concerne également un sujet porteur d'une hernie inguinale considérable, atteignant 30 centimètres de diamètre, et qui succomba le neuvième jour après l'intervention, sans avoir présenté d'autre symptôme anormal qu'une tension exagérée de l'abdomen.

M. Marcy pense que l'issue fatale de ces opérations doit être attribuée à l'augmentation subite de la pression intra-abdominale, qui gêne les fonctions du diaphragme. Il conseille, en conséquence, lorsqu'une portion considérable du contenu abdominal a été herniée pendant une longue période de temps, de ne pas entreprendre la cure radicale avant d'avoir soumis le sujet à un repos prolongé au lit avec diète légère et purgations. Grâce à ce régime, le malade perd de son poids, ce qui diminue le volume du contenu de l'abdomen et des organes herniés; en même temps la paroi abdominale se relâche et s'amincit. L'auteur a d'ailleurs rencontré des prescriptions analogues dans une dissertation de George Arnaud datant de 1748. (*Annals of Surgery*, janvier 1900.) — E. C.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Les injections hypodermiques de composés iodés contre la syphilis.

Dans les rares cas où il est impossible de faire ingérer de l'iodure de potassium à des syphilitiques en raison de l'intolérance absolue de l'estomac à l'égard de ce médicament, on arrive généralement à résoudre la difficulté au moyen de petits lavements iodurés. Cependant, si la muqueuse du rectum est très irritable ou s'il existe de l'incontinence du sphincter anal, cet expédient ne peut être utilisé. En pareille occurrence M. le professeur E. Lang, privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Vienne, administre l'iodure de potassium par la voie sous-cutanée en se servant de la solution ci-dessous formulée :

Iodure de potassium	5 grammes.
Chlorhydrate de codéine	0 gr. 05 à 0 gr. 10 centigr.
Eau distillée	5 grammes.

On injecte chaque jour de 1 à 3 c.c. de ce liquide qu'on a soin de chauffer préalablement pour qu'il n'y subsiste plus de particules non dissoutes. La codéine rend ces injections peu douloureuses, sans entraver la rapidité de l'absorption du médicament.

Dans d'autres cas, notre confrère emploie dans le même but une préparation d'iodoforme qu'il formule ainsi :

Iodoforme	5 grammes.
Vaseline liquide	6 gr. 50 centigr.

On fait, chaque jour ou tous les deux jours seulement, une injection de un demi à un centimètre cube de ce mélange.

Enfin, M. Lang obtient la résorption rapide de certaines infiltrations syphilitiques, notamment des tuméfactions ganglionnaires, en pratiquant à leur voisinage des injections sous-cutanées d'une faible dose ($1/10^e$ de c.c. au maximum) d'iodoforme en suspension à 10 % dans de la vaseline liquide.

Traitement du coryza aigu par les insufflations sozoiodolées après cocaïnisation préalable.

M. le docteur M. Bresgen (de Wiesbaden) a recours contre le coryza aigu à un procédé d'application malheureusement assez délicate, mais dont l'efficacité, d'après notre confrère, serait bien supérieure à celle de tous les autres moyens prônés tour à tour pour combattre cette affection. Cette méthode de traitement consiste à rétablir d'abord temporairement la perméabilité des fosses nasales au moyen de la cocaïne, puis à y insuffler du sozoiodolate de potasse ou de soude.

Pour la cocaïnisation, M. Bresgen se sert d'une fine sonde munie à son extrémité d'un tampon de coton gros comme un petit pois et imbibé d'une solution de cocaïne à 10 %. On promène ce tampon, en s'aidant, bien entendu, du spéculum nasi, d'abord sur l'extrémité antérieure du cornet inférieur jusqu'au méat moyen dans lequel on pénètre même à une profondeur de un demi-centimètre environ, puis sur l'extrémité antérieure du cornet moyen en empiétant un peu sur les parois du méat supérieur et enfin sur le bord libre du cornet moyen jusqu'à son extrémité postérieure. Ceci fait et après avoir retiré le spéculum, on commande au patient de tenir la tête penchée en avant pendant deux minutes, puis on l'invite à souffler fortement par la narine cocaïnisée en bouchant hermétiquement l'autre narine. La fosse nasale étant ainsi complètement désobstruée, on y projette, à travers le spéculum nasi, du sozoiodolate de potasse au moyen d'un insufflateur.

On répète ces cocaïnisations et ces insufflations une ou deux fois dans la journée. Lorsque l'écoulement devient moins abondant et plus épais, ce qui se produit souvent dès le second jour du traitement, on remplace le sozoiodolate de potasse par le sozoiodolate de soude qui conviendrait mieux à ce stade de l'affection. On ne tarderait pas à obtenir ainsi la guérison définitive du coryza.

L'épilation chirurgicale au moyen du sulfhydrate de calcium.

Des essais faits dans le service de M. le docteur Queirel, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Marseille, par son interne, M. A. Raybaud, ont prouvé que le sulfhydrate de calcium est un excellent épilatoire chirurgical.

Le mode d'emploi de ce produit, de consistance pâteuse, est fort simple : on étale sur la région à épiler, au moyen d'une spatule, une couche de sulfhydrate de calcium de 1 millimètre environ d'épaisseur, en ayant soin que cette substance pénètre jusqu'à la peau. Au bout de cinq minutes, il suffit de faire un lavage à l'eau tiède, en frottant légèrement avec un linge ou un tampon de coton, pour que la région devienne entièrement glabre. La repousse des poils s'effectue normalement au bout de quelques jours, sans qu'une épilation définitive soit jamais à craindre.

Ce procédé présente sur l'emploi du rasoir l'avantage de ménager la pudeur de certaines patientes qu'on ne saurait raser que pendant l'anesthésie chloroformique, ce qui prolonge inutilement celle-ci; il permet, en outre, d'éviter les coupures et les dangers d'infection qui en résultent, et, enfin, en décapant fortement la peau il facilite l'asepsie du champ opératoire.

Le sulfhydrate de calcium n'exercerait aucune action caustique ni irritante, même sur la région génitale où les téguments sont particulièrement sensibles. L'unique inconvénient de ce produit est de dégager une odeur assez désagréable, d'ailleurs supportable et qu'il est facile de masquer par l'adjonction d'essences aromatiques.

Doit-on administrer des bains quotidiens aux nouveau-nés ?

M. le docteur Ch. Maurage a consacré sa thèse inaugurale, inspirée par M. le docteur Pinard, professeur de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine de Paris, à l'étude de l'influence exercée par les bains sur l'évolution et la chute du cordon ombilical.

A cet effet, notre confrère a recueilli, à la clinique Baudelocque, les observations de 200 nouveau-nés, dont 100 ont été soumis à la balnéation quotidienne, tandis que les 100 autres n'ont été baignés qu'une seule fois, immédiatement après la naissance. Chez les uns comme chez les autres, le pansement du moignon ombilical a consisté en une petite plaque d'ouate au bi-iodure de mercure, isolant le cordon de la paroi abdominale et replié ensuite par dessus lui.

Dans ces conditions, M. Maurage a constaté, chez les enfants baignés, que la chute du cordon était généralement plus précoce, les accidents infectieux à point de départ funiculaire plus rares et la cicatrisation plus rapide et plus parfaite que chez les nourrissons non baignés.

Ces faits — conformes de tous points aux résultats d'essais analogues qui furent institués à la clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Halle (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 80) — montrent que rien ne justifie cliniquement la prévention de certains accoucheurs à l'égard de la balnéation quotidienne des nouveau-nés, laquelle est, au contraire, recommandable dès le premier jour qui suit la naissance.

La naphtaline contre l'endométrite puerpérale.

D'après M. le docteur B. Kirsner, on se sert avec succès, à la Maternité d'Astrakhan, de la naphtaline dans le traitement des endométrites consécutives à l'accouchement. Voici la technique du procédé décrit par notre confrère :

Après avoir désinfecté la vulve et le vagin, épongé la cavité utérine au moyen de tampons de coton aseptique et badigeonné le col avec de la glycérine phéniquée au tiers, on introduit dans l'utérus une longue lanière de tarlatane iodoformée imbibée de glycérine ichtyolée au huitième et saupoudrée abondamment de naphtaline porphyrisée. Ce tampon doit être assez serré dans le fond de la cavité utérine, plus lâche au niveau de l'orifice interne; on laisse pendre hors du col l'extrémité de la bande et on termine en tamponnant le vagin à la gaze iodoformée. Après cette opération, la malade doit garder le lit; on applique en outre une vessie de glace sur le ventre et on administre de l'ergotine.

Au bout de six à douze heures, on enlève le tampon et, quelques heures plus tard, on constate d'ordinaire la disparition complète de la fièvre et de la fétidité de l'écoulement. Au cas où le succès serait moins rapide, il suffirait de procéder à un nouveau tamponnement à la naphtaline. Ce n'est que rarement, d'après M. Kirsner, qu'on est obligé de répéter plusieurs fois les applications intra-utérines. Ce traitement n'échouerait que quand on l'institue trop tard, alors qu'une infection générale s'est déjà produite.

TRAVAUX ORIGINAUX

Une nouvelle méthode de traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses.

La tuberculose des os et des articulations peut se développer d'une façon aiguë au cours d'une granulie généralisée : elle n'offre alors aucun intérêt pour le chirurgien; mais le plus souvent elle représente une affection chronique, secondaire à la tuberculose d'autres organes, qui sont ordinairement les ganglions lymphatiques chez les enfants et les poumons chez les adultes; elle est, dans ce cas, accessible aux ressources de la thérapeutique chirurgicale.

Le bacille de Koch, au contact des tissus, détermine d'abord une hyperplasie des cellules fixes; puis on voit entrer en scène les cellules épithélioïdes et géantes; enfin, il se produit une immigration de leucocytes qui infiltrent parfois tout le tissu néoformé, réalisant autour de lui une zone inflammatoire. Ces divers éléments pouvant s'organiser en tissu cicatriciel, il y a lieu de considérer tout le processus comme un effort défensif de l'organisme, que la thérapeutique doit chercher à faciliter. Mais l'intervention, pour être efficace, doit viser à la destruction complète du tissu renfermant l'agent pathogène, destruction que l'on peut réaliser soit par l'exérèse large du foyer morbide, soit par la production d'une zone de sclérose qui étouffe les éléments pathologiques.

Quand l'affection tuberculeuse a progressé au point que des communications avec l'extérieur se sont établies, l'opération radicale, comprenant l'extirpation de tout le tissu néoformé, est impossible sans la perte absolue de l'articulation, parce que les fistules sont sinueuses et difficilement accessibles et que la membrane pyogène forme toujours des plis et des recessus dans la profondeur. La méthode de Bier, qui est basée sur la production d'une hyperémie artificielle intense et n'a du reste qu'une valeur relative, n'est applicable avec succès, d'après son auteur lui-même, que dans les cas de tuberculose non ouverte. On ne peut pas davantage, dans l'hypothèse que nous examinons, employer le procédé de Lannelongue, si bons que soient ses résultats habituels, car on ne saurait où ni comment pratiquer les injections de chlorure de zinc.

Cependant il est connu que, même lorsqu'il existe des fistules multiples, une guérison spontanée de la tuberculose ostéo-articulaire est possible. Cette terminaison très rare ne survient guère que chez des enfants placés dans des conditions hygiéniques et diététiques excellentes; l'amélioration de l'état général qui en résulte augmente la résistance du corps; il se fait alors une vive réaction aux environs des foyers morbides, à la suite de laquelle le tissu néoformé qui n'a pas pu s'organiser est éliminé ou encapsulé; les pertes de substance se cicatrisent et les fistules se ferment.

De même, nous réussissons quelquefois, dans les affections tuberculeuses superficielles, même très invétérées et rebelles à tout autre traitement, à obtenir la guérison grâce à une très forte irritation : ainsi, l'on peut voir se cicatriser les granulations consécutives à une lymphadénite tuberculeuse, voire de courtes fistules osseuses, après une cautérisation énergique au nitrate d'argent.

I

M'inspirant de ces données, j'ai pensé que l'on pourrait amener la guérison de l'ostéo-arthrite à la période de fistules en faisant agir sur les masses tuberculeuses un caustique très puissant, susceptible à la fois de détruire la membrane pyogène dans toute son étendue et de produire une inflammation très forte autour des foyers tuberculeux.

L'agent à employer dans ce but devait être capable de déterminer par son contact non seulement la nécrose complète du tissu tuberculeux, mais aussi une réaction intense dans les parties normales voisines; de plus, il était indispensable qu'il fût liquide, pour pénétrer dans les anfractuosités les plus profondes. Mais comme, dans l'ostéo-arthrite, les fistules sont souvent nombreuses et qu'il existe des foyers étendus, on est forcé d'employer une grande quantité de médicament, dont une proportion qu'il est impossible d'apprécier demeure dans les cavités; pour ce motif, il ne suffisait pas que le topique fût énergique, il fallait encore qu'il se montrât inoffensif pour l'organisme, afin qu'on pût en injecter n'importe quelle dose sans crainte d'intoxication. A la vérité, il n'existe pas de corps qui, n'offrant aucun danger pour l'organisme, soit doué de propriétés chimiques telles qu'il puisse provoquer la nécrose et l'inflammation; même les matières dont se composent nos tissus, comme l'eau, ou qui leur sont indispensables, tel l'oxygène, peuvent devenir toxiques dans certaines conditions. Néanmoins, comme ces conditions sont exceptionnelles, on peut admettre, pour les substances en question, une innocuité à peu près absolue; aussi est-ce parmi elles que j'ai cherché le caustique dont j'avais besoin; je me suis arrêté aux sels qui constituent la partie inorganique du sérum sanguin, lequel contient, pour 1,000 parties, 0 gr. 44 de sulfate de soude, 4 gr. 92 de chlorure de sodium, 0 gr. 15 de phosphate de soude, 0 gr. 21 de carbonate de soude, en outre un peu de sulfate de potasse (dont la proportion dans le sérum du sang de bœuf est 0.41 ‰) et de phosphates de chaux et de magnésie. Ces deux derniers composés n'étant pas solubles, il ne reste donc d'utilisables que les sels de sodium et le sulfate de potasse. Leur quantité totale dans le sérum dépasse légèrement 0.6 %, taux de la solution physiologique. J'en ai fait préparer une solution contenant 20 % de sels, selon la formule suivante :

Sulfate de soude........	1 gr. 46 centigr.
Chlorure de sodium	16 — 40 —
Phosphate de soude	0 — 50 —
Carbonate de soude.......	0 — 70 —
Sulfate de potasse........	0 — 94 —
Eau........................	80 grammes.

Cette solution est un liquide clair, transparent, de saveur désagréablement saline et brûlante. Sa réaction est alcaline, ce qui provient du phosphate et surtout du carbonate de soude. Son avantage est qu'elle contient des substances avec lesquelles les tissus de l'organisme vivant sont normalement en contact; aussi aucun accident n'est-il à craindre, d'autant que ces sels, s'ils pénètrent dans le sang, sont éliminés tout de suite (1). Jusqu'à présent, je n'ai jamais rien observé de fâcheux après l'emploi de ce caustique, quoique j'aie élevé quelquefois le titre de la solution à 25 %.

II

Voici comment je procède pour l'application de la méthode :

Je nettoie légèrement les fistules à l'extérieur et j'enduis les parties environnantes de la peau avec de la vaseline boriquée, pour les protéger contre l'action du topique; j'examine alors très prudemment la profondeur et la direction de l'une des fistules au moyen d'un stylet boutonné. Ensuite, je remplis avec le caustique une seringue de Pravaz d'une capacité de 1 à 10 c.c, et je mets, au lieu de l'aiguille, une canule suffisamment longue et à extrémité mousse, que j'introduis dans la profondeur jusqu'à ce que je perçoive une certaine résistance; je retire alors légèrement la canule, afin que son ouverture ne soit pas obstruée, et je pousse l'injection. Le liquide s'accumule d'abord dans l'intérieur du trajet, puis il revient à l'extérieur. De cette manière, la membrane pyogène qui tapisse la poche est cautérisée très énergiquement et également dans toute son étendue. Après évacuation, je remplis de nouveau la seringue en laissant la canule en place. Je bourre alors très soigneusement avec de l'ouate l'ouverture de la fistule autour de la canule et je pousse l'injection avec une grande force. Quand il y a plusieurs fistules, il arrive presque toujours que le caustique ressorte par une autre ouverture que celle par laquelle on l'a fait pénétrer. J'exécute ce lavage jusqu'à ce que le liquide revienne complètement limpide et légèrement teinté de rouge : c'est l'indice que la membrane pyogène est fortement cautérisée et qu'il se produit déjà une hémorrhagie capillaire.

J'introduis alors la canule dans une seconde fistule communiquant avec la première et j'exécute une injection en sens opposé en suivant les mêmes règles. J'examine les fistules avec le stylet seulement quand c'est absolument nécessaire; le plus souvent, il suffit de placer la canule et, si elle ne pénètre pas sans difficulté dans la profondeur, de bourrer l'ouverture du trajet et de chasser le liquide, qui s'ouvre lui-même la voie. Après avoir ainsi cautérisé toutes les fistules en divers sens, je complète ma méthode par l'adjonction d'un traitement antiseptique, en injectant dans les trajets une solution d'éther iodoformé à 10 %; mais pour cela je me sers d'une petite seringue et je n'obture jamais l'entrée des fistules. L'éther, au contact des tissus, s'évapore immédiatement, tandis que l'iodoforme reste sur la membrane cautérisée sous forme d'une poudre très fine. Si, outre les trajets profonds, il en existe de très superficiels, il suffit d'ordinaire de toucher énergiquement ces derniers au crayon de nitrate d'argent. L'injection terminée, j'applique sur l'extrémité malade une compresse de Priessnitz et je maintiens le patient au lit.

III

Après l'opération, le malade ressent des douleurs brûlantes, mais supportables, et bientôt de la sérosité commence à s'écouler par les fistules. Si celles-ci pénètrent profondément dans les parties molles, comme c'est le cas à la hanche ou à l'épaule, cet écoulement peut persister plusieurs jours. En même temps, on voit survenir, aux environs de l'articulation atteinte, un gonflement considérable, et quelquefois même de la sensibilité à la pression, comme au cours d'une inflammation aiguë; mais tous ces phénomènes sont de courte durée et supportés très facilement par le patient. Pendant tout ce temps, le sujet doit maintenir l'extrémité malade dans le repos le plus absolu et suivre un traitement antiphlogistique consistant dans l'application de compresses humides, jusqu'à ce que tous les symptômes de l'inflammation aient disparu. Peu à peu, la sécrétion des fistules diminue et devient même parfois insignifiante, mais ce signe, quoique favorable, n'a pas une grande importance. Le premier indice certain que l'affection s'est améliorée est l'amoindrissement de volume et le durcissement considérable de la région. Cela prouve qu'il s'est formé du tissu cicatriciel en abondance autour des foyers tuberculeux, et que ceux-ci n'envahissent plus les parties environnantes. Dans ces conditions, on peut espérer que la cicatrisation surviendra au bout de quelques semaines, ou de quelques mois au plus.

Sauf dans les cas où les fistules sont peu profondes et les lésions des os peu prononcées, on ne doit pas compter sur la guérison complète après une seule injection; mais presque toujours on constate, dès lors, l'arrêt du processus tuberculeux. Quand l'état reste quelque temps stationnaire, je répète la cautérisation en suivant les règles précédentes, à cela près que je n'examine plus du tout le trajet avec la sonde, mais qu'après avoir introduit directement la canule, je bourre au besoin l'ouverture autour d'elle et je fais pénétrer le liquide. L'intervalle que je laisse écouler entre deux injections successives varie entre quatre et dix semaines.

(1) Möller. Lehrbuch der Arzneimittellehre. Vienne, 1893, p. 325.

Le résultat le plus favorable dans bien des cas étant l'ankylose, je tâche toujours de placer, au cours du traitement, l'articulation malade dans la meilleure position, c'est-à-dire en extension ou en très légère flexion pour le genou, en flexion à angle droit pour le coude et le pied. D'ailleurs, aussitôt que les symptômes d'inflammation aiguë ont disparu, je conseille au patient de séjourner à l'air libre et je lui rappelle toutes les règles hygiéniques et diététiques de circonstance. Pour empêcher l'atrophie consécutive à l'immobilisation, je fais pratiquer tous les jours le massage de l'extrémité malade et j'autorise, en outre, quelques petits mouvements du membre atteint. Cette précaution est de la plus haute importance chez les enfants, parce que chez eux l'atrophie due à l'inertie est quelquefois plus considérable que celle que cause la maladie elle-même; ainsi, dans un cas de Dollinger, après une coxalgie traitée pendant longtemps par des bandages, le raccourcissement de la jambe était le double de celui de la cuisse, qui était cependant le siège unique de la maladie.

IV

L'avantage de la méthode que je viens de décrire est qu'elle est très simple, d'exécution facile, et qu'elle permet, sans dommage pour les parties normales, de détruire la membrane pyogène tant dans la profondeur que dans les plis et recessus cachés que nous ne pouvons atteindre avec nos instruments. L'injection ne détermine aucune plaie, fait très important pour les tuberculeux, car chez eux une lésion du tissu aux environs des foyers morbides contribue souvent à propager la maladie dans des parties jusqu'alors intactes. Elle ne provoque pas d'hémorrhagie, ce qui est aussi d'un grand intérêt, car ces sujets sont en même temps des anémiques chez lesquels une perte de sang, même minime, peut avoir des conséquences fâcheuses. Au contraire, après les opérations sanglantes il subsiste toujours des plaies profondes, difficiles à soigner; il se produit, en outre, de nombreux caillots qui se décomposent au voisinage des plaies ouvertes et exercent quelquefois une action défavorable sur l'organisme, en même temps qu'ils constituent un excellent milieu de culture pour diverses bactéries saprophytes, peut-être même pour le bacille de la tuberculose (1); par contre, après la cautérisation le tissu pathologique est tellement imbibé par les divers sels qu'on ne saurait admettre que des microbes y puissent vivre; d'autant que le chlorure de sodium, élément essentiel du liquide caustique, est déjà un antiseptique sûr en solution beaucoup moins concentrée. D'autre part, le procédé que je préconise n'offre aucun danger, car les tissus normaux montrent une très grande résistance à l'action de la solution salée; de plus, l'injection n'arrive pas au contact de gros vaisseaux sanguins; et si, néanmoins, un peu de caustique passe dans le sang, les sels ne peuvent pas causer d'intoxication, ce qui permet de répéter l'opération aussi souvent que c'est nécessaire. Cette méthode n'entrave nullement les processus naturels de guérison, à l'inverse de l'opération sanglante et surtout de l'ignipuncture, qui détruisent tout le tissu néoformé, même celui qui serait capable de s'organiser et de limiter la marche envahissante des lésions. Enfin, le procédé en question est facilement accepté par les malades, tandis que la crainte de l'opération est souvent la cause d'atermoiements qui permettent à la maladie de progresser et de devenir très grave; pour le praticien, il présente l'avantage de n'exiger ni aides, ni anesthésie.

V

La cautérisation est indiquée dans les cas d'ostéo-arthrite ou d'ostéite tuberculeuses compliquées de fistules, surtout quand il n'existe pas de séquestres. On peut l'utiliser pour les articulations placées dans une grande profondeur; et dans bien des cas de coxalgie, affection pour laquelle l'opération sanglante est à peu près complètement délaissée, elle constitue presque l'unique moyen de traitement. On peut s'en servir même pour les abcès chroniques; mais alors il faut pratiquer d'abord l'évacuation du pus; on lave ensuite la cavité avec le caustique et on en abandonne une petite quantité à l'intérieur; l'effet est assez souvent une inflammation d'abord séreuse, puis adhésive, suivie de cicatrisation et de guérison complète.

Le succès de la cautérisation dépend essentiellement de la force réactionnelle de l'organisme, dont l'expression est l'intensité et l'efficacité de l'inflammation. Celle-ci se montre très différente chez un homme normal et robuste et chez un sujet affaibli. Aussi faut-il, pour obtenir de bons résultats, que le malade se trouve dans les conditions hygiéniques les plus favorables. C'est pour cela que le pronostic est meilleur pour les lésions de l'extrémité supérieure que pour celles de l'extrémité inférieure : en effet, le patient atteint de tuberculose de la main peut observer les règles hygiéniques beaucoup plus exactement qu'un sujet atteint de tuberculose du pied, qui est le plus souvent condamné à garder le lit. D'ailleurs, *ceteris paribus*, le pronostic est toujours plus bénin pour les individus jeunes, chez lesquels on sait qu'une guérison spontanée, sans aucune intervention, est même possible. La présence de séquestres est une condition fâcheuse, car, bien que des fragments osseux aseptiques puissent s'enkyster, on doit cependant reconnaître qu'ils retardent toujours la guérison. Ce point est d'une très grande importance, étant donné qu'il existe des séquestres dans plus de la moitié des faits d'ostéo-arthrite tuberculeuse (1). Mais, heureusement, dans beaucoup de cas d'ostéite tuberculeuse, et surtout dans la coxalgie, les séquestres sont si petits que la sérosité qui s'écoule des fistules après l'injection caustique les expulse d'elle-même.

Quant aux résultats, j'ai obtenu la guérison complète de lésions du coude et du pied, même chez des sujets âgés de dix-huit ans et qui semblaient condamnés à l'amputation. Mais il faut dire que dans ces cas compliqués le traitement doit être poursuivi très longtemps : pour certains, il dura plus d'un an. Dans un fait de tuberculose de l'humérus chez un homme qui avait présenté des caries multiples, un séquestre de trois centimètres de long sur un demi-centimètre de large fut éliminé le troisième jour après une injection caustique pratiquée très énergiquement; la guérison complète s'effectua trois mois après cette unique cautérisation et se maintient depuis six mois. En général, on peut espérer un succès complet alors même que l'on constate tous les signes d'un os dénudé. Aussi me semble-t-il toujours indiqué, dans les cas douteux, de commencer par la cautérisation et d'attendre que l'état général se soit amélioré pour en arriver, si c'est nécessaire, à une opération sanglante, qui est alors beaucoup mieux supportée.

VI

Il serait intéressant de déterminer le mode d'action de ce procédé. J'ai pu l'étudier chez un malade qui était atteint d'une périostite aiguë du maxillaire inférieur; après incision et évacuation du pus, il était resté une petite fistule qui donnait issue à un liquide séro-purulent, ce qui me détermina à pratiquer une injection de solution saline à 12 %; peu après survinrent les signes d'une violente inflammation, avec œdème de la joue et écoulement abondant, par la fistule, d'un liquide séreux limpide. L'étude de ce cas me porta à admettre que les phénomènes se déroulent dans l'ordre suivant, après l'injection de solution saline concentrée : les bacilles contenus dans les couches superficielles de granulations sont détruits directement par le caustique; simultanément, il se produit une très forte irritation des tissus normaux environnant le foyer, irritation qui se traduit tout d'abord par une abondante exsudation, laquelle, de son côté, tue les bacilles ayant déjà pénétré dans les parties voisines encore saines en apparence; enfin, cette inflammation détermine plus tard le remplissage des pertes de substance dues au processus morbide et la cicatrisation de leurs parois.

Ces considérations permettent d'envisager que la méthode en question n'exerce nullement une action spécifique sur les lésions tuberculeuses, son principe étant, outre la destruction directe du tissu tuberculeux, la mise en œuvre de la force réactionnelle latente de l'organisme. Aussi serait-elle sans doute applicable à d'autres affections locales qui entraînent des pertes de substance à cicatrisation lente ou nulle par suite de l'atonie des tissus atteints. Néanmoins, comme nous disposons, contre ces lésions, d'autres moyens à action plus rapide, le procédé que j'ai décrit me paraît devoir être réservé au traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses, dont il amène la guérison chez nombre de malades qui, sans lui, seraient fatalement voués à l'amputation ou à la mutilation.

Dr C. TRUNECEK (de Prague).

(1) HANSEMANN. Des infections tuberculeuses secondaires. (*Semaine Médicale*, 1898, p. 94.)

(1) RIEDEL. Sequester bei Tuberkulose der grossen Gelenke. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 18 et 25 fév. 1893, et *Semaine Médicale*, 1893, p. 116.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juillet 1900.

Traitement des anévrysmes par la gélatine en injections sous-cutanées.

M. Lancereaux, — Les preuves cliniques et expérimentales que j'ai fournies ici à différentes reprises de l'efficacité des injections sous-cutanées de gélatine dans le traitement des anévrysmes de l'aorte n'ayant pas encore suffi pour entraîner une conviction générale, je vous apporte aujourd'hui, en mon nom et au nom de M. Paulesco, la preuve anatomique des bons résultats que l'on obtient au moyen de ce mode de traitement.

Un de mes malades, le premier auquel fut appliqué cette méthode thérapeutique, est entré de nouveau dans mon service au mois de novembre 1898 avec des symptômes de grippe légère, qui se dissipèrent au bout de deux ou trois jours.

Ce malade, complètement remis, était sur le point de quitter l'hôpital, lorsque le 5 décembre au matin on le trouva mort dans son lit. La mort subite, par syncope, est, comme on le sait, fréquente dans les affections de l'aorte et le traitement par la gélatine ne peut la prévenir, car il s'adresse uniquement au contenu de la poche anévrysmale. D'ailleurs, aucune injection gélatinée n'avait été pratiquée depuis plus de deux mois.

L'examen anatomique qui fut fait le lendemain du décès permit de constater l'intégrité des viscères thoraciques et abdominaux.

Il n'y avait pas d'artériosclérose généralisée; seule, l'aorte présentait les lésions caractéristiques de l'aortite paludique ou aortite en plaques, altérations localisées au niveau de sa portion intra-thoracique, tandis que la partie abdominale de ce vaisseau était à peu près intacte.

Comme vous pouvez le voir sur cette pièce, la paroi antérieure de l'aorte ascendante présente, à 3 centimètres au-dessus des valvules sigmoïdes, une ouverture à peu près circulaire, mesurant 3 centim. 5 de diamètre. Par cette ouverture, l'aorte communique avec une énorme poche, du volume de la tête d'un enfant, qui a érodé la paroi sternocostale et est venue faire saillie sous la peau.

Cette poche, ainsi constituée de deux parties, l'une intrathoracique, l'autre sous cutanée, est entièrement remplie de caillots anciens très fermes, s'opposant d'une façon absolue à la pénétration du sang.

Or, cet homme, avant d'être traité par les injections de gélatine, avait été soumis pendant plusieurs mois au repos absolu combiné avec la diète, les saignées répétées et l'administration d'iodure de potassium à hautes doses. Malgré ce traitement, la poche anévrysmale avait continué à augmenter de volume à tel point qu'elle menaçait de perforer la peau très amincie à ce niveau.

C'est alors que fut pratiquée la première injection de gélatine, et dès le lendemain il fut possible de constater que la tumeur était manifestement plus ferme et que ses battements étaient plus éloignés. A la suite de nouvelles injections, la poche diminua de volume et les douleurs cessèrent complètement.

Le malade put alors reprendre ses occupations, se fatiguer et même commettre des imprudences; néanmoins la guérison se maintint pendant toute une année. Deux rechutes étant survenues par le fait de la production de petites poches adjacentes à la première, il suffit de quelques injections de gélatine pour amener la formation de caillots, comme le démontre l'examen de la pièce : on y voit en effet, à la partie inférieure de la poche principale, une petite cavité comblée par des caillots récents.

De ces faits résultent plusieurs enseignements : le premier, c'est que le séjour au lit ne suffit pas, ainsi que l'a prétendu récemment M. Litten (de Berlin) (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 84) pour amener la disparition des anévrysmes de l'aorte; le second, c'est que la guérison définitive d'un anévrysme par oblitération totale du sac ne s'obtient qu'à la suite d'un nombre d'injections de gélatine variable suivant les cas, mais que l'on peut évaluer approximativement à 25 ou 30 au minimum.

Sur un kyste hydatique de l'utérus traité par incision et marsupialisation de la poche après laparotomie.

M. Barette (de Caen) communique l'observation d'une femme de vingt et un ans qui, à la suite d'une chute, vit en peu de temps son ventre augmenter de volume et devenir très douloureux. L'examen de l'abdomen permit de constater l'existence d'une tumeur régulièrement ovoïde, lisse et rénitente, remontant au-dessus de l'ombilic. En présence du rapide accroissement de cette tumeur et de l'état fébrile grave de la malade, une opération fut décidée.

Après section de la paroi abdominale, la tumeur se présenta sous l'aspect d'une surface rouge, lisse, offrant tous les caractères du tissu utérin. On pratiqua alors, au niveau de cette tumeur, une incision d'où il s'échappa un flot de liquide jaunâtre contenant des masses ovoïdes, flasques, ayant l'apparence de grains de raisin à moitié vides. On recueillit 3 litres 1/2 environ de ces masses vésiculaires et du liquide dans lequel elles nageaient. La dissection de la paroi n'ayant pu être effectuée en raison des adhérences très intimes qui l'unissaient au tissu utérin, on appliqua une série de points de suture en couronne pour réunir solidement l'incision de la poche avec celle de la paroi abdominale. La cavité kystique fut ensuite soigneusement nettoyée et tamponnée, après qu'on y eût placé quatre drains.

Les suites de cette intervention furent très bonnes. La poche se rétracta peu à peu et on vit se détacher par lambeaux la membrane qui la tapissait. Les drains furent enlevés au bout de dix-huit jours et la cicatrisation de la plaie était complète deux mois après.

L'examen du contenu de la tumeur montra, outre les nombreuses vésicules-filles flétries, un certain nombre de crochets baignant dans le liquide évacué de la poche. Il s'agissait donc bien d'un kyste hydatique limité à l'utérus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 juillet 1900.

De la maladie kystique des mamelles.

M. Reclus. — M. Quénu nous a montré, au cours de notre dernière séance, une malade qu'il a opérée, par un procédé conservateur, il est vrai, pour une maladie kystique de la mamelle. Pour ma part, je reste abstentionniste en face de cette affection, à moins que je n'aie un doute sur le diagnostic; dans ce cas, je fais une incision exploratrice, suivie de l'ablation si je reconnais qu'il s'agit d'une néoplasie suspecte.

M. Quénu. — Je ne suis évidemment pas partisan des opérations radicales dirigées contre la maladie kystique et je me suis jadis élevé contre les conclusions de MM. Brissaud et Reclus relativement à la nature de cette affection; aussi la malade que je vous ai présenté a-t-elle été opérée au moyen d'une méthode essentiellement conservatrice.

M. Delbet. — J'estime que la maladie kystique de la mamelle, étant d'origine inflammatoire, ne doit pas être traitée par l'extirpation, sauf lorsque la tumeur prend un développement rapide et produit une déformation considérable.

M. Tuffier. — Il convient de faire quelques réserves au sujet de cette affection, car sa dégénérescence cancéreuse est toujours possible.

M. Walther. — En principe, on ne doit pas toucher à la maladie kystique; il est cependant des cas où la douleur constitue une indication opératoire.

M. Nélaton. — J'ai pendant quelque temps refusé d'intervenir chez les patientes atteintes de la maladie en question, et la plupart ont dû être opérées plus tard. Je crois donc qu'il ne faut pas se hâter de déclarer cette affection bénigne.

M. Segond. — Je puis vous citer le cas d'une femme qui a été soignée sans intervention pendant quinze ans pour une maladie kystique du sein, et que j'ai opérée récemment à cause d'un carcinome indiscutable. Chez une autre patiente, atteinte d'une maladie kystique déformante, j'ai pratiqué l'ablation; mais l'affection a récidivé, donnant de nouveau naissance à un grand nombre de petits kystes que j'ai ponctionnés avec la seringue de Pravaz; la guérison se maintient depuis cinq ans.

De l'asepsie opératoire.

M. Lejars. — Je crois en toute conscience que l'on peut, comme chirurgien d'hôpital, faire de la chirurgie abdominale tout en soignant des malades infectés; mais il est bon de mettre des gants pour les opérations septiques, si l'on ne veut pas en porter pendant les interventions aseptiques. Depuis deux ans que j'ai recours à cette pratique, il ne me semble pas douteux que mes malades guérissent dans des conditions meilleures qu'autrefois.

Néanmoins, je pense qu'on peut continuer à faire de la chirurgie sans se masquer ni se ganter, à la condition de prendre un soin extrême pour réaliser la désinfection des mains.

M. Reclus. — Dans les expériences très intéressantes qui nous ont été communiquées récemment par MM. Bazy et Delbet (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 176 et 197), on ne nous a pas dit quelle a été la durée du contact de la main avec les matières septiques, ni quel laps de temps s'est écoulé entre l'infection et la désinfection. Ce dernier point a une grande importance, car je suis convaincu que la désinfection a d'autant plus de chances d'être efficace qu'elle est pratiquée plus tôt.

M. Guinard. — Pour les opérations septiques, je suis devenu un adepte fervent de l'emploi des gants imperméables, les gants de fil me paraissant définitivement condamnés. Mais il est des cas dans lesquels les doigts gantés ne donnent pas des sensations tactiles assez précises; il faut alors se contenter de recourir aux lavages répétés au cours de l'opération.

M. Terrier a beaucoup insisté sur la nécessité pour le chirurgien de séparer complètement ses aides en aides septiques et aides aseptiques; au point de vue théorique, cette distinction est parfaite; mais, en pratique, elle me paraît irréalisable, vu le nombre insuffisant d'aides dont nous disposons.

M. Terrier. — Cette façon de faire ne m'est pas spéciale; il y a plus de dix ans que certains chirurgiens étrangers l'ont adoptée.

Depuis le commencement de cette discussion, j'ai supprimé l'usage de tout antiseptique, et je ne me lave plus les mains que dans du sérum stérilisé.

M. Poirier. — Pour les explorations vaginale, rectale ou buccale, je n'emploie jamais de vaseline et me sers exclusivement de mousse de savon dont j'use abondamment pendant toute la durée de ma visite à l'hôpital.

Nouveau procédé d'extirpation des hémorrhoïdes.

M. Potherat. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un travail de M. Dupraz (de Genève) concernant le traitement des hémorrhoïdes. Pour remédier aux inconvénients de la méthode de Whitehead, notre confrère unit la muqueuse décollée à la peau par quatre points de suture opposés deux à deux; puis il sectionne la muqueuse et prend chacun des lambeaux intermédiaires aux quatre premières sutures entre deux tubes de Girard (de Berne), destinés à obtenir un accolement parfait des parties. Pour tout le reste de l'opération, il suit d'ailleurs la méthode de Whitehead. Les tubes sont enlevés au bout de huit jours, et la cicatrisation est complète à ce moment. M. Dupraz a appliqué ce procédé dans 3 cas, et il a obtenu chez les 3 malades un résultat excellent.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 juillet 1900.

Perméabilité pleurale au salicylate de soude.

M. Widal. — Au cours de recherches entreprises sur la formule histologique des épanchements séro-fibrineux de la plèvre, nous avons été amenés, M. Ravaut et moi, à étudier la perméabilité pleurale chez un certain nombre de pleurétiques. Ce procédé d'exploration a été préconisé, il y a quelques mois, par MM. Ramond et Tourlet et par M. Castaigne.

Nous avons fait usage de salicylate de soude injecté à la dose de 0 gr. 30 centigr., sous la peau d'abord et dans la plèvre ensuite. L'acide salicylique a l'avantage, comme nous l'avons déjà indiqué, de s'éliminer par les urines d'une façon plus rapide que le bleu de méthylène ou l'iodure de potassium. A l'état normal, l'élimination se fait par les reins en moyenne en quinze heures, quelquefois en dix-huit ou vingt heures. La quantité totale excrétée oscille d'ordinaire entre 0 gr. 17 et 0 gr. 20 centigr. Le maximum d'élimination a lieu dans les six premières heures.

Les deux injections d'épreuve (sous-cutanée et intrapleurale) peuvent donc être faites à très peu d'intervalle; le salicylate éliminé est dosé avec grande précision, à 0 gr. 001 milligramme près, grâce à un procédé relativement simple dû à notre interne en pharmacie, M. Despré.

La perméabilité pleurale étudiée de la sorte dans 5 cas de pleurésie sérofibrineuse nous a fourni les résultats suivants :

Dans un cas de pleurésie tuberculeuse primitive, la perméabilité pleurale était diminuée; dans un cas de pleurésie pneumonique, elle était altérée dans sa durée, mais non dans la quantité de salicylate éliminé; dans trois cas de pleurésie mécanique d'origine cardiaque ou brightique, deux fois la perméabilité était normale, voire même légèrement augmentée, tandis que chez le troisième malade elle était diminuée.

M. Castaigne. — J'ai étudié depuis quelque temps la perméabilité pleurale, non plus de dedans en dehors, mais de dehors en dedans, en pratiquant l'examen du liquide pleural après une injection sous-cutanée de salicylate de soude.

Sur 12 pleurétiques que j'ai soumis à ces investigations, j'ai pu constater chez 7 la présence d'acide salicylique dans le liquide retiré de la plèvre, tandis que les 5 autres n'ont présenté aucune trace de ce passage.

L'examen cryoscopique de l'épanchement pleurétique des mêmes malades m'a montré que les points de congélation de ce liquide et du sérum étaient sensiblement identiques chez les sujets dont la perméabilité pleurale (de dehors en dedans) avait disparu, et qu'ils étaient au contraire légèrement différents chez les patients qui avaient conservé cette perméabilité.

En comparant ces résultats expérimentaux avec les phénomènes cliniques, j'ai constaté que la conservation de la perméabilité pleurale correspond aux pleurésies en voie d'évolution, et sa disparition aux pleurésies arrivées à la période d'état; d'où cette conclusion pratique qu'avant de faire la thoracentèse on doit attendre le moment où, après injection hypodermique de salicylate de soude, on ne trouve plus d'acide salicylique dans le liquide retiré de la plèvre.

Sur un cas de syringomyélie avec autopsie.

M. Rendu communique l'observation d'un homme de quarante-sept ans, ancien tuberculeux, qui fut pris au mois de juin de l'année dernière, au niveau du bras gauche, d'une douleur assez vive pour l'obliger à interrompre son travail. Cette douleur persista pendant tout l'été et fut suivie, au mois de décembre, de l'apparition de deux panaris absolument indolores, l'un au niveau du pouce, l'autre sur le médius de la main gauche. A la même époque, le malade remarqua que ses jambes étaient plus faibles et que son bras droit, jusque-là indemne, devenait également impotent. Il se décida alors à entrer à l'hôpital où on constata qu'il existait, outre les symptômes précédents, une dissociation syringomyélique de la sensibilité, une abolition des réflexes tendineux, des troubles vasomoteurs (œdème et cyanose des extrémités pendant la station debout), etc.

Dans le courant de l'hiver, le patient contracta une grippe qui revêtit bientôt les allures d'un catarrhe suffocant et à laquelle il succomba.

L'autopsie confirma le diagnostic de syringomyélie porté pendant la vie : le canal épendymaire, depuis le bulbe jusqu'au renflement lombaire, était dilaté et rempli d'une substance grisâtre, gélatiniforme. L'examen histologique de la moelle révéla en outre l'existence d'une prolifération de la névroglie avec atrophie des cellules des cornes postérieures; il y avait peu de lésions vasculaires, pourtant quelques vaisseaux étaient thrombosés.

M. Joffroy. — Ce fait constitue une nouvelle preuve de l'indépendance de la syringomyélie et de la pachyméningite, car il n'existait sur aucun point d'épaississement des méninges. Il n'en est pas toujours ainsi; les deux lésions peuvent coexister, mais il n'est pas facile en pareil cas de savoir quelle est la première en date.

Ictère acholurique.

M. Merklen. — J'observe actuellement avec M. Janot une malade atteinte du syndrome décrit par M. Hayem sous le nom d'ictère sans pigments biliaires dans les urines et par MM. Gilbert et L. Fournier sous celui d'ictère acholurique. Agée de cinquante-trois ans, neurasthénique depuis plus de vingt-cinq ans, cette femme est atteinte d'une dyspepsie rebelle avec douleurs épigastriques et vomissements, datant de dix mois; il y a deux ou trois mois, elle s'est mise à jaunir et à maigrir. La peau de la face, des mains, de la plante des pieds et de la partie antérieure des jambes présentait hier encore une teinte chamois rappelant bien plus la xanthodermie que la coloration ictérique. Cette pseudoxanthodermie s'est atténuée, mais elle est encore appréciable.

Observée pendant plusieurs semaines, la malade n'a jamais eu d'ictère des conjonctives ni d'ictère urinaire : par contre, l'examen du sérum sanguin a permis d'y constater la réaction de Gmelin et les caractères spectroscopiques des pigments biliaires. Il s'agit donc bien d'ictère, mais d'un ictère atténué avec une quantité trop minime de pigments dans le sang pour que ces pigments puissent passer à travers le filtre rénal. Le rein, exploré par le procédé de M. Achard, s'est montré perméable, bien que les urines aient une densité faible (1,013) et ne renferment que 15 grammes d'urée pour les vingt-quatre heures.

Cette observation est conforme au type clinique fixé par M. Hayem, et il est rationnel d'admettre chez notre patiente, comme dans les cas que notre collègue a rapportés, une légère infection secondaire des voies biliaires.

Cette forme si particulière d'ictère acholurique est habituellement persistante, quoique sujette à variations. La thérapeutique ne paraît avoir sur elle que peu d'influence. Toutefois, une amélioration manifeste s'est produite au bout de dix jours chez notre malade, grâce à l'emploi du sulfate de soude à la dose de 5 grammes chaque matin, ce qui a eu pour effet de régulariser les garde-robes : le régime du lait et des œufs, employé seul tout d'abord, n'avait produit aucun résultat.

Dermo-phosphato-fibromatose nodulaire généralisée avec pigmentation de la peau.

M. Dufour. — Je vous présente, au nom de M. Rénon et au mien, un homme âgé de vingt-sept ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, qui, après une série de crises douloureuses analogues à des poussées rhumatismales subaiguës, vit apparaître il y a trois ans, au niveau du pli du coude gauche, une nodosité sous-cutanée dure, à peine sensible. Puis des tumeurs identiques apparurent en grand nombre sur la racine des bras, le pli du coude, les fesses, les hanches et les cuisses.

Plusieurs examens histologiques et chimiques ont montré que ces nodules sont constitués par du phosphate de chaux tribasique et par du tissu fibreux.

On constate en outre, chez ce malade, une atrophie musculaire surtout marquée à la racine des membres, et des taches pigmentaires au niveau du front, de la nuque, des régions rétro-auriculaires, etc. Enfin, la peau du scrotum est parsemée de petites tuméfactions liées à un état dystrophique des glandes sébacées.

L'examen des autres organes ne révèle rien de particulier.

En raison de la généralisation des nodosités, de la pigmentation de certaines régions de la peau et de la déchéance physique du sujet, nous croyons que l'affection que présente cet homme mérite d'être rapprochée du syndrome de Recklinghausen. Seule la constitution des nodules est très particulière, mais on sait que dans la maladie de Recklinghausen la texture des tumeurs peut offrir d'assez grandes variations.

M. Du Castel fait remarquer que les nodosités de la maladie de Recklinghausen sont des productions fibreuses qui n'aboutissent jamais à la calcification, et que, d'autre part, les pigmentations cutanées du malade de M. Dufour sont également très différentes des nævi pigmentaires qu'on observe dans la maladie de Recklinghausen : il ne croit donc pas qu'il y ait lieu d'établir un rapprochement entre cette dernière affection et les accidents présentés par le sujet en question.

Déplacement pathologique du médiastin pendant l'inspiration, étudié au moyen des rayons de Röntgen.

M. Béclère. — J'ai pu étudier par la radioscopie, chez trois malades atteints l'un de tuberculose pulmonaire et les deux autres de bronchite fétide, le curieux phénomène signalé par M. Holzknecht (de Vienne) : à chaque inspiration l'ombre du médiastin se porte à gauche, pour reprendre à l'expiration suivante sa position primitive en se confondant avec l'ombre de la colonne vertébrale et du sternum.

A mon avis, le déplacement du médiastin pendant l'inspiration est presque toujours un signe de sclérose pulmonaire unilatérale. Cette lésion peut être affirmée quand le déplacement en question persiste sans aucun changement alors que le thorax est immobilisé en inspiration forcée, surtout si l'on observe en même temps des variations à peine sensibles du diamètre transversal de l'image pulmonaire du côté malade, aux deux temps de la respiration.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 juillet 1900.

Evolution de la névroglie à l'état normal et à l'état pathologique.

M. Marinesco (de Bucharest). — Quand on examine la moelle d'un fœtus de cinq mois, on trouve dans la substance blanche un grand nombre de noyaux granuleux à nucléole apparent, entourés d'une mince couche de protoplasma.

Chez le fœtus de sept mois, dont le faisceau pyramidal n'est pas encore développé, on constate que dans l'aire de ce faisceau il y a très peu de cellules névrogliques. Ces cellules sont, au contraire, nombreuses dans le reste de la préparation.

A la naissance, les noyaux de la névroglie sont moins denses que pendant la vie intra-utérine; par contre, les fibrilles névrogliques sont beaucoup plus abondantes et constituent une espèce de feutrage épais dans la substance grise antérieure et un réseau assez régulier autour des fibres nerveuses. La méthode de Weigert montre que ces fibrilles n'affectent pas des rapports de continuité avec les éléments cellulaires.

Chez l'adulte, les noyaux sont souvent situés au niveau de l'entre-croisement des fibrilles, et on a considéré longtemps ces dernières comme de vrais prolongements cellulaires; mais il n'y a là qu'une simple apparence. On peut dire que les cellules névrogliques sont en état de sommeil chez l'adulte; mais si une cause quelconque vient déranger l'équilibre nutritif du tissu nerveux et de la névroglie, diminuant ainsi l'activité du premier, les cellules névrogliques sortent de leur état de torpeur formative : leur protoplasma peu apparent jusque-là s'accroît, le volume du nucléole augmente, de sorte que la cellule, qui était presque réduite à son noyau, se développe, se multiplie et peut même atteindre des proportions considérables dans le cas de dégénérescence rapide et progressive des centres nerveux. C'est aux dépens du protoplasma cellulaire ainsi modifié que se forme la substance fibrillaire, et il est facile de voir dans ce protoplasma, sur des coupes convenables, un grand nombre de points qui ne sont autre chose que la section transversale des fibrilles névrogliques de nouvelle formation. A mesure que ces fibrilles s'accroissent, elles s'émancipent du corps cellulaire et deviennent indépendantes. Quand le protoplasma a rempli sa tâche de producteur de fibrilles, il se réduit en grande partie, le volume de la cellule diminue, le noyau se rétracte, devient plus foncé, et l'élément reprend en général l'aspect qu'il a normalement sur les préparations traitées par la méthode de Weigert.

Au point de vue de l'évolution de la névroglie dans les processus pathologiques, il y a lieu de distinguer deux phases : 1° la phase de dégénérescence des cellules et des fibres nerveuses, pendant laquelle se produit la réaction des cellules névrogliques dont il vient d'être question (tuméfaction du corps cellulaire, augmentation du protoplasma et multiplication des cellules); 2° une phase de sclérose coïncidant avec la formation des fibrilles névrogliques, lesquelles sont excessivement nombreuses et très denses dans les vieilles scléroses alors que les cellules névrogliques y font complètement défaut.

De l'indicanurie physiologique et expérimentale chez l'homme sain.

MM. Gilbert et Weil. — Désireux de déterminer le rôle du foie dans certaines indicanuries, nous avons repris l'étude de ce symptôme chez l'homme sain et nous avons tenté de le reproduire expérimentalement.

Grâce à une technique spéciale, nous avons pu constater, chez 6 adultes sains sur 10 que nous avons examinés, la présence de l'indican à l'état de traces, soit seulement dans les urines digestives, soit dans les divers échantillons d'urine recueillis toutes les deux heures, mais toujours alors avec un maximum dans les urines émises pendant la digestion.

Expérimentalement, nous avons obtenu une indicanurie marquée en administrant des pilules de 0 gr. 005 milligr. d'indol cristallisé. Cette indicanurie, très intense, apparaît en une heure, atteint son maximum au bout de deux à quatre heures, et disparaît de façon insensible après six ou dix heures.

L'ingestion simultanée d'indol et d'extrait de foie de porc, ou d'indol et de sirop de sucre à la dose de 150 grammes, n'a pas donné lieu à une élimination différente en qualité ou en quantité de celle qui succède à l'administration de l'indol seul.

Influence des dialyses ou infiltrations intra-organiques sur l'activité des poisons.

MM. Charrin et Moussu. — On sait que le passage au travers de certaines parois modifie une foule de toxines. Or, semblables passages s'effectuent à chaque instant dans l'économie, au niveau des muqueuses, des séreuses, etc. Aussi avons-nous pensé qu'il serait utile d'apprécier l'action de différentes membranes sur quelques principes nuisibles.

En général, la paroi de l'œsophage, du gros intestin, de la vessie, etc., est à peu près imperméable aux toxines tétanique ou diphtérique contenues dans des sortes de sacs formés par ces membranes et placés durant deux ou trois heures à l'étuve dans du sérum artificiel à 10 ‰.

L'iléon et le péricarde se laissent plus facilement traverser; le péritoine, le mésentère —

d'ailleurs fenêtré — ne retiennent pas du tout ces liquides.

Dans quelques cas, les toxines en question ont paru atténuées; ainsi, dans une expérience, on a pu introduire sans inconvénient 1 c.c. de toxine dans une portion de la jugulaire liée aux deux bouts, vide de sang et laissée en place; toutefois, il est bon d'ajouter que cette toxine était diluée dans 5 ou 10 c.c. d'eau stérilisée.

Influence de l'inanition sur la résistance à l'infection colibacillaire.

MM. Roger et **Josué**. — On sait que, d'après Canalis et Morpurgo, les animaux privés d'aliments résistent moins bien que les autres aux inoculations microbiennes.

Les résultats sont tout à fait différents si l'on opère sur des animaux qui, après avoir subi une assez longue inanition, ont été remis pendant quelques jours au régime ordinaire. Dans ces conditions, leur résistance est augmentée d'une façon notable, au moins vis-à-vis du colibacille.

En effet, après avoir soumis des lapins à un jeûne absolu pendant un laps de temps de cinq à sept jours, nous leur avons donné des aliments; de trois à onze jours plus tard, nous avons pratiqué sur ces animaux, en même temps que sur des témoins, des inoculations intraveineuses de culture de colibacille. Sur 5 lapins ayant jeûné, un seul a succombé; il est mort cinq jours après l'inoculation, alors que le témoin, qui pesait 325 grammes de plus que lui, a péri en trente-cinq heures. Sur les 5 animaux témoins, un seulement a survécu; encore a-t-il maigri de 615 grammes et a-t-il été extrêmement malade, alors que l'animal qui avait jeûné est resté bien portant et n'a perdu que 150 grammes.

Ces faits comportent une application en pathologie expérimentale. Ils montrent que, pour obtenir des résultats comparables, il ne suffit pas de choisir des animaux de même poids; il est également nécessaire de tenir compte de leurs antécédents et de savoir, par exemple, s'ils n'ont pas souffert de privations quelque temps avant d'être mis en expérience.

On peut se demander encore si l'usage du jeûne, tel qu'il est prescrit par certains rites religieux, n'a pas une importance hygiénique plus grande qu'on ne le croit, et si les modifications qu'il provoque ne renforcent pas les moyens de défense de l'organisme.

Appendicite à bacilles pyocyaniques.

MM. Coyne et **Hobbs** (de Bordeaux) envoient un travail relatif à un cas d'appendicite aiguë dans lequel l'ensemencement du pus péri-appendiculaire et du contenu de l'appendice donna lieu à des cultures de colibacille et surtout de bacille pyocyanique. Inoculé au lapin, le dernier de ces microorganismes détermina la mort au bout de vingt-six heures, tandis que l'inoculation du colibacille ne produisit pas d'accidents. L'infection appendiculaire semble donc devoir être attribuée dans ce fait au bacille pyocyanique.

Action bactéricide du bleu de méthylène.

M. Chaleix-Vivie (de Bordeaux) adresse une note de laquelle il résulte qu'après vingt-quatre heures de séjour dans une solution concentrée, ou même diluée, de bleu de méthylène, la plupart des microbes du conduit utéro-vaginal sont tués. Seul le bacillus subtilis garde sa vitalité jusqu'à la fin du quatrième jour.

M. Cade (de Lyon) envoie une note dans laquelle il expose qu'à la suite de la gastro-entéro-anastomose, chez le chien et le chat, les glandes situées au pourtour de l'orifice de communication du jéjunum avec l'estomac subissent une transformation qui leur donne le type glandulaire péripylorique.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 5 juillet 1900.

Eléphantiasis des membres inférieurs avec éruption papuleuse de nature indéterminée.

M. Gastou. — Le malade que je vous présente habite l'Egypte. On relève dans ses antécédents que son frère a eu un œdème éléphantiasique. L'affection dont il est atteint remonte à dix ans et a débuté par l'apparition de rougeurs d'aspect variqueux sur la jambe droite, qui peu à peu s'est infiltrée et a pris un aspect éléphantiasique. Il y a deux ans, le patient a éprouvé des douleurs dans les membres inférieurs; mais les modifications cutanées n'ont jamais été accompagnées de prurit.

Actuellement on constate chez lui les lésions suivantes : le membre inférieur droit est le siège d'une infiltration et d'une sclérodermie totale; il a une teinte ictérique qui se détache sur un fond érythémateux livide, sur lequel se sont développées des saillies épidermiques rappelant les éléments du lichen hyperkératosique. A l'orteil droit, des papules analogues ont soulevé l'ongle.

Le membre inférieur gauche présente aussi quelques placards se rapprochant peut-être davantage de certaines syphilides que du lichen.

Le médius de la main gauche est hypertrophié, ses articulations sont ankylosées; la peau est lisse et présente une teinte violacée, livide. La muqueuse buccale est le siège de lésions végétantes.

Les réflexes patellaires sont exagérés, mais on n'observe aucun trouble de la sensibilité. L'état général est toujours resté bon. L'examen des urines et du sang n'a rien montré d'anormal.

M. Barbe. — Il semble qu'on retrouve chez ce malade les principaux caractères de la sarcomatose, type Kaposi.

M. J. Darier. — Je ne crois pas ici à la sarcomatose, dont la marche est en général plus rapide et qui ne laisse pas l'état général aussi complètement intact au bout de dix ans. De plus, je n'ai rencontré nulle part, chez le sujet qui nous est présenté, la tumeur molle, cutanée ou sous-cutanée, caractéristique de la sarcomatose.

L'élément éruptif qui domine aux membres inférieurs ressemble au lichen hyperkératosique; d'autre part, on voit à la cuisse des papules analogues à celles du lichen plan. En outre, on a signalé dans cette dernière dermatose des altérations colloïdes de la paroi des vaisseaux, qui peuvent favoriser une transsudation sanguine susceptible de déterminer la teinte livide que l'on remarque chez ce patient.

M. Brocq. — L'hypothèse qu'il s'agit ici d'un cas de lichen anormal n'est pas entièrement satisfaisante, car si les lésions des membres inférieurs peuvent faire penser à cette affection, il n'en est pas de même des altérations du médius de la main gauche, qui ne la rappellent en rien.

Dermatite pustuleuse généralisée avec arthropathies.

M. Du Castel. — L'homme que voici, alcoolique invétéré, est atteint depuis un mois d'une éruption cutanée; il aurait été, à ce qu'il dit, soigné l'an dernier pour une affection analogue dans le service de M. Fournier. Au début, il s'est formé une phlyctène suppurative à la jambe droite. Depuis, l'éruption s'est généralisée, et de larges pustules se sont développées sur les membres et sur le corps, particulièrement sur la paume des mains et la plante des pieds. En même temps se montraient des arthrites multiples. Je pense qu'il s'est fait chez ce sujet une infection généralisée, une véritable pyohémie, qui s'est manifestée par cette dermatite et ces arthropathies.

M. Leredde. — L'aspect squameux du pourtour des lésions qui sont circonscrites par une véritable collerette, les caractères objectifs des plaques et la coexistence de manifestations articulaires peuvent faire songer ici à un fait de psoriasis anormal. L'existence d'éléments suppuratifs dans le psoriasis a déjà été signalée, notamment par M. Hallopeau. De plus, ce malade est alcoolique, et tous les cas de grand psoriasis que j'ai observés à Saint Louis concernaient de tels sujets.

M. E. Besnier. — Les alcooliques sont tellement nombreux dans nos milieux hospitaliers qu'on ne peut guère établir à Saint-Louis les relations entre certaines affections cutanées et l'alcoolisme. Dans ma clientèle de la ville, j'ai eu l'occasion d'observer des formes graves de psoriasis sans qu'on pût incriminer l'alcool.

M. Du Castel. — Il est classique de définir le psoriasis une affection papulo-squameuse. Aussi, l'élément papuleux faisant défaut et la desquamation étant peu abondante chez ce malade, je me refuse à admettre qu'il soit atteint de psoriasis, même atypique.

L'électrothérapie et la photothérapie en dermatologie.

M. Gastou. — Les courants à haute fréquence, appliqués à un grand nombre d'affections cutanées diverses, nous ont donné des résultats variables. La pelade ne semble pas bénéficier sensiblement de cette médication. Les tuberculoses cutanées, par contre, s'améliorent rapidement sous son influence, tandis que le lupus ne se modifie guère. Un cas de lichen a été très rapidement guéri.

M. Sabouraud. — L'usage de l'appareil de Finsen (de Copenhague) (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 466) m'a donné de nombreux succès dans le traitement du lupus, et ce procédé thérapeutique me paraît devoir devenir la méthode de choix pour la cure de cette affection.

Dans la pelade elle-même, les résultats que j'ai obtenus grâce à cet appareil sont très appréciables; le processus pathologique se trouve arrêté aux seuls endroits qui ont subi l'influence des rayons lumineux; la repousse des cheveux se fait là rapidement, tandis que la maladie continue sa marche excentrique tout autour des points traités.

Dyschromies post-psoriasiques.

M. Hallopeau. — Le plus souvent, la plaque psoriasique laisse après elle une hyperchromie qui s'efface graduellement, et qui peut faire ultérieurement place à une achromie persistante, indiquant une altération du corps muqueux. Voici un enfant dont le psoriasis a été traité par l'huile de cade; vous voyez que chez lui les plaques psoriasiques ont laissé une hyperchromie en anneaux et en ellipses dont la distribution répond à la zone où le processus phlegmasique a présenté en dernier lieu son maximum d'activité, car en plusieurs endroits ce pourtour pigmenté a été le point de départ d'îlots nouveaux de psoriasis.

M. A. Fournier. — J'ai remarqué fréquemment ces dyschromies (achromie centrale et hyperchromie périphérique) à la suite de l'emploi de l'acide chrysophanique dans le traitement du psoriasis, et je me demande s'il n'y a pas lieu de les rapporter au remède plutôt qu'à la maladie.

M. E. Besnier. — Devergie avait déjà signalé que les applications d'huile de cade donnent lieu à des hyperchromies, surtout quand un traitement arsenical est institué concurremment.

Pelade et onyxis congénitaux ayant frappé trois générations.

M. Ed. Fournier. — Voici un enfant présentant une dystrophie congénitale du cuir chevelu, et d'ailleurs complètement glabre. On n'observe chez lui de poils ni à la face, ni sur aucune autre partie du corps. Les ongles sont gros, durs, mal faits, et ont été décollés à la suite d'une pyodermie qui a débuté il y a deux mois. Cette dystrophie pilaire et unguéale se poursuit sur trois générations : la grand'mère de ce petit malade en était atteinte; elle a eu 4 enfants, la pelade et l'onyxis se retrouvent chez 2 d'entre eux, dont le père du sujet que je vous présente; enfin, sur les 3 frères et sœur de notre malade, il y en a un qui offre encore les mêmes dystrophies que lui.

M. Sabouraud. — Dans un cas de pelade totale, j'ai observé l'hérédité sur une génération; il y avait aussi des modifications des ongles.

Dermite bromique.

M. Hallopeau. — L'homme que voici présente une éruption bromique localisée à la jambe droite et ayant débuté par une pustule autour de laquelle de nouveaux éléments semblables se groupèrent en suivant une marche excentrique. Actuellement, on voit un placard éruptif, grand comme la paume de la main, dont la partie centrale est indurée, violacée, végétante, et la périphérie entourée d'une couronne de pustules. Il y a concurremment une éruption d'acné bromique vulgaire.

Eczéma séborrhéique de la face.

M. Balzer. — Chez un malade qui avait en même temps de la séborrhée du cuir chevelu,

j'ai pu guérir un eczéma séborrhéique de la face par quelques applications de pommade soufrée. Vous voyez sur ce moulage que les lésions prédominaient surtout au niveau des plis nasogéniens.

M. E. Besnier. — Une guérison aussi rapide ne permet pas, à mon avis, de donner le nom d'eczéma à une pareille affection, qu'on devrait plutôt ranger parmi les séborrhéides.

Mycosis fongoïde avec ichtyose généralisée.

M. Hallopeau. — Je vous présente une femme dont l'affection a débuté, il y a trois ans, par une éruption de néoplasies ulcéreuses limitée à la fesse droite et à la cuisse correspondante. Ces lésions se sont cicatrisées, mais, dans la suite, il s'est développé une éruption ichtyosiforme généralisée avec ectropion double, alopécie, hyperkératose palmaire et plantaire et diarrhée persistante.

Malformation familiale des oreilles.

M. Balzer. — En donnant mes soins à cet enfant pour la teigne dont il est atteint, je me suis aperçu qu'il présente une malformation atrophique des oreilles, qui ont pris chacune la forme d'une anse. La mère, la grand'mère et un autre ascendant maternel présentent la même particularité. Sur les 5 frères et sœurs de ce garçon, 3 ont les oreilles conformées comme lui.

M. Barthélemy présente deux malades porteurs l'un d'*acnitis*, l'autre de *folliclis*.

M. E. Sottas montre une femme atteinte de *sclérodermie progressive symétrique chronique d'emblée*.

M. Balzer relate l'observation d'un *chancre mou du doigt*, avec constatation du bacille de Ducray au niveau de la lésion.

M. Hallopeau présente un cas d'*érythrodermie prémycosique*.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 4 juillet 1900.

Myosite ossifiante.

M. R. Virchow. — Je vous présente un malade que vous avez déjà vu en 1894 (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 315) et qui est atteint de myosite ossifiante. Son état a peu changé dans ces six années, sauf qu'à certains endroits les ossifications sont devenues plus prononcées. Cette affection présente une certaine analogie avec l'acromégalie, qui détermine des néoformations au niveau de presque tous les os du squelette.

Chez un acromégalique soigné pendant longtemps à la Charité, on vit survenir au niveau de l'un des genoux une volumineuse tumeur qui nécessita l'amputation du membre. Cet homme étant mort quelques mois après, l'autopsie permit de constater la présence d'exostoses sur presque toutes les parties du squelette. Il va sans dire qu'il ne peut être question ici de métastases, puisqu'il n'existait pas d'éléments mobiles; on ne peut donc invoquer pour expliquer la généralisation de ces néoformations osseuses qu'une prédisposition morbide.

Traitement des gibbosités consécutives au mal de Pott.

M. J. Joseph montre un enfant de neuf ans qui lui fut amené il y a deux ans pour une paraplégie due à une carie des vertèbres lombaires. Le petit malade fut placé dans une espèce de corset muni d'une vis permettant d'exercer une pression graduée sur la saillie vertébrale. Au bout de neuf mois, le redressement de la colonne était complet et depuis bientôt un an ce garçon se sert sans difficulté de ses membres inférieurs.

La comparaison de la radiographie de ce petit malade avec celle d'un enfant de même âge et de même taille révèle que chez le premier la colonne vertébrale est plus courte de 3 centimètres. Ce fait prouve que l'on peut obtenir la disparition complète des gibbosités pottiques sans avoir recours à une opération.

De l'extraction des éclats de fer intra-oculaires au moyen des aimants.

M. Hirschberg. — Dans sa communication au cours de la dernière séance, M. Türk n'a pas tenu compte de la résistance due à l'enkystement de certains éclats de fer dans l'œil; cet enkystement rend l'extraction beaucoup plus délicate, et nécessite parfois, suivant le siège du corps étranger, une iridectomie ou une sclérotomie préalable; ce n'est qu'après cette intervention préparatoire que l'on peut se servir utilement de l'aimant.

M. Lassar présente un homme de vingt-cinq ans atteint, au niveau du nez et de l'œil gauche, d'un xérosis pigmentaire héréditaire accompagné d'angiomes et de carcinomes secondaires.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 2 juillet 1900.

Le mariage des tuberculeux.

M. Gerhardt. — La question du mariage des tuberculeux est très délicate à trancher. S'il est vrai que les deux sexes sont exposés à contracter la tuberculose par le mariage, il faut cependant reconnaître que la femme y est plus sujette que l'homme, abstraction faite, du reste, des influences favorables à l'infection provenant de la grossesse, de la puerpéralité, de la lactation, etc.

D'après une statistique de H. Weber, sur 39 hommes mariés à des femmes tuberculeuses 1 seul fut infecté, tandis que de 22 femmes unies à des tuberculeux 18 se tuberculisèrent également et succombèrent moins de dix-huit mois après un accouchement.

Les dangers du mariage des tuberculeux sont prouvés aussi par un relevé fait à l'établissement Hohen-Honnef. Sur 26 femmes tuberculeuses, 21 ont vu leur état s'aggraver notablement à la suite d'un accouchement, et 14 ne survécurent que deux ans. D'autre part, de 17 femmes devenues tuberculeuses après leur mariage, 12 succombèrent la seconde année. J'ai fait moi-même un certain nombre d'observations analogues.

J'ajoute que la tuberculose des organes génitaux n'est pas très rare, ce qui augmente encore les chances d'infection entre époux. Quant aux dangers qu'offre l'allaitement aussi bien pour l'enfant que pour la mère, quand celle-ci est tuberculeuse, ils sont trop connus pour que j'y insiste. De ces diverses considérations, je crois pouvoir tirer la conclusion qu'on ne devrait permettre le mariage à un tuberculeux qu'un an après sa complète guérison.

M. Fürbringer. — Je ne suis pas tout à fait de l'avis de M. Gerhardt. Je connais plusieurs phtisiques chez lesquels, contre mon attente, le mariage n'eut aucune action sur la marche du processus tuberculeux.

M. von Leyden. — J'ai fait des observations analogues à celle de M. Fürbringer.

Pouvoir coagulant du sérum à l'égard du lait.

M. Wassermann. — On sait depuis les expériences de Parke que le sérum des animaux dans les vaisseaux desquels on a injecté du lait jouit de la propriété de coaguler le lait.

Me basant sur ces recherches, j'ai fait des expériences sur le pouvoir coagulant du sérum après l'injection de diverses espèces de lait.

J'ai constaté qu'à la suite de l'injection de différents laits artificiels, le sérum n'exerçait son action que sur le lait ayant servi à faire ces injections. J'ai vu d'autre part que le lait stérilisé ne confère au sérum des animaux auxquels on l'injecte aucune propriété coagulante.

Je crois pouvoir conclure de ces recherches que les différentes préparations artificielles de lait sont impuissantes à remplacer le lait naturel, et que seul le lait de femme doit être recommandé pour l'alimentation des enfants.

Calculs du rein.

M. Klemperer montre des calculs rénaux constitués par de l'acide urique et du carbonate de chaux. Primitivement, ces concrétions étaient formées uniquement d'acide urique, mais le malade ayant été soumis à un traitement alcalin intensif, leur composition s'est trouvée modifiée comme il vient d'être dit.

Ce fait semble prouver qu'il ne faut pas se baser sur la constitution chimique des calculs pour instituer le traitement, et qu'il vaut mieux s'efforcer de les détruire par de simples lavages.

Leucocytose de la digestion.

M. Alfred Japha. — J'ai répété sur moi-même un certain nombre d'expériences qui prouvent que le phénomène connu sous le nom de leucocytose de la digestion se montre en réalité à des moments variables de la journée, mais qu'il est plus prononcé vers midi. Cette leucocytose, qui porte uniquement sur les éléments polynucléaires, me paraît donc indépendante des phénomènes digestifs.

Dr VILLARET.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

L'hystérie infantile et juvénile, par MM. P. Bézy et V. Bibent. In-16, 215 p. Paris, 1900.

On sait que l'hystérie est d'autant plus facilement curable qu'elle est traitée plus tôt et chez des sujets plus jeunes; et Charcot pouvait dire, dès 1888, que « chez les jeunes garçons, en général, l'hystérie ne tient pas ». Aussi y a-t-il le plus grand intérêt à dépister de bonne heure les manifestations de cette névrose si fréquente, de façon à pouvoir instituer le traitement qu'elle exige. C'est à l'étude de ce diagnostic précoce qu'est consacré l'ouvrage de MM. Bézy et Bibent.

Les symptômes de l'hystérie varient essentiellement avec l'âge des sujets atteints; mais ici, une question préjudicielle se pose : à quel âge peut-on voir apparaître les premiers signes de l'affection ? A cette question, les auteurs apportent une réponse catégorique: on naît hystérique, on ne le devient pas, a dit M. le professeur Pitres; l'hystérie existe dès la naissance, affirment à leur tour MM. Bézy et Bibent. En réalité, ils entendent seulement par là que le sujet apporte en naissant un terrain tout préparé à l'éclosion de la névrose, qui n'attend qu'une occasion propice pour éclater; et cette occasion pouvant survenir dès les premiers mois de la vie, on observe l'hystérie chez des sujets de tout âge, voire chez des nourrissons. Les auteurs comparent fort heureusement cette situation d'attente, qui précède l'éclosion de la névrose, à la période d'incubation des fièvres éruptives, ou encore à l'état de microbisme latent.

Au point de vue symptomatique, il est évident que le degré de développement cérébral du sujet doit influer d'une manière considérable sur la façon dont l'hystérie se manifeste; aussi MM. Bézy et Bibent divisent-ils à ce point de vue la vie de l'enfant et de l'adolescent en trois périodes : dans les premiers mois de la vie, alors que la mentalité est à peu près nulle et que la sensibilité elle-même est encore peu développée, ce sont surtout les troubles moteurs, spasmes, convulsions, paralysies, contractures, qui traduisent l'hystérie; plus tard, à partir de l'âge de cinq ou six ans, les phénomènes deviennent plus variés et l'on voit prédominer les symptômes qui caractérisent ce que l'on a appelé « l'hystérie à l'état naissant » : il s'agit de manifestations nerveuses plus ou moins fugaces, telles que céphalalgie, toux aboyante, crises de hoquet, de syndromes simulateurs, méningisme et affections pseudo-organiques par exemple, enfin de modifications psychiques variables, allant depuis l'inattention et la légèreté en classe jusqu'aux troubles mentaux graves de la puberté. Après cette dernière étape, c'est l'adolescence, et le tableau clinique rappelle celui de l'hystérie des adultes; aussi est-ce la crise convulsive typique qui devient le symptôme capital.

Il faudrait bien se garder, d'ailleurs — et les auteurs sont les premiers à en convenir —, de prendre comme règle immuable la description

toute schématique qui vient d'être esquissée à grands traits. En réalité, la maladie varie avec chaque malade, et le diagnostic est d'autant plus délicat que bien souvent l'hystérie infantile est monosymptomatique.

La conclusion thérapeutique qui découle de cette étude — complétée par une description très détaillée des manifestations hystériques simulant une affection organique —, c'est que la constatation d'un quelconque des signes qui permettent de soupçonner l'hystérie chez un enfant impose au médecin le devoir absolu de surveiller de très près l'éducation; fréquemment, l'isolement hors du milieu familial, tel que le réalise la vie d'internat, est une mesure qui s'impose; mais elle est parfois difficilement acceptée par les parents, névropathes eux-mêmes. Dans les cas confirmés, outre l'isolement souvent indiqué encore, la suggestion à l'état de veille, dont l'efficacité est admise par la plupart des auteurs, l'hydrothérapie, quand l'âge du sujet permet d'y avoir recours, enfin l'emploi des calmants (valériane, bromure) doivent constituer les bases du traitement. — F. F.

Des amyotrophies diffuses consécutives aux traumatismes légers de l'extrémité des membres, par MM. G. Ballet et H. Bernard.

On sait que la lésion d'un nerf périphérique est susceptible de provoquer, dans le membre auquel se distribue ce nerf, des phénomènes douloureux dus à une névrite ascendante, ainsi qu'une atrophie progressive des divers groupes musculaires. Mais ce qui est moins connu, c'est que certains traumatismes légers des extrémités peuvent aboutir, à plus ou moins longue échéance, à des amyotrophies qui ne sont précédées d'aucun symptôme névritique. MM. G. Ballet et Bernard ont observé 5 fois une telle amyotrophie et ils en citent 2 autres cas, qui furent publiés l'un par Vulpian et l'autre par Desnos et Barié.

Dans tous ces faits on a vu survenir — après une blessure superficielle, telle que contusion, piqûre ou coupure de ramuscules nerveux terminaux à l'avant-bras, à la main, aux doigts, à la jambe ou au pied, et, dans un cas, à la suite d'une arthrite par surmenage du poignet — un syndrome caractérisé par une atrophie en masse des muscles du membre lésé. Cette amyotrophie, qui n'est jamais très prononcée (la circonférence des divers segments du membre est rarement diminuée de plus de 2 à 3 centimètres), et qui affecte une marche progressive mais lente, est accompagnée d'une impotence fonctionnelle en rapport avec le degré de la lésion musculaire. La sensibilité objective est à peine troublée. Quant aux phénomènes douloureux, ils sont très peu marqués et consistent surtout en une sensation de fourmillement ou de picotement, qui ne se montre d'habitude que longtemps après l'accident initial. La réaction faradique et galvanique des muscles est abolie, comme on l'a constaté toutes les fois que l'examen électrique a été pratiqué. Enfin, fait important et qui permet de différencier nettement les troubles dont il s'agit des amyotrophies d'origine névritique, il n'existe pas de réaction de dégénérescence.

MM. Ballet et Bernard estiment que le syndrome qui vient d'être décrit ne peut être mis sur le compte ni d'une névrite ascendante vraie, ni d'une dégénérescence cylindraxile; ils l'attribuent à une lésion diffuse légère des cellules des cornes antérieures de la moelle, ou même à un simple trouble dans la nutrition de ces cellules. (*Arch. gén. de méd.*, mai 1900.)

Valeur pronostique de l'iritis dans la syphilis, par M. A. Trousseau.

L'apparition d'une neuro-rétinite au cours de la syphilis est considérée comme une complication grave, indiquant l'imminence d'accidents cérébraux; mais on n'attache que peu d'importance à l'iritis syphilitique, manifestation qui cède d'ordinaire assez rapidement au traitement mercuriel. Or, M. Trousseau, par l'étude de 40 observations d'iritis récidivantes chez des sujets qu'il a revus à de longs intervalles, a pu se convaincre que cette détermination de la syphilis est de nature à assombrir le pronostic, et qu'elle doit, par conséquent, inciter le médecin à surveiller de près et à traiter énergiquement les patients qui en sont atteints.

En effet, ces 40 malades ont présenté presque tous — outre l'iritis, qui récidiva ou fut suivie d'autres accidents oculaires — des manifestations syphilitiques graves, particulièrement du côté du cerveau ou de la moelle : c'est ainsi que 3 furent frappés de paralysie générale; 12 devinrent tabétiques; 8 eurent des accidents de syphilis cérébrale; 2 succombèrent probablement à une syphilis viscérale qui ne fut pas reconnue et traitée à temps; 9 furent atteints de manifestations sérieuses, mais sans rapport avec le système nerveux; les 6 derniers seuls eurent une syphilis assez bénigne. (*Ann. d'oculist.*, mai 1900.)

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Du traitement chirurgical de l'ulcère duodenal, par M. Pagenstecher.

L'auteur a été amené, par une observation personnelle, à étudier le traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum. Ce sujet étant encore peu connu, il nous paraît intéressant de résumer ici les conclusions auxquelles est arrivé M. Pagenstecher.

Son cas personnel a trait à une malade âgée de quarante-deux ans, qui présentait depuis six ans des douleurs au niveau de l'estomac, surtout vers le côté droit, et des vomissements parfois sanguinolents; ces troubles alternaient avec des périodes de calme. Les hématémèses se compliquèrent ensuite de melæna, et, la malade devenant de plus en plus cachectique, l'auteur pratiqua la laparotomie. Il put constater que la paroi antérieure du duodénum, à 5 centimètres du pylore, était sensiblement épaissie et immobilisée; l'examen de l'estomac et du pylore, au contraire, ne montra rien d'anormal. M. Pagenstecher conclut donc qu'il s'agissait d'un ulcère duodénal, et pratiqua la gastro-entérostomie. Des vomissements répétés, surtout biliaires, nécessitèrent la réouverture de la plaie cinq jours plus tard; l'anse supérieure du duodénum était très dilatée, tandis que l'anse inférieure se trouvait aplatie. L'auteur établit une anastomose entre ces deux anses et ferma la plaie; les vomissements disparurent et la malade se remit lentement. Six mois après l'intervention, on put constater qu'elle avait augmenté de poids, et que son état général était très satisfaisant.

Etudiant les indications opératoires, l'auteur examine tout d'abord les cas de perforation du duodénum consécutive à un ulcère. L'étude de 29 cas consignés dans la littérature médicale lui permet de conclure que le chirurgien, en pratiquant une opération pour péritonite diffuse, devrait toujours songer à l'éventualité d'une perforation du duodénum et se livrer à la recherche de cette partie du tube intestinal, toutes les fois que le moindre doute subsiste dans son esprit.

Quant au manuel opératoire, M. Pagenstecher conseille de fermer la perforation par des sutures séro-séreuses, l'excision de l'ulcère ne lui paraissant pas indispensable. Les cas traités jusqu'ici par ce procédé présentent une mortalité de 85 %.

Envisageant ensuite la question des hémorrhagies, l'auteur estime que l'on devrait suivre pour le duodénum les règles établies par M. von Mikulicz pour l'estomac, c'est-à-dire s'abstenir de toute intervention dans les cas où une seule hémorrhagie grave met la vie en danger, et opérer, au contraire, chez les malades présentant de petites hémorrhagies répétées; ces dernières, en effet, à cause des troubles digestifs qui les accompagnent généralement, conduisent le sujet à un état de cachexie progressive et rendent l'intervention nécessaire; on pratiquera de préférence la gastro-entérostomie. C'est encore à cette opération que l'on aura recours, dans les cas où l'ulcère a amené un rétrécissement duodénal.

En ce qui concerne les résultats obtenus jusqu'à ce jour par les différents chirurgiens, l'auteur cite, en dehors de 29 faits de perforation, 10 autres cas opérés tantôt pour des hémorrhagies, tantôt pour un rétrécissement cicatriciel. Dans un seul fait, l'opération amena la mort, tandis que les autres malades guérirent ou du moins furent sensiblement améliorés; parmi ces derniers, un succomba trois mois après la guérison de l'ulcère. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LII, 5-6.) — F. DE Q.

De la paralysie du nerf radial dans les cas de fracture de l'humérus, et de son traitement opératoire, par M. Riethus.

L'auteur examine d'abord dans ce travail les différentes formes de paralysie radiale observées à la suite des fractures de l'humérus. Il relate ensuite 3 cas opérés par M. Trendelenburg, dans lesquels ce chirurgien pratiqua la suture directe des fragments du nerf déchiré, après raccourcissement de l'humérus. Les deux premiers malades présentaient une section complète du radial, tandis que, chez le troisième, ce nerf était seulement enclavé dans du tissu cicatriciel.

Dans le premier cas, la perte de substance nerveuse était de 7 centimètres, et il existait en outre une pseudarthrose de l'humérus. M. Trendelenburg pratiqua une résection en escalier et raccourcit l'os de 5 centimètres environ, puis il en sutura les deux fragments au moyen d'un fil métallique; il réussit ensuite facilement, par une légère élongation, à réunir les deux extrémités nerveuses. La restitution de la motilité commença au bout de six mois et fut complète en deux ans.

La deuxième observation a trait à une fracture consolidée de l'humérus, qui avait entraîné, dès le début, une paralysie radiale totale. A l'opération, M. Trendelenburg constata un écartement de 4 centimètres entre les fragments du nerf sectionné. Pour y remédier, il pratiqua une résection oblique de l'humérus au niveau du cal et raccourcit ainsi cet os de 4 à 5 centimètres; puis les fragments osseux furent réunis au moyen de sutures métalliques. La motilité réapparut au bout de cinq mois; quatorze mois après l'opération, le malade pouvait exécuter tous les mouvements, bien que le pouce manquât de force.

Dans le troisième cas, il n'y avait pas solution de continuité du nerf, mais seulement enclavement dans une cicatrice très résistante, et compression par la saillie de l'un des fragments osseux. L'opération fit voir que le nerf était dégénéré et transformé en tissu cicatriciel sur une étendue de 6 centimètres. La réunion des deux extrémités étant impossible, M. Trendelenburg réséqua encore l'humérus par un avivement en forme d'escalier et réunit les fragments osseux par des sutures métalliques. Une amélioration sensible des fonctions motrices se manifesta au bout de six à sept mois, et, bien que le résultat ne fût pas encore complet au moment de la publication de ce travail, on pouvait cependant prévoir que la motilité ne tarderait pas à se rétablir entièrement. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 3.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Perforation mortelle d'un utérus partiellement atrophié après l'accouchement, par MM. C. S. Bacon et M. Herzog.

L'origine de ce mémoire est une observation de perforation opératoire de l'utérus ayant donné lieu à des poursuites contre le médecin, qui fut d'ailleurs acquitté. Il s'agissait d'une femme de vingt et un ans, de bonne santé habituelle, ayant accouché en 1897; au bout de quinze jours, elle était en état de vaquer aux soins de son ménage. Mais depuis lors elle présenta un écoulement vaginal parfois très abondant et des ménorrhagies profuses et prolongées, accompagnées de douleurs dans le dos et surtout dans l'abdomen, qui ne l'obligèrent pas cependant à interrompre ses occupations. Six mois plus tard, on constata que l'utérus était gros et mou; l'orifice interne était assez ouvert pour admettre le doigt. Un médecin pratiqua donc un curettage, au cours duquel il détacha, du côté gauche de l'utérus, une masse grosse comme la phalange terminale du pouce, qu'il prit pour un débris placentaire. L'opération fut suivie de l'injection intra-utérine d'un demi-litre de solution de sublimé à $^1/_{5.000}$. La malade eut des vomissements dans l'après-midi; mais neuf heures après l'opération elle pouvait allaiter son enfant. Trois heures plus tard, elle succomba, non sans avoir présenté des troubles respiratoires et de l'écume à la bouche.

Le médecin fut accusé : 1° d'avoir fait une opération inutile, la présence d'un reste placentaire n'ayant pas été démontrée avec certitude;

2° d'avoir pratiqué cette intervention maladroitement; 3° de n'avoir pas reconnu la perforation qu'il venait de produire et de ne pas l'avoir traitée comme il aurait dû.

MM. Bacon et Herzog font remarquer que la perforation de l'utérus n'est pas à elle seule une preuve évidente de maladresse; ils estiment, d'ailleurs, que la curette n'avait sans doute pas traversé l'utérus de part en part, ce qui aurait attiré l'attention de l'opérateur. Ils croient qu'une exploration digitale aurait probablement permis de reconnaître la lésion, et qu'une hystérectomie totale aurait alors peut-être pu sauver la malade.

Après avoir passé en revue, à cette occasion, les cas de perforation utérine publiés, les auteurs donnent les résultats de l'autopsie qu'ils ont pratiquée trois jours après la mort. Elle permit de constater une altération dans la couleur d'une anse intestinale, la présence d'une petite quantité de liquide séro-sanguinolent dans la cavité abdominale et de pus autour de la partie inférieure de l'utérus; enfin, une perforation utérine à gauche.

De l'examen de l'utérus auquel les auteurs se sont livrés neuf mois plus tard résultent les faits suivants : dans la cavité utérine, et près du fond de cette cavité, on rencontre un tissu spongieux et mou, ressemblant à une muqueuse macérée; le fond de l'organe présente une épaisseur de 6 millimètres, mais cette épaisseur diminue graduellement en allant vers le col, surtout du côté gauche; on remarque dans cette région que la surface est inégale, et ces inégalités augmentent à gauche, où il existe même des ponts et des saillies. Une perforation siège au-dessus de l'orifice tubaire de ce côté; elle s'étend à travers le feuillet postérieur du ligament large. La paroi utérine est fortement altérée en ce point; on y reconnaît des masses de tissu hyalin et des vaisseaux atteints de dégénérescence hyaline et même de nécrose.

La conclusion des auteurs est que la malade a été atteinte d'une infection puerpérale grave, qui a amené des modifications inflammatoires profondes de l'utérus suivies de nécrose de la muqueuse de cet organe, de dégénérescence du tissu musculaire et de thrombose des vaisseaux. Ils pensent qu'il s'était formé, du côté gauche, un séquestre nécrotique que la curette a détaché. La mort leur paraît avoir été la conséquence d'une embolie pulmonaire, occasionnée par le déplacement de la thrombose utérine au cours du curettage.

Il est d'ailleurs bien difficile de se prononcer sur un cas semblable, car il est possible que, la paroi utérine ayant été simplement très amincie par le curettage, la perforation ait été complétée involontairement à l'autopsie; d'autant plus que la pénétration dans l'abdomen d'une certaine quantité de solution de sublimé aurait sans doute produit des phénomènes de *shock*, comme on en a observé dans les cas analogues. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, décembre 1899.) — E. C.

La rigidité de l'abdomen comme signe pathognomonique de péritonite aiguë, par M. E. S. Bishop.

Parmi les divers symptômes qu'on observe au cours de la péritonite, un seul, d'après l'auteur, serait pathognomonique de cette affection: c'est la contraction spasmodique des muscles de l'abdomen, notamment des muscles droits.

Ce signe serait constant et ne se rencontrerait jamais en dehors de la péritonite aiguë. D'autre part, il a un caractère essentiellement objectif et ne saurait être confondu avec les infiltrations, les empâtements du ventre et certaines rigidités de la paroi abdominale de cause nerveuse (hystérie), si, toutefois, on le recherche méthodiquement. A cet effet, voici les règles que donne M. Bishop : le médecin doit d'abord s'asseoir au chevet du malade et bien réchauffer sa main avant d'en appliquer sur le ventre la surface palmaire, et non les extrémités digitales. Il faut qu'il procède d'une façon si délicate que le patient ne puisse se rendre compte du moment précis auquel il commence à ressentir le contact. Ce dernier une fois établi, la main reste quelque temps immobile, maintenue par la contraction des muscles de l'avant-bras de façon à ne pas peser du tout sur la région à explorer; puis on la promène doucement, presque imperceptiblement, sur la peau. C'est de cette façon, et de cette façon seulement, qu'on peut s'assurer de la présence ou de l'absence du signe en question.

Grâce à ce procédé d'exploration, l'auteur a pu éliminer le diagnostic de péritonite aiguë dans nombre de cas où l'existence de cette affection paraissait s'imposer à première vue; en voici deux exemples concluants :

Chez un homme, deux semaines après une intervention opératoire pour invagination de l'S iliaque dans le rectum, on vit survenir un syndrome consistant en vomissements, douleurs vives dans l'abdomen et fièvre avec pouls et facies péritonitiques. Cependant M. Bishop, ayant pu s'assurer que le ventre était partout souple, rejeta l'hypothèse de péritonite et se contenta en conséquence de faire quelques piqûres de morphine et d'administrer des stimulants et des stomachiques; le malade ne tarda pas à guérir.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme à laquelle on avait extirpé les deux trompes pour pyosalpingite; au cours de l'opération, une certaine quantité de pus s'étant répandue sur le champ opératoire on crut qu'il avait pénétré dans la cavité péritonéale dont on fit la toilette avec un soin particulier; après quoi on sutura sans drainage. La malade fut bientôt prise de fièvre avec douleurs abdominales, mais l'abdomen ne présentant pas la rigidité caractéristique, on s'en tint d'abord à la simple expectation. Un mois plus tard, on constata tous les signes d'un abcès sous-diaphragmatique qui fut incisé et lavé. La guérison fut rapide. Ainsi donc, dans ce cas, il n'y avait pas non plus de péritonite, l'infection du champ opératoire ayant provoqué seulement une cellulite pré-péritonéale. (*Lancet*, 9 juin 1900.)

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Indications du laurier-rose dans les affections cardiaques.

Dans la clinique privée de M. le professeur M. Mendelsohn (de Berlin) on a beaucoup étudié, au cours de ces dernières années, l'action exercée par le laurier-rose (Nerium oleander) dans les diverses maladies cardiaques. D'après M. le docteur F. Dorn, il résulte de ces recherches que l'usage du laurier-rose est surtout indiqué dans les affections valvulaires du cœur à la période de début des troubles de la compensation, et aussi dans la myocardite chronique ou la dégénérescence graisseuse du cœur, telles qu'on les observe fréquemment chez les vieux alcooliques.

Dans ces deux cas, on obtiendrait d'excellents résultats de l'emploi de la préparation suivante :

Feuilles de laurier-rose.... 0 gr. 50 à 1 gr.
Faites infuser dans :
Eau bouillante............ 200 grammes.

A prendre par cuillerées à bouche toutes les deux ou trois heures.

Chez les malades atteints de troubles encore légers de la compensation, l'amélioration serait souvent manifeste dès le premier jour : on verrait, en effet, le pouls diminuer de fréquence et se régulariser, les palpitations se calmer, la diurèse augmenter et les infiltrations périarticulaires, qui marquent le début de l'hydropisie, disparaître. Quand ce résultat n'est pas obtenu rapidement, on peut en conclure que le myocarde est profondément atteint et qu'il faut avoir recours à la digitale.

Dans la myocardite chronique, l'infusion de feuilles de laurier-rose calmerait également la surexcitation cardiaque et améliorerait ainsi notablement l'état du malade.

Les bains de vapeur dans le traitement de la peste.

MM. les docteurs A. Leslie et H. Twigg (de Bombay) ont employé chez les pestiférés les bains de vapeur dans le but de favoriser l'élimination des principes toxiques par la perspiration cutanée. Comme matériel, nos confrères se servaient d'un simple lit entouré d'une sorte de cage ou de tente dans laquelle on dirigeait de la vapeur d'eau provenant d'une chaudière en ébullition. On y couchait le patient tout nu, de façon que seule sa tête restât à l'air libre, et on l'y laissait pendant une demi-heure.

Ces bains ont procuré aux malades un soulagement notable; ils ont eu surtout pour effet de calmer les phénomènes d'excitation et d'amener un sommeil plus ou moins prolongé. En outre, d'après un relevé fait par M. Twigg, chez les patients soignés de la sorte la mortalité n'a été que de 72 %, tandis qu'elle a varié de 77 à 100 % chez les sujets qui ne reçurent pas de bains de vapeur, mais qui furent traités par les divers médicaments en usage contre la peste, tels que les mercuriaux, les stimulants, les préparations iodurées associées aux expectorants, etc.

D'après ces résultats, il semble donc que les bains de vapeur soient susceptibles de rendre des services comme moyen adjuvant dans le traitement de la peste.

Danger des injections gélatinées chez les sujets atteints de néphrite.

M. le docteur M. Freudweiler, assistant de M. le docteur Eichhorst, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Zurich, a observé deux malades, un homme et une femme, atteints l'un de néphrite parenchymateuse chronique hémorrhagique et l'autre de néphrite aiguë post-puerpérale également hémorrhagique, chez lesquels des injections sous-cutanées de gélatine, pratiquées dans le but de combattre l'hémorrhagie rénale, ont produit des effets désastreux. Dans les deux cas, en effet, ces injections ont provoqué l'apparition d'une hématurie et d'une hémoglobinurie intenses et augmenté considérablement le taux de l'albumine urinaire, en même temps que l'état général des patients s'aggravait d'une façon manifeste. On doit attribuer ces accidents, d'après M. Freudweiler, à une action irritante exercée par la gélatine sur les reins.

L'usage des injections gélatinées en tant que moyen hémostatique paraît donc absolument contre-indiqué chez les sujets porteurs de lésions rénales.

Le phénol camphré comme antiseptique intestinal dans la fièvre typhoïde.

Un médecin américain, M. le docteur D. English (de Millburn), s'est bien trouvé, chez les dothiénentériques, de l'usage interne du phénol camphré, obtenu par le mélange d'une partie d'acide phénique avec trois parties de camphre. Notre confrère prescrit ce produit — qui, on le sait, est de consistance huileuse — à la dose de 10 à 12 gouttes toutes les deux heures.

Sous l'influence de ce traitement, on verrait, dès le troisième jour, le météorisme intestinal disparaître, les selles perdre leur odeur fétide et la fièvre baisser notablement. On doit continuer à administrer le phénol camphré tant que dure la période d'état, en surveillant attentivement les urines. Si celles-ci prennent une teinte noirâtre, il faut diminuer aussitôt les doses ou bien augmenter la durée des intervalles qui séparent deux prises successives; mais on ne suspendra la médication que lorsque le patient sera franchement entré dans la période de convalescence.

L'avortement artificiel provoqué par l'injection intra-utérine de teinture d'iode.

D'après M. le docteur Oehlschläger (de Dantzig), le meilleur moyen de provoquer l'avortement consisterait à injecter dans la cavité utérine, à travers une canule métallique introduite jusqu'au fond de l'utérus, 3 ou 4 grammes de teinture d'iode pure; après l'injection, il faut avoir soin de tamponner le vagin avec de l'ouate aseptique pour éviter une cautérisation inutile de la muqueuse par la teinture d'iode dont une partie s'écoule toujours de l'orifice du col.

A la suite de cette opération, surtout quand elle est pratiquée dans les premières semaines de la grossesse présumée, on voit survenir, ordinairement dès le troisième jour, un écoulement sanguin qui revêt tous les caractères du flux menstruel et qui entraîne l'œuf dont la vitalité a été détruite par la teinture d'iode. Ce résultat ne saurait manquer que lorsque la canule n'a pas été poussée jusqu'au fond de l'utérus; en pareil cas, il suffit de recommencer l'opération.

Le procédé qui vient d'être décrit serait dénué de tout inconvénient, grâce aux propriétés éminemment antiseptiques du liquide injecté.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Etude historique et bibliographique sur l'emploi de la viande crue dans le traitement de la tuberculose.

I

J'ai pu démontrer, dans une série de communications faites à l'Académie de médecine, à l'Académie des sciences et à la Société de biologie (1), que la tuberculose expérimentale du chien trouve un traitement héroïque dans l'alimentation par la viande crue et le plasma musculaire. A ce propos diverses observations critiques m'ont été adressées, auxquelles je répondrai, si possible, en précisant davantage quelques points restés obscurs ou litigieux. Mais dans cet article mon but est d'essayer de mettre les résultats de la thérapeutique expérimentale en harmonie avec les données de la thérapeutique clinique.

Pour plus de netteté, je rappellerai les quatre points principaux que j'ai successivement établis, pour la tuberculose expérimentale chez le chien :

1° La viande crue empêche le développement de l'infection tuberculeuse et en amène la guérison;

2° La quantité de viande crue nécessaire et suffisante est d'environ 12 grammes par kilogramme de poids vif;

3° Le plasma musculaire extrait de la viande contient les principes actifs de la viande crue;

4° La viande cuite n'agit pas comme la viande crue, et l'effet du traitement n'est pas dû à une suralimentation.

De ces quatre propositions, les trois dernières sont absolument nouvelles (et parfois en contradiction avec les données généralement admises). Quant à la première, la plus importante peut-être, à savoir la valeur thérapeutique de la viande crue dans le traitement de la tuberculose, elle ne constitue pas un fait nouveau. Nous allons étudier dans quelle mesure ce procédé thérapeutique est banal ou imprévu.

II

En réalité, au lieu du nombre incalculable, auquel on s'attend peut-être, d'observations, de mémoires et de documents, il n'existe qu'un seul travail méthodique sur cette question. C'est l'œuvre très importante, mais unique, de Fuster (de Montpellier) en 1865 (2).

« Je donne, dit-il, de la viande crue d'abord à la dose de 100 grammes, en la poussant progressivement jusqu'à 2 à 300 grammes dans les vingt-quatre heures. On la réduit en pulpe, en la pilant dans un mortier. On passe la pulpe à travers un tamis, on en forme des bols roulés dans du sucre. J'étanche la soif au moyen d'une solution (?) à froid d'une centaine de grammes de viande crue. La potion alcoolique est composée de 100 grammes d'alcool à 20° R. dilués dans 200 ou 250 grammes d'eau et 60 grammes de sirop. Le concours de ces deux agents est indispensable, le premier me paraissant avoir une action reconstituante, le second une action plus directe sur les organes de l'hématose... *il n'y a rien de nouveau dans la médication que je pratique, si ce n'est la combinaison des deux moyens et leur application à la phtisie pulmonaire.* J'ai étendu cette application à d'autres affections, hémorrhagies, longues maladies, infection purulente, glycosurie, etc... 18 malades ont été soumis à cette médication : 16 étaient phtisiques; 2 étaient atteints d'infection purulente... 14 des 16 phtisiques portaient des cavernes... les deux autres portent aussi des tubercules aux poumons, non encore ramollis... Parmi ces malades, cinq phtisiques et les deux malades d'infection purulente devaient succomber dans les vingt-quatre heures, d'après toutes les prévisions de la science; tous ces malades ont survécu... Quant aux phtisiques, chez tous les forces reviennent, la fièvre hectique a cessé; les sueurs et le dévoiement colliquatif se sont dissipés, la toux et l'expectoration ont diminué; l'appétit a reparu; la voix s'est éclaircie; l'oppression s'est dissipée; les cavernes se sont vidées, et les signes physiques attestent la réparation progressive des lésions du poumon. Le traitement est puissamment secondé par un régime substantiel, un air pur, et l'attention à détruire les complications intercurrentes. »

Ainsi Fuster prouve par ces belles observations que la viande crue, associée à l'alcool, est un remède héroïque contre la phtisie et l'infection purulente. Il ne dissocie pas l'alcool et la viande crue, et accorde à ces deux agents thérapeutiques une égale valeur.

On attribue quelquefois à J. F. Weisse (de Saint-Pétersbourg) le mérite d'avoir préconisé le premier l'emploi de la viande crue. Cette attribution est exacte, mais elle ne se rapporte nullement au traitement de la tuberculose. En 1845, en effet, Weisse (1) avait recommandé l'usage de la viande crue contre la diarrhée des enfants. Ce n'est pas par le raisonnement, mais par une sorte d'observation fortuite, qu'il découvrit ce mode de traitement. Un enfant, atteint d'une diarrhée qui avait résisté à diverses médications, ayant mangé un jour de la viande crue, se trouva subitement amélioré; et plus tard, comme on continua ce traitement, il se maintint en bonne santé.

De fait, l'observation de Fuster était la première. Nous allons voir qu'elle fut la dernière aussi.

Quand nous disons la dernière, nous ne prétendons pas, ce qui serait absurde, que jamais un médecin n'a ordonné à un tuberculeux de la viande crue : mais c'est comme procédé d'alimentation accessoire, pour combattre la dyspepsie, la diarrhée, l'anorexie, non comme spécifique de l'infection tuberculeuse; en outre, cette substance a été prescrite à des doses beaucoup trop faibles, et irrégulièrement, sporadiquement, sans qu'on cherchât à en faire un mode de traitement régulier et homogène. La viande crue a été ordonnée, de 1865 à 1900, comme un aliment digestible, riche en azote assimilable, nutritif, et souvent assez efficace contre les troubles de la digestion, de la nutrition et de l'appétit (2).

En 1867, la Société de médecine de Lyon mit au concours la question suivante : *De la viande crue en médecine; déterminer, d'après des faits rigoureusement observés, son action physiologique et les différentes applications dont elle est susceptible en thérapeutique.*

Il y eut un seul mémoire sur la question, et dans ce mémoire, que nous ne connaissons que par le rapport de Teissier (1) au nom d'une commission composée de MM. Ferrand, Girin, Perroud, Rambaud et Teissier, il est dit : « Si M. Fuster a amélioré par ce même régime la situation d'un certain nombre de phtisiques, c'est tout simplement en pourvoyant à une bonne assimilation, qui est la condition principale de la vigueur des organes... La viande crue n'a aucune vertu thérapeutique, ni contre la phtisie, ni contre toute autre maladie de quelque importance. Ce n'est en réalité qu'un aliment très nutritif et très digestible qui convient dans la plupart des maladies à longue durée pour soutenir les forces. On peut comparer son action à celle d'un air pur et d'une température convenable ». Dans son appréciation de ce travail, M. Teissier regrette que les documents thérapeutiques et cliniques fassent défaut; mais, d'autre part, il ne parle, quant à lui, de la viande crue que contre les diarrhées et les vomissements chroniques, et encore n'est-il pas sûr qu'elle agisse dans ces cas comme aliment reconstituant.

Par conséquent, trois ans après la publication de Fuster on comparait l'action de la viande crue à celle d'un air pur, et les médecins de Lyon ne songeaient à l'employer que contre les diarrhées et les vomissements.

Cependant, on était forcé par l'évidence d'admettre sa valeur tonique, alimentaire, reconstituante, et des modes divers de préparation étaient indiqués. Trousseau l'appelait conserve de Damas, et en mélangeait de petites quantités à des confitures. L'*infusum carnis frigide paratum*, préconisé par Bauer (2), est une préparation de viande avec acide chlorhydrique, chauffée à 45°. Von Pettenkofer et Voit ont proposé le *succus carnis recenter expressus*, mais il ne semble pas qu'il ait été employé par les médecins. Laborde (3) recommandait l'emploi de 50 grammes de viande crue dans du tapioca avec carottes, sans prononcer d'ailleurs le mot de tuberculose. Je ne parle que pour mémoire des préparations de Vigier (4) et de Dannecy (5), car Vigier met la viande crue dans une omelette, ce qui est un procédé excellent pour avoir de la viande cuite, et Dannecy plonge la viande crue dans l'eau salée bouillante, ou bien l'évapore dans un courant d'air sec et chaud.

Quant aux *Valentine juice*, aux *fluid meat*, aux *beaf tea* et autres préparations analogues, parfois extrêmement coûteuses, que préparent les pharmaciens d'Amérique, ce ne sont que des extraits de viande cuite, des extraits Liebig, plus ou moins désavantageusement modifiés. Ils n'ont aucun rapport avec le suc de viande et le plasma musculaire.

Mais laissons de côté la pharmacopée, et examinons ce que les cliniciens ont écrit sur le traitement de la tuberculose. Nous ne pourrons évidemment juger de leur pratique que par leurs écrits; le reste doit être considéré comme non avenu.

Nous allons voir qu'ils n'ont estimé la viande crue que comme un succédané, parfois dangereux, souvent très utile, de la viande cuite; comme un aliment excellent, presque iden-

(1) Ch. Richet et Héricourt. L'alimentation exclusive par la viande dans le traitement de la tuberculose chez le chien. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 28 nov. 1899, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 404.) — Du traitement de l'infection tuberculeuse par le plasma sanguin, ou zomothérapie. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 26 fév. 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 81.) — Traitement de la tuberculose expérimentale par la viande crue et le jus de viande, ou zomothérapie. (*Compt.-rend. et Mém. de la Soc. de biol.*, 9 juin 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 203.)

(2) Fuster. Sur le traitement curatif de la phtisie pulmonaire. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 12 juin 1865.) — Conditions de l'emploi de la viande crue et de la potion alcoolique pour la guérison de la phtisie pulmonaire. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 10 juillet 1865.) — Voir aussi *Bull. gén. de thérap.*, 1865, LXIX, p. 91.

(1) J. F. Weisse. Von der Diarrhöe entwöhnter Kinder, oder der Diarrhoea ablactatorum und deren Kur durch rohes Fleisch. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1845, IV, p. 99 à 104.) —Wieder einmal über das rohe Fleisch. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1851, XVI, p. 384 et 385.) — Rückblick auf den Gebrauch des rohen Fleisches in der Diarrhöe entwöhnter Kinder (Diarrhoea ablactatorum). (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1858, XXX, p. 60 à 64.)

Voir, pour les travaux de J. F. Weisse, sa notice nécrologique (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 1869, XVI, p. 237 à 246).

(2) Faisons exception pour une note qui est la reproduction tardive des observations de Fuster et qui est intitulée : Tisis pulmonar; su tratamiento por la carne cruda y una poción alcoholizada (*Correo medico*, 1869, IV, p. 121 à 123), et pour une brochure, inspirée aussi par le mémoire de Fuster, et qui paraît être d'ordre monacal et pharmaceutique à la fois. Je n'ai pu me la procurer, mais j'en trouve le titre dans l'Index-Catalogue, art. *Meat* : Villars. De la viande crue (musculine Guichon) et des potions alcooliques reconstituantes préparées à l'Abbaye de N. D. des Dombes; traitement de la phtisie pulmonaire, des maladies consomptives, des débilités naturelles ou acquises et de quelques autres maladies aiguës ou chroniques de l'enfance et de l'âge adulte. Paris, 1870.

(1) Teissier. De l'usage de la viande crue en médecine. (*Gaz. méd. de Lyon*, 5 et 12 avril 1868.)

(2) Bauer Ueber die Ernährung von Kranken und diätetische Heilmethoden, *in* Handbuch der allgemeinen Therapie de von Ziemssen. Leipzig, 1883. T. Ier, p. 85.

(3) Laborde. De l'usage de la viande crue en thérapeutique; un nouveau mode de préparation très avantageux ; le tænia à la suite de l'administration de la viande crue. (*Tribune méd.*, 13 juin et 4 juillet 1875.)

(4) Cité par Soulier, *in* Traité de thérapeutique et de pharmacologie. Paris, 1891. T. II, p. 422.

(5) Dannecy. Nouvelle forme sous laquelle on peut administrer la viande crue. (*Bull. gén. de thérap.*, 1872, LXXXII, p. 26.)

tique à la viande cuite, mais qu'ils supposent être plus facile à digérer, par conséquent recommandable dans les cas de dyspepsie, de diarrhée, de vomissements si communs chez les phtisiques.

Encore tous les auteurs n'en font-ils pas mention.

III

G. Sée (1), dans son ouvrage sur la phtisie pulmonaire, ne consacre pas une ligne à l'emploi de la viande crue, sur les 212 pages relatives au traitement. De même Dieulafoy (2), dans son manuel de pathologie; de même von Ziemssen (3); de même encore Bauer (4). M. Jaccoud (5) n'en dit que ceci : « Dans les périodes avancées de la maladie, l'alimentation peut devenir impossible... et la viande crue, aiguisée de sel ou d'alcool ou de sucre, reste la suprême ressource. Souvent on réussit ainsi à nourrir le malade, au moins dans une mesure proportionnelle à sa dépense organique... et il n'est pas rare qu'après quelque temps, grâce à ce régime qui a toute la valeur d'une médication, on puisse revenir à une alimentation plus variée et plus attrayante. Si ce moyen échoue, on peut recourir aux peptones artificielles de viande. »

Marfan (6), de son côté, exprime l'opinion suivante : « La viande crue (Weisse, Fuster) est souvent très utile... râpée, pilée et passée au tamis, elle arrive à l'estomac sous forme de fibres musculaires extrêmement divisées et par suite très facilement peptonisables : on en prescrit 80 à 200 grammes par jour... *il faut repousser le jus de viande*... il ne faut pas ordonner la poudre de viande... il faut que le phtisique mange beaucoup de viande, sous toutes les formes (rôties, grillées, bouillies, braisées, en daube). »

C'est presque exactement dans les mêmes termes que parle Chuquet (7). Il est inutile de citer ses paroles, car elles sont la reproduction textuelle de ce que dit Marfan.

Strauss (8) estime que le traitement de la phtisie est d'ordre hygiénique. « Alimentation abondante, repos physique et intellectuel, séjour au grand air... le traitement spécifique est encore à trouver... » Et c'est tout.

Hanot (9) n'accorde que deux lignes au traitement par la viande crue : « La viande crue, dans certaines formes de diarrhée avec dyspepsie stomacale, est d'un emploi utile. »

Hérard, Cornil et Hanot (10) écrivent, à propos de l'alimentation des tuberculeux : « La viande crue a rendu et rend encore de très grands services... l'utilité de la viande crue a été généralement reconnue; mais souvent, il faut bien le reconnaître, elle est prise avec répugnance aux doses élevées indiquées par Fuster... on la remplacera avantageusement dans beaucoup de cas par la poudre de viande. »

Munk (11) cite le suc de viande préparé par extraction et compression de la viande, et les autres solutions de viande (traitées par l'acide chlorhydrique ou la chaleur avec pression); il regarde ces préparations comme recommandables chez les vieillards, chez les débilités, chez les convalescents, chez les anémiques. Le mot de tuberculose n'est pas prononcé.

Quant aux traités de thérapeutique de Rabuteau (1884), de Lauder Brunton (1889), de Binz (1897), de Stokvis (1898), ils ne mentionnent pas la viande crue.

Ainsi, ni en Angleterre, ni en Allemagne, ni en France, ni en Hollande, l'emploi de la viande crue n'est indiqué contre la tuberculose dans les ouvrages classiques de thérapeutique.

Pourtant H. Soulier (1) déclare que « les indications principales de la viande crue sont la diarrhée chronique des enfants, celle des adultes, la phtisie pulmonaire. Debove, puis Dujardin-Beaumetz, donnèrent par gavage avec le tube Faucher 150 grammes et même 250 grammes de viande crue. Mais un grand progrès fut réalisé par la substitution à la viande crue de la poudre de viande (desséchée à l'étuve, à une température inférieure à 100°). »

Grancher et Hutinel (2) considèrent la viande crue comme un aliment qui pourrait être pris sans produire ni vomissements ni diarrhée. « Mais, disent-ils, il *faudrait* en donner jusqu'à 700 ou 800 grammes par jour, et le malade s'en fatiguerait vite. Debove a donc eu l'idée de faire sécher la viande et de la réduire en poudre impalpable... D'ailleurs, ajoutent-ils, on ne peut attendre de cette méthode (méthode des poudres de viande) des effets satisfaisants que chez les malades qui ont peu de fièvre et dont les lésions pulmonaires ne sont pas très étendues... Quelque rationnelle qu'elle fût, cette méthode, qui a donné des succès incontestables et qui mérite d'être appliquée plus souvent, ne s'est pas généralisée. »

La manière de voir de Muselier (3) est tout à fait conforme à l'opinion classique : « L'usage de la viande crue a conservé la faveur des médecins et celle de beaucoup de malades... Les indications spéciales qui en motivent l'emploi sont la dyspepsie et la diarrhée. »

Telle était encore l'opinion de G. Sée (4) : « Il est des circonstances graves qui nécessitent l'emploi de la viande crue, chez les enfants débilités, amaigris, chez les convalescents de la fièvre typhoïde, chez les phtisiques eux-mêmes. A l'aide de la chair crue ou à peu près crue (exposée quelques instants à un feu vif) on fait digérer, on guérit de nombreuses catégories de malades dont le système digestif ou dont la nutrition sont en souffrance. »

Telle était aussi très nettement l'idée de Trousseau et Pidoux (5). « On comprend que de telles promesses (celles de Fuster) aient fait du bruit, et qu'il est bien peu de phtisiques arrivés à la troisième période chez lesquels on n'ait essayé ce remède. Nous ne partageons pas cet enthousiasme. Certainement, lorsque les malades ont pour les aliments ordinaires une aversion marquée, ils peuvent trouver dans la viande crue une restauration que rien n'aurait pu leur procurer. Quelquefois même ce mode de réfection modère leur diarrhée. Mais c'est une illusion de considérer la viande crue comme un remède contre la phtisie. Elle l'est au même titre contre toutes les maladies chroniques, les diarrhées, les cachexies, lorsqu'une anorexie invincible menace les malades d'inanition et d'autophagie. Cependant, il ne faut pas hésiter à y avoir recours lorsque l'appétit est aboli. »

Troisier et Bergé (1) s'expriment à peu près de même. Ils divisent le traitement alimentaire des tuberculeux en deux groupes : l'alimentation proprement dite et la suralimentation. « Les aliments de suralimentation, accessoires pour le phtisique qui continue à se bien nourrir, deviennent principaux et obligatoires pour le phtisique anorexique. C'est surtout la viande crue, dont le principal avantage consiste dans sa digestibilité très grande. »

Grancher développe avec beaucoup de force cette influence salutaire de la viande crue, mais il ne songe pas, semble-t-il, à considérer celle-ci autrement que comme un aliment (2). « La ration de guérison pour un tuberculeux sera surtout une ration d'aliments azotés. L'*action merveilleuse de la pulpe de viande crue ou des poudres de viande est due uniquement à leur qualité de substances azotées*. Elles représentent, sous la forme la plus condensée et la plus assimilable, l'azote presque pur, d'où leur efficacité quasi spécifique quand la tuberculose n'a pas fait encore trop de ravages. Quel médecin n'a assisté à ces résurrections ? »

On voit que Grancher a été sur le point de constater l'action absolument spécifique de la viande crue, non pas comme aliment, mais comme médicament véritable.

Si, au lieu de donner 100 grammes seulement de viande crue, il avait donné le suc de 500 ou même de 1,000 grammes de viande, cet excellent observateur eût pu constater qu'en dehors de toute action alimentaire il y a un effet thérapeutique véritable.

En 1898, un de ses élèves, Palle (3), écrit les lignes suivantes, reproduisant presque textuellement l'opinion de son maître : « C'est à la valeur nutritive de la viande, sous quelque forme qu'on l'ordonne, qu'il faut attribuer les excellents résultats obtenus dans la tuberculose par Fuster. Il n'y avait là *nul médicament spécifique* de la phtisie pulmonaire, mais un merveilleux aliment fourni par la viande crue. »

Daremberg (4) s'était exprimé dans les mêmes termes : « La viande crue, introduite dans la thérapeutique de la phtisie pulmonaire par Weisse (de Saint-Pétersbourg) (5), est un aliment de premier ordre... La pulpe de viande crue présente à l'estomac des fibres musculaires extrêmement divisées; les surfaces de contact de l'aliment avec le suc gastrique sont multipliées, et cette préparation est très facilement assimilable. Fuster et Grancher ont prescrit couramment 80 à 200 grammes de cette pulpe de viande chaque jour. En suivant ces règles, je suis certain d'avoir permis à plusieurs phtisiques de se guérir... La viande crue ne guérit pas les phtisiques, mais elle permet aux phtisiques qui s'alimentent mal de réparer leurs forces et de se guérir. »

Sabourin (6) est un des médecins qui ont le plus insisté sur l'effet thérapeutique de la viande crue : « L'aliment de ce genre (c'est-à-dire aliment très nourrissant et donné sous le plus petit volume possible) qui occupe le premier rang, sur lequel on peut toujours compter, c'est la viande crue... Elle a cet immense avantage de se digérer avec une rapidité étonnante... Bien souvent nous en avons fait prendre 150 grammes trois fois par jour à des malades qui n'en mangeaient pas moins à table. »

Il cite alors deux malades, l'un qui est arrivé à tuer sa fièvre (*sic*) en absorbant journellement et de façon exclusive de 450 à 500 grammes

(1) G. Sée. De la phtisie bacillaire du poumon. Paris, 1884.

(2) Dieulafoy. Manuel de pathologie interne. 7e éd. Paris, 1894. T. Ier.

(3) Von Ziemssen. Die Therapie der Tuberculose. (*Klin. Vorträge*, 1888, X, 5, p. 24.)

(4) Bauer. (*Loc. cit.*, p. 46.)

(5) Jaccoud. Curabilité et traitement de la phtisie. Paris, 1881.

(6) Marfan. Art. « Phtisie pulmonaire », *in* Traité de médecine de Charcot, Bouchard et Brissaud.

(7) Chuquet. L'hygiène des tuberculeux. Paris, 1899, p. 145 et 146.

(8) Strauss, *in* Traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel, Gilbert et Girode. Paris, 1887. T. II, p. 281.

(9) Hanot. Art. « Phtisie », *in* Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Paris, 1879. T. XXVII.

(10) Hérard, Cornil et Hanot. La phtisie pulmonaire. 2e éd., Paris, 1888, p. 678.

(11) Munk. Art. « Fleischsaft », *in* Encyklopädie der Therapie de Liebreich, Mendelsohn et Würzburg. Berlin, 1897. T. II, p. 324.

(1) Soulier. Traité de thérapeutique et de pharmacologie. Paris, 1891. T. II, p. 422.

(2) Grancher et Hutinel. Art. « Phtisie », *in* Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, Paris, 1887, p. 798.

(3) Muselier. Le traitement de la tuberculose. (*Bull. gén. de thérap.*, 1896, CXXXI, p. 313.)

(4) G. Sée. Du régime alimentaire; traitement hygiénique des malades. Paris, 1887, p. 33.

(5) Trousseau et Pidoux. Traité de thérapeutique et de matière médicale. 9e éd., avec la collaboration de Constantin Paul. Paris, 1875, p. 86.

(1) Troisier et Bergé, *in* Traité de thérapeutique appliquée de Robin. Paris, 1896. Fasc. 8, 2e partie, p. 250.

(2) Grancher. Traitement de la tuberculose; alimentation. (*Bull. méd.*, 2 déc. 1896, p. 1156.)

(3) Palle. L'alimentation des tuberculeux. (*Thèse de Paris*, 1898, p. 24.)

(4) Daremberg. Traitement de la phtisie pulmonaire. Paris, 1892. T. Ier, p. 9.

(5) Nous avons vu que c'est là une erreur.

(6) Sabourin. Traitement rationnel de la phtisie. 2e éd., Paris, 1900, p. 93.

de viande crue et de 1 litre 1/2 à 2 litres de bon lait; l'autre qui, soumis à la cure d'air et de repos, se nourrit pendant plusieurs mois de viande crue, tout en continuant à absorber des quantités considérables d'alcool. Il guérit rapidement et engraissa.

Barth (1) dit à ce sujet : « La viande crue, râpée et passée au tamis, rend parfois de grands services aux malades dyspeptiques atteints de diarrhée, ainsi qu'aux enfants qui souffrent d'un catarrhe tuberculeux de l'intestin. Une erreur commune consiste à croire qu'on peut remplacer la viande *par du jus de viande préparé à la presse*, ou par du bouillon concentré... Il faut bien savoir que ces liquides, qui renferment la plus grande partie des extractifs et des sels de la viande, ne contiennent presque pas de matières albuminoïdes (2); à petites doses, ils peuvent stimuler l'appétit, mais leur valeur alimentaire est très faible, et, pris en quantité notable, ils peuvent être toxiques. »

Dans ses importantes études de 1882 et 1883 sur la suralimentation, Debove a montré par de bons exemples que des phtisiques se trouvaient améliorés par l'alimentation forcée. Il administrait d'abord de 150 à 200 grammes de viande crue, avec du lait, des peptones, de l'huile de foie de morue et dix œufs. Plus tard, préoccupé de donner la plus grande quantité d'azote assimilable sous le plus petit volume possible, il substitua à la viande crue la poudre de viande; mais, sans que je puisse rien affirmer à cet égard, il semble que la poudre de viande (viande desséchée aux environs de 100° ou privée de son jus) ait donné de moins bons résultats que la viande crue, de sorte que le gavage et la suralimentation ont été abandonnés dans la pratique par beaucoup de médecins (3).

Pour Debove, comme pour Dujardin-Beaumetz, comme pour tous les thérapeutes, la viande crue ne serait qu'un aliment agissant à la manière des substances facilement assimilables.

Cl. Pierrhugues (4) résume ainsi le traitement alimentaire des tuberculeux traités à l'hôpital Boucicaut : « ...La viande est l'aliment par excellence... elle sera donnée sous toutes les formes; viande de boucherie, gibier, volaille, poisson (il est évident qu'il s'agit de viande cuite); cela doit constituer la base de l'alimentation. Mais le régime carné, à lui seul, dégoûterait bien vite les malades... Pour suralimenter le phtisique, il faut lui donner certains aliments qui, sous un petit volume, constituent une nourriture excellente et largement réparatrice, le lait et les aliments gras. Chez les tuberculeux qui ne s'alimentent que difficilement, il faut donner de la viande crue. Elle rend alors d'immenses services à cause de sa digestibilité. »

Il me suffira de mentionner enfin l'opinion aberrante de Gallavardin (5). Cet auteur s'élève contre l'alimentation par la viande; il dit que le régime carné est funeste aux phtisiques : « La partie maigre de la viande (?), dit-il, lorsqu'elle est employée exclusivement, fait maigrir et occasionne l'anémie. » Toute cette assez faible argumentation a été reproduite par Durante (6) qui semble l'adopter. Jousset (7) partage aussi cette opinion, en disant que c'est une erreur très généralement répandue de pousser les phtisiques à user largement de la viande et des alcools. Ainsi la confusion établie par Fuster entre la viande crue et l'alcool tend à se perpétuer jusqu'à aujourd'hui.

Dans les thèses les plus récentes de la Faculté de médecine de Paris, je ne vois pas indiqué le traitement par la viande crue. Radovici (1) a étudié l'air raréfié des altitudes, Baillet (2) et Knopf (3) les Sanatoria, Teutsch (4) l'aération et le repos, Pompeani (5) le climat marin d'Ajaccio, Lepelletier (6) les irrigations rétro-nasales, Thomas (7) les injections éthéro-opiacées, Simon (8) l'huile créosotée, Galopin (9) le chlorure de sodium et l'oxygène, etc.

J'ai eu la curiosité de rechercher dans l'Index-Catalogue l'indication des diverses substances préconisées pendant douze ans (de 1880 à 1893) dans le traitement de la tuberculose; il semble que ce soit la table d'un traité de chimie. L'acide sulfureux, l'oxygène, l'arsenic, l'iode, la chaux, le naphtol, l'aniline, le camphre, l'hydrogène sulfuré, la créosote, l'acide cinnamique, le tannin, le cuivre, l'or, la cantharidine, l'iodoforme, le menthol, le gaïacol, l'acide lactique, l'éther acétique, le manganèse, l'antimoine, le baume du Pérou, l'hydrastis canadensis, la créoline, le calomel, le thymol, l'acétate de mercure, le phénol, le bleu de méthylène, le chloroforme, l'hélénine, l'ozone, la pilocarpine, l'aluminium, la quinine, l'antipyrine, l'atropine, etc., etc., ont été vantés tour à tour. Que serait-ce si nous prenions un espace de temps supérieur à douze ans, et si nous indiquions les autres moyens plus ou moins hétéroclites qu'on a proposés, depuis la bactériothérapie jusqu'aux voyages maritimes, en passant par les opérations chirurgicales sur les poumons, la suggestion hypnotique et les lavements gazeux?

Il faudrait donc admettre ce fait étrange, que les médecins, quoique en possession d'un moyen excellent et universellement adopté, l'ont négligé de gaieté de cœur pour recourir à tout cet invraisemblable arsenal thérapeutique.

Dans le Congrès de la tuberculose, tenu récemment à Naples, il n'a pas été parlé du traitement par la viande crue. Dans le Congrès de Berlin, l'an passé, il n'en a pas été question davantage. Curschmann dit qu'on guérit par des moyens, très divers suivant les malades, 20 % des tuberculeux. Kobert estime qu'il n'y a aucun spécifique contre la tuberculose. Weber recommande la climatothérapie. Dettweiler préconise le repos, l'air, la désinfection, l'électricité, le massage, la gymnastique, la lumière, l'hydrothérapie, etc., etc. Ni à Naples, ni à Berlin, le mot de viande crue n'a été prononcé.

Qu'on parcoure les dix volumes que forment les Etudes sur la tuberculose, la Revue de la tuberculose et les Congrès de la tuberculose, et on ne trouvera sur l'emploi de la viande crue que deux pages de Hureau de Villeneuve.

Ce mémoire, quoique fort court, mérite d'être signalé.

Hureau de Villeneuve (1) proscrit l'emploi de la viande crue pour des raisons fort étranges, théoriques d'ailleurs; c'est par crainte du tænia d'abord, puis à cause des bacilles tuberculeux contenus peut-être dans la viande, mais surtout parce que la viande crue ne contient pas de graisse, qu'on s'amaigrit en mangeant de la viande, et que, si les jockeys prennent de la viande crue dans le but de maigrir, il est absurde de donner aux tuberculeux de la viande crue pour les faire engraisser (*sic*). D'après la lecture de ce travail, il ne semble pas, ce qui n'a du reste rien de surprenant, que l'auteur ait eu sous les yeux une seule observation de tuberculeux ayant ingéré de la viande crue.

IV

Nous pouvons donc maintenant, après ces assez longues citations, nous faire une idée exacte de l'état actuel de la thérapeutique sur ce point spécial, et résumer ainsi l'opinion des médecins contemporains :

« La viande est un excellent aliment, et les tuberculeux pour guérir ont besoin de se bien alimenter. Or, comme la viande crue est plus facile à digérer que la viande cuite, elle constitue une bonne alimentation; en tout cas, elle est l'alimentation de choix dans les troubles digestifs graves de la tuberculose. »

Or, nous croyons avoir prouvé, par nos expériences sur les chiens tuberculisés, que la viande crue n'agit pas comme aliment, mais comme médicament. Ce n'est ni par sa digestibilité, ni par sa teneur en azote qu'elle est efficace; car la viande cuite est tout aussi digestible et tout aussi riche en azote. La viande crue agit par des enzymes, des ferments, des diastases inconnues, qui ont la propriété bienfaisante de s'opposer à l'infection tuberculeuse.

En réalité, Fuster est à peu près le seul qui ait entrevu cet effet spécifique, absolument différent de l'action nutritive. Tous les autres cliniciens ont considéré la viande comme un aliment, et un excellent aliment, mais rien de plus. Les citations précédentes en font foi.

V

Au demeurant, il importe peu, et les questions de priorité n'intéressent personne. L'essentiel est que la thérapeutique humaine profite des faits établis par la thérapeutique expérimentale. C'est pour cela seulement que nous avons écrit cet article.

Il est évident d'ailleurs que je ne veux pas faire d'incursion dans la thérapeutique humaine, et que je ne donne mes indications que comme *des inductions, des probabilités, non comme des certitudes;* car les conditions du traitement de la tuberculose chez l'homme ne peuvent pas être identiques à ce qu'elles sont chez l'animal.

Je conclurai donc : 1° La viande crue doit être prescrite à très forte dose, de 600 à 750 grammes au moins chaque jour; et, si on ne donne pas toute la viande, mais seulement son plasma, ce plasma doit être celui de 1,000 grammes ou de 1,500 grammes de viande au minimum;

2° Il ne faut pas réserver l'emploi de la viande crue aux tuberculeux atteints de troubles digestifs. Ce n'est pas seulement un remède contre la diarrhée, l'anorexie, les vomissements, la dyspepsie : c'est un remède, et un remède héroïque, contre la tuberculose elle-même. Par conséquent, on doit l'administrer dès le début, sans attendre l'apparition des troubles gastriques.

En un mot, la viande crue, ou, mieux encore, le plasma musculaire, n'est pas seulement un aliment, mais c'est encore et surtout un agent antitoxique.

CHARLES RICHET,
Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

(1) BARTH. Thérapeutique de la tuberculose. Paris, 1896, p. 91.

(2) C'est là une erreur évidente pour le suc musculaire.

(3) Pour préparer la poudre, ou bien on chauffe la viande à 100°, ou bien on en extrait au préalable les éléments liquides, le jus. Quelquefois les deux opérations sont employées concurremment. Voir, à ce sujet : PERRET. Sur la fabrication des poudres de viande. (*Bull. gén. de thérap.*, 1882, CIII, p. 29.)

(4) CL. PIERRHUGUES. Le phtisique parisien à l'hôpital. (*Thèse de Paris*, 1898.)

(5) GALLAVARDIN. Traitement alimentaire de la phtisie pulmonaire, pouvant empêcher annuellement près de 200,000 décès en France. (*Poitou médical*, août 1897, p. 193 à 198.)

(6) DURANTE. Terapia alimentare della tisi pulmonare. (*Riforma med.*, 9 oct. 1897, p. 95.)

(7) JOUSSET. La tuberculose; contagion, hérédité, traitement. Paris, 1899, p. 178.

(1) RADOVICI. Le climat des altitudes dans le traitement de la phtisie pulmonaire; action spéciale exercée sur l'hématopoïèse par l'air raréfié des altitudes. (*Thèse de Paris*, 1896.)

(2) BAILLET. Prophylaxie et traitement de la tuberculose pulmonaire par l'hygiène et les sanatoria. (*Thèse de Paris*, 1898.)

(3) KNOPF. Les sanatoria; traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire. (*Thèse de Paris*, 1895.)

(4) TEUTSCH. Tuberculose pulmonaire; sa propagation dans les divers milieux, son traitement hygiénique, sa prophylaxie. (*Thèse de Paris*, 1898.)

(5) POMPEANI. Le climat d'Ajaccio et le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse de Paris*, 1897.)

(6) LEPELLETIER. Prophylaxie et traitement de la tuberculose pulmonaire par les irrigations rétronasales; pharyngothérapie. (*Thèse de Paris*, 1897.)

(7) THOMAS. Contribution à l'étude des injections hypodermiques dans le traitement de la tuberculose pulmonaire; médication éthéro-opiacée. (*Thèse de Paris*, 1894.)

(8) SIMON. Etude sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections rectales concentrées d'huile créosotée, iodoformée et salolée. (*Thèse de Paris*, 1894.)

(9) GALOPIN. L'oxygène et le chlorure de sodium dans la scrofule et la tuberculose. (*Thèse de Paris*, 1894.)

(1) HUREAU DE VILLENEUVE. De l'emploi de la viande crue pour l'alimentation des tuberculeux, *in* Comptes rendus du Congrès de la tuberculose de 1888. T. Ier, p. 151 à 153.

BULLETIN

Sur la soi-disant spécificité des lésions rabiques.

Sans vouloir faire ici l'historique de l'évolution si curieuse qu'a subie dans ces derniers temps la question de la spécificité des lésions histologiques de la rage (1), je rappellerai seulement que, dans des travaux successifs, Van Gehuchten et Nelis se sont efforcés de démontrer que les altérations très intéressantes décrites par Babes « sont banales et sans importance aucune, ni au point de vue des symptômes, ni au point de vue du diagnostic », et qu'au contraire la lésion capsulaire découverte par eux présente une spécificité indéniable, sinon dans la rage en général, du moins dans la rage naturelle.

Babes, de son côté, maintient son opinion concernant la valeur anatomo-pathologique des infiltrations périvasculaires et surtout péricellulaires qu'il a fait connaître. Il ajoute que les altérations ganglionnaires sont vulgaires, et qu'il faut être très habitué aux recherches cytopathologiques pour savoir les distinguer.

L'examen impartial des faits prouve que Van Gehuchten et Babes ont tous deux tort de se montrer aussi exclusifs. Loin d'être banales, les altérations histologiques signalées par Babes, et retrouvées, depuis douze ans, dans des centaines de cas, offrent certains caractères d'intensité, de localisation et d'évolution qui leur donnent indubitablement une valeur considérable.

D'autre part, les lésions ganglionnaires décrites par Van Gehuchten et Nelis se présentent dans la rage canine des rues avec une telle netteté qu'il est facile de les apercevoir, même pour un œil inexpérimenté. En outre, Hébrant, Cuillé et Vallée les ont vainement recherchées chez des animaux morts de méningo-encéphalite, d'intoxication saturnine, de la maladie du jeune âge, etc.

Bien qu'il soit permis de nier la spécificité de la lésion ganglionnaire, en raison même de son inconstance, et quoique l'on soit en droit de retourner contre Van Gehuchten l'objection formulée par lui contre Babes, je suis d'avis que, pour conclure d'une manière catégorique, il faut se baser sur des faits, et établir que l'altération en question peut exister dans d'autres maladies que la rage.

Tel est le problème que je me suis efforcé de résoudre.

Ayant tout d'abord examiné un grand nombre de ganglions provenant de malades morts de myélites aiguës et d'hémorrhagies cérébrales avec coma prolongé, je ne constatai que des lésions peu significatives.

J'en étais arrivé à croire que réellement l'envahissement capsulaire pourrait bien être particulier à la rage des rues, lorsque j'eus l'occasion d'étudier les ganglions plexiformes d'un enfant mort du croup à l'hôpital.

Cette recherche, faite en collaboration avec M. Van Roeckhoudt, a donné les résultats suivants :

Presque toutes les cellules nerveuses sont altérées; c'est à peine si, en de très rares endroits, on peut reconnaître l'existence de cellules se rapprochant de l'état normal.

Les éléments atteints sont le siège, à des degrés divers, d'une chromatolyse diffuse ou périphérique; le noyau, hyperchromatique, est rejeté vers la périphérie du corps cellulaire qui prend une teinte plus ou moins foncée. Les contours de la cellule sont souvent irréguliers; par places on y remarque des dépressions surtout fréquentes dans les neurones les plus altérés.

La capsule péricellulaire, normale en certains endroits, présente généralement une multiplication très nette des cellules endothéliales. Au lieu de renfermer une série régulière de noyaux disposés autour de la cellule nerveuse, elle contient un nombre considérable de noyaux endothéliaux, formant tantôt un large capuchon d'un seul côté du neurone, tantôt une gaine assez régulière, mais épaisse; la première de ces dispositions est la plus fréquente.

Capuchons et gaines sont constitués par plusieurs rangées de noyaux concentriques, en quantité variable. Envisagées dans leur ensemble, ces productions se détachent très nettement du reste de la préparation et se groupent en îlots caractéristiques au sein desquels on aperçoit le corps cellulaire plus ou moins altéré et réduit.

En examinant attentivement les préparations, on retrouve toutes les transitions entre les cellules possédant une capsule normale et celles qui sont entourées d'un capuchon ou d'un manchon épais d'éléments endothéliaux. Il semble qu'à mesure que le neurone diminue de volume, les cellules endothéliales envahissent la capsule. Quelquefois même elles pénètrent dans le corps cellulaire.

Si l'on pousse plus loin les investigations, on reconnaît des *nodules* constitués par un amas d'éléments plus ou moins réguliers, dont la disposition concentrique ne laisse aucun doute sur leur origine capsulaire. Ici, comme dans la rage, les altérations cellulaires paraissent indépendantes des lésions de la capsule; dans l'un comme dans l'autre cas, on rencontre des cellules nerveuses profondément altérées dont la capsule est presque normale, alors que d'autres neurones, atteints aussi gravement, sont coiffés d'un épais capuchon d'éléments endothéliaux.

Il n'existe ni congestion, ni diapédèse.

La lésion varie d'intensité d'un ganglion plexiforme à l'autre, et même suivant les étages du même ganglion. Ici, elle est un peu plus accentuée, là un peu moins nette, mais partout on la retrouve.

Si nous comparons ces altérations ganglionnaires à celles que l'on constate couramment dans la rage des rues, nous remarquons d'emblée une différence.

Tandis que les lésions sont à la fois vasculaires et capsulaires dans la rage, elles ne sont ici que capsulaires. Nous avons ainsi une véritable dissociation des deux processus; l'absence d'infiltration diapédétique, à laquelle Van Gehuchten n'accorde, avec raison, qu'une importance secondaire, nous permet d'observer plus nettement l'envahissement capsulaire et nous prouve que ce dernier est indépendant de l'altération des vaisseaux, qu'il peut se produire sans elle et que, par conséquent, il constitue une manifestation pathologique spéciale pouvant survenir en dehors de l'inflammation.

Nous relevons aussi, entre les lésions de la rage animale et celles que présentait notre malade, une différence de degré : l'envahissement capsulaire, bien que très net, n'est pas aussi accentué ici que là.

Je signalerai que, de l'avis même de Van Gehuchten, la lésion rabique est beaucoup moins marquée chez l'homme que chez le chien. Ce fait est à tel point exact que Sano n'a pu déceler, dans un cas de rage humaine, que des altérations très douteuses.

Nous ne pouvons donc pas assimiler les pièces provenant de cet enfant à celles que fournit le chien enragé; nous devons tenir compte de la gravité, variable chez l'homme et chez le chien, des lésions ganglionnaires, et il faut, par suite, nous attendre à ne rencontrer chez l'homme que le diminutif des altérations observées chez le chien.

Si, à première vue, il paraît y avoir une différence entre les lésions capsulaires dans les deux cas, en réalité on peut considérer ces altérations comme semblables.

Ainsi, dans les ganglions plexiformes d'un enfant ayant succombé au croup, existait la lésion de la rage, le *nodule capsulaire*.

Cela veut-il dire que cette altération soit banale et qu'on doive la retrouver dans toutes les maladies infectieuses suraiguës? Certes non. Il s'agit là d'une lésion relativement rare, comme le prouve ce fait que, sur un grand nombre de ganglions provenant d'individus morts en état infectieux, je n'ai retrouvé que des altérations peu marquées.

Du reste, l'absence de lésions vasculaires, dans ce cas, démontre que la production du nodule capsulaire n'est pas banalement inflammatoire; elle a une signification plus précise.

Comme l'a fait remarquer Sano, il semble que cette altération ait comme causes les conditions extérieures dans lesquelles se trouve le chien enragé des rues, qui court, qui est traqué, qui s'épuise.

Dans le croup, la situation n'est-elle pas la même en ce qui concerne le pneumogastrique? Ce nerf, présidant à la respiration, se trouve, chez le diphtérique, dans des conditions analogues à celles de tous les nerfs périphériques du chien enragé. La dyspnée, les efforts nécessités par l'asphyxie, provoquent une véritable folie respiratoire, comparable, dans ses effets organiques, à la folie rabique. Les nerfs sensitifs, irrités par les productions diphtéritiques disséminées dans le larynx et la trachée, sont dans la même situation que ceux du chien enragé errant, en butte aux excitations externes de tout genre; ils réagissent comme ces derniers au niveau de leurs neurones, lesquels, s'altérant de plus en plus, se désagrègent, laissent échapper des produits de régression qui se trouvent alors libres dans la capsule et sont absorbés par les cellules endothéliales hyperplasiées (1).

Pour que l'envahissement capsulaire se produise, il faut donc, très probablement, que l'organisme soit profondément intoxiqué par des poisons très virulents, comme le sont ceux de la rage et du croup.

Autant je m'élève contre les déductions théoriques tirées par Van Gehuchten et Nelis des lésions qu'ils ont découvertes, autant je tiens à déclarer que ces altérations sont importantes au point de vue pratique.

Il ne s'agit plus ici de savoir si l'envahissement capsulaire peut exister, à un degré quelconque, dans des affections autres que la rage; il faut simplement se demander si, dans la rage des rues, l'examen du ganglion noueux permet de faire le diagnostic.

Or, jusqu'à présent, la lésion ganglionnaire semble constante chez le chien. Si donc nous la constatons chez un chien présentant les symptômes rabiques, nous sommes autorisés à conclure à la rage.

L'envahissement de la capsule pouvant se produire dans d'autres maladies, il serait bon, pour les cas douteux — ceux dans lesquels les symptômes cliniques n'auraient pas été observés —, de rechercher également les lésions encéphalo-médullaires. Il est cependant peu probable que l'altération en question s'accompagne souvent de manifestations pouvant faire soupçonner que l'animal est enragé.

Le procédé décrit par Van Gehuchten et Nelis pour faire le diagnostic rapide de la rage du chien mordeur constitue donc une découverte importante au point de vue pratique; sa rapidité et sa simplicité le mettent bien au-dessus des méthodes préconisées jusqu'à présent. Mais il n'est peut-être pas suffisant dans tous les cas, et je crois, avec Degive, Hébrant, Nocard et Van Gehuchten lui-même, que l'absence de lésions ganglionnaires ne suffit pas, en l'état actuel de la science, pour exclure d'une manière définitive le diagnostic de rage.

Dr J. CROCQ,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bruxelles.

(1) Voir, à ce sujet, un article intitulé : Les lésions anatomo-pathologiques de la rage sont-elles spécifiques? qui paraîtra dans le prochain numéro du *Journal de neurologie*.

(1) Voir le développement de cette idée dans une communication sur la *neuronophagie* faite à la Société belge de neurologie le 30 juin 1900, et qui paraîtra dans le numéro du 20 juillet du *Journal de neurologie*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juillet 1900.

Intoxication non professionnelle par l'aniline.

M. Landouzy. — J'ai eu l'occasion d'observer 10 enfants qui furent pris soudain, en pleine santé, d'accidents graves, tels que torpeur, refroidissement, teinte asphyxique de la peau, etc., quelques heures après avoir été chaussés de bottines jaunes récemment enduites d'une teinture noire. C'est par une chaude journée que le premier enfant, âgé de dix-sept mois, qui était sorti bien portant quelques instants auparavant, fut ramené chez lui inerte, cyanosé, asphyxiant; il demeura dans cet état jusqu'au soir, malgré des injections de caféine et d'éther. C'est également pendant de fortes chaleurs que devinrent malades six enfants d'une même famille, que la mère vit bleuir, puis tomber successivement autour d'elle. Trois de ces petits patients présentèrent des phénomènes très graves.

Une enquête minutieuse permit de rapporter ces accidents à la teinture qui avait été appliquée sur les chaussures, et qui était composée, comme le fit reconnaître l'analyse chimique, de 92 % d'aniline et 8 % de couleurs dérivées de la houille. Les recherches expérimentales que j'ai faites à cette occasion avec M. Georges Brouardel ont prouvé que l'aniline était bien la cause des phénomènes toxiques.

En nous servant, en effet, soit de la teinture noire incriminée, soit d'un liquide composé de 92 % d'aniline et de 8 % d'eau distillée, nous avons pu reproduire chez des lapins et des cobayes toute la série des accidents observés chez les petits malades, que la teinture ait été absorbée par les voies stomacale, sous-cutanée, pulmonaire, ou simplement par application prolongée sur la peau débarrassée de ses poils, et à une température supérieure à 28°. Il faut noter, par contre, que les mêmes applications restèrent sans effet chez des animaux maintenus dans un sous-sol à la température de 16°.

L'examen du sang montra des modifications analogues à celles qui se produisent chez les ouvriers manipulant l'aniline et chez les animaux soumis à d'autres modes d'intoxication expérimentale par l'aniline (Bergeron, Leloir, etc.) : on constata de la méthémoglobinémie et une diminution rapide du nombre des hématies (1/5 en trois quarts d'heure); enfin deux fois on nota de l'hémoglobinurie.

C'est la première fois, à notre connaissance, que sont publiés des faits d'empoisonnement non professionnel par l'aniline.

M. Blache. — J'ai observé, il y a une vingtaine d'années, des accidents toxiques identiques à ceux que vient de signaler M. Landouzy, chez une jeune femme qui avait porté des bas teints au moyen de l'aniline.

Anesthésie obstétricale par injection de cocaïne dans l'arachnoïde lombaire (1).

M. Doléris communique, en son nom et au nom de M. Malartic, les observations de cinq parturientes chez lesquelles l'anesthésie générale, indiquée par l'exagération de la douleur, a été remplacée par l'insensibilisation au moyen d'injections de cocaïne dans la cavité arachnoïdienne.

Ces injections, contenant de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 centigr. de cocaïne, ont fait cesser en cinq à dix minutes les douleurs provoquées par les contractions utérines. L'analgésie ainsi obtenue a duré d'une heure et demie à deux heures.

Les contractions ont été plus énergiques, plus fréquentes et plus longues après la cocaïnisation. Dans leur intervalle, l'utérus demeurait en état de demi-tension pendant un temps variable. Aussi paraît-il prudent, jusqu'à plus ample informé, de ne pas user de l'anesthésie cocaïnique dans les cas où la version podalique peut devenir nécessaire.

La perte de sang a semblé moins abondante que d'habitude chez les cinq femmes soumises à ce procédé d'anesthésie. Quant à l'action des injections sur le fœtus, elle a toujours été nulle.

(1) La cocaïnisation de la moelle chez les parturientes vient d'être expérimentée également à la clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Bâle; on trouvera plus loin (p. 246, 2e col.) une note thérapeutique sur ce sujet. — N. D. L. R.

Gliosarcome du plancher du quatrième ventricule.

M. François-Franck lit, à l'occasion d'une note de M. Marinesco (de Bucharest) relative à un cas de gliosarcome du plancher du quatrième ventricule, un rapport que nous résumons ainsi:

L'observation de M. Marinesco montre qu'une tumeur du plancher du quatrième ventricule atteignant d'abord le centre de la sécrétion urinaire a produit une polyurie sans glycosurie; puis, la lésion ayant gagné le centre qui préside à la formation du sucre, ce diabète insipide s'est transformé en diabète sucré.

L'étude anatomo-clinique de ce cas prouve en outre que le véritable centre respiratoire bulbaire ne doit plus être localisé, comme l'avait fait Flourens, à la pointe du calamus scriptorius, mais qu'il est situé plus profondément dans le bulbe.

De l'analgésie locale par la dionine en oculistique.

M. Darier relate l'observation d'un malade atteint d'iritis rhumatismale avec crises douloureuses très violentes, chez lequel l'instillation dans l'œil, au moment des paroxysmes, d'une ou deux gouttes d'un collyre contenant 5 % de dionine amena une disparition complète des douleurs.

L'orateur conclut de ce fait et de plusieurs autres analogues que la dionine est un analgésique précieux, pouvant remplacer avec avantage la morphine, quand il s'agit de calmer les douleurs oculaires profondes dues à des iritis, à des irido-choroïdites, au glaucome, etc.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 juillet 1900.

Influence des modifications expérimentales de l'organisme sur la consommation de la glycose.

MM. Charrin et Guillemonat. — Ayant pu constater que, chez les lapins soumis pendant plusieurs mois à des injections d'une solution de sels minéraux (sulfate et phosphate de soude, chlorure de sodium), les principaux processus organiques sont activés, alors qu'on observe, au contraire, un ralentissement de ces mêmes processus chez des animaux ayant reçu pendant un laps de temps égal des injections de quantités équivalentes d'une solution acide (acides oxalique, lactique et citrique), il nous a paru intéressant de rechercher s'il n'existait pas aussi des différences entre les deux séries de lapins ainsi traités, au point de vue de l'assimilation de la glycose.

Or, nous avons pu voir que dans tous les cas, après injection sous-cutanée de sucre, l'élimination de ce produit a été plus abondante et plus prolongée chez les lapins acidifiés que chez ceux qui ont été minéralisés, ce qui indique que l'organisme de ces derniers retient, et par suite utilise, une proportion plus considérable de la glycose qu'on met à sa disposition.

Il nous semble facile d'expliquer ces résultats en rappelant que le sucre est consommé, en grande partie, par l'intermédiaire de phénomènes d'oxydation, dont les acides possèdent la propriété de diminuer l'activité.

Ces données expérimentales nous paraissent de nature à éclairer le mécanisme des accidents désignés par les anciens sous le nom de dyscrasie acide.

Nouvelle méthode pour la mesure de la sensibilité stéréognostique tactile.

MM. Toulouse et Vaschide. — Lorsque des objets extérieurs reposent sur notre peau, nous apprécions leurs formes par les pressions qu'ils exercent; ces cas représentent les *états statiques* de la sensibilité stéréognostique. Quand, au contraire, nous touchons ces objets d'une façon active, les éléments de perception nous sont fournis par les pressions volontaires et aussi par la sensibilité musculaire en rapport avec les mouvements; il s'agit là d'*états dynamiques* de la même sensibilité.

On peut mesurer avec exactitude les sensations stéréognostiques à l'état statique, en employant des lames de cuivre d'une épaisseur constante (1 millimètre), découpées en forme de cercle, de rectangle, de triangle, etc. de 1 centimètre de diamètre ou de côté. Après les avoir amenés à la température du corps, on pose ces étalons sur la peau, et comme leur poids est insuffisant pour éveiller une sensation, on exerce sur eux, au moyen d'un dynamomètre spécial gradué en grammes, une pression régulière qu'on augmente jusqu'à ce que le sujet perçoive la forme de l'objet. Dans ces conditions, la sensibilité stéréognostique de l'individu en expérience est évidemment en raison inverse de la pression nécessaire pour que la forme de l'étalon soit reconnue par lui.

La mesure de la sensibilité stéréognostique à l'état dynamique n'est pas possible avec la même rigueur, car, nous l'avons vu, la sensibilité musculaire en est un des principaux éléments. Néanmoins, on peut étudier superficiellement ces états dynamiques en se servant de petites sphères ou de cubes de métal, de dimensions variables, dont le sujet doit déterminer la forme après les avoir touchés pendant cinq minutes en les roulant entre le pouce, l'index et le médius.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 juillet 1900.

De l'asepsie opératoire.

M. Delbet. — Depuis le mois de juin, j'ai poursuivi les recherches dont je vous ai entretenus il y a quelque temps (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 197); je désire vous communiquer les nouveaux résultats que j'ai obtenus.

Quatre expériences ont été faites avec la peau des malades au moment où j'allais opérer; une seule fois, alors que je n'avais pas surveillé moi-même le lavage, les ensemencements ont donné des cultures; dans les trois autres cas, les tubes sont restés stériles. Il n'est donc pas impossible de rendre la peau aseptique, ainsi que le prétendent certains auteurs.

En ce qui concerne la désinfection des mains, après m'être infecté avec des cultures virulentes et lavé pendant six minutes, j'ai enveloppé mes mains de compresses aseptiques épaisses durant vingt minutes, de façon à provoquer une sudation locale abondante; malgré cela, les ensemencements faits avec les produits de grattage de l'épiderme sont restés stériles. Ce n'est donc pas la peau qui est le point de départ de la septicité des mains constatée à la fin des opérations; ce sont certainement, au contraire, les microbes des poussières de l'air qui viennent contaminer le chirurgien au cours de l'acte opératoire.

M. Lucas-Championnière. — Je suis persuadé qu'il est difficile de se désinfecter les mains, mais je ne pense pas que ce soit impossible. La première condition indispensable pour le nettoyage de la peau est l'imprégnation par l'eau savonneuse, sur l'importance de laquelle j'insiste depuis longtemps. Au point de vue de la pénétration dans l'épiderme, le sublimé est un mauvais antiseptique, et je lui préfère de beaucoup l'acide phénique que j'emploie en solution au vingtième pour stériliser mes mains lorsqu'elles ont été en contact avec des matières septiques. Avec cette technique, j'ai cu cependant à déplorer un fait malheureux : il s'agit d'un malade que j'ai opéré pour une éventration et qui est mort du tétanos; or, j'étais intervenu deux jours plutôt chez une femme atteinte de tétanos puerpéral.

D'une façon générale, les résultats de l'asepsie me paraissent inférieurs à ceux de l'antisepsie, car, si j'en crois les renseignements qui m'ont été fournis, les suppurations sont moins fréquentes chez mes opérés que dans la plupart des services où l'on fait exclusivement de l'asepsie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 juillet 1900.

La nécrose hémorrhagique de l'intestin par oblitération veineuse.

M. Hirtz. — J'ai observé récemment, avec M. Josué, une femme de trente-trois ans, atteinte

depuis trois semaines d'une ascite abondante avec développement de la circulation collatérale. Trois jours après son entrée à l'hôpital, cette malade fut prise de vomissements en même temps que de vives douleurs abdominales, et trente-six heures plus tard elle succombait dans le coma.

A l'autopsie, on trouva la veine porte oblitérée par une phlébite adhésive ancienne. Sur une étendue de plus de 50 centimètres, l'intestin grêle présentait une coloration rouge vineux, due à la présence dans la cavité intestinale d'une certaine quantité de sang rouge fluide. Les tuniques de l'intestin étaient épaissies, ainsi que le mésentère dont les veines étaient thrombosées.

En rapprochant de cette observation les faits analogues qui ont été publiés par différents auteurs, il nous a semblé qu'il serait peut-être possible de diagnostiquer pendant la vie la nécrose hémorrhagique de l'intestin, qui n'a été jusqu'ici qu'une découverte d'autopsie.

La douleur ne manque jamais dans cette affection. Plus ou moins violente, elle apparaît sous forme d'accès spontanés que l'on peut réveiller par la palpation du ventre; elle irradie dans les reins et les lombes; parfois elle siège à l'épigastre et s'étend dans les hypocondres. Quand la thrombose porte se produit au cours d'une affection hépatique, la douleur vient se surajouter aux autres signes présentés par le malade. Parfois, elle domine tout le tableau clinique et fait songer à une appendicite, à des coliques hépatiques, à l'occlusion intestinale; dans ces conditions, l'intervention chirurgicale a été discutée et même tentée.

Dans tous les cas où l'oblitération veineuse avait paru primitive, les malades sont morts au milieu de ce que nous appelons le *syndrome terminal*: brusquement surviennent des douleurs violentes dans le ventre, quelquefois avec sensation de déchirement; en même temps le patient vomit, ses traits se tirent; on se croirait en présence d'une péritonite. L'apparition de ce syndrome après une période de phénomènes douloureux ayant duré de deux à trois semaines doit faire penser à la nécrose hémorrhagique de l'intestin par oblitération veineuse.

Ces curieux accidents ne nous semblent pas devoir être attribués à l'infection péritonéale. En effet, le liquide recueilli dans le péritoine ne contient pas toujours des microbes; de plus, si l'on étudie la distribution des germes dans les coupes de l'intestin nécrosé colorées par la thionine, on voit les microorganismes, très abondants dans la partie interne, devenir moins nombreux, puis disparaître à mesure qu'on se rapproche du revêtement péritonéal.

Péritonite primitive à pneumocoques chez l'adulte.

M. Ménétrier. — La péritonite primitive à pneumocoques est une affection rare chez l'adulte; j'ai eu l'occasion d'en observer deux cas, l'un il y a huit ans, l'autre tout récemment avec M. Legroux.

Le premier n'est intéressant qu'au point de vue bactériologique; il s'agissait d'un homme de trente-deux ans qui fut pris subitement, pendant la nuit, de douleurs violentes dans le ventre et qui succomba huit jours plus tard. Le liquide que renfermait la cavité péritonéale contenait des pneumocoques à l'état de pureté; nulle part on ne trouva la moindre lésion qui expliquât l'infection du péritoine.

Le second fait concerne un homme de trente-cinq ans, toussant depuis une quinzaine de jours, qui fut également pris au milieu de la nuit de douleurs abdominales très violentes, accompagnées de vomissements et de diarrhée. Les jours suivants, ces phénomènes péritonitiques s'atténuèrent, mais le malade commença à se plaindre d'une douleur au niveau de la plante du pied droit, douleur qui augmenta peu à peu d'acuité et qui aboutit bientôt à la formation, au niveau du quatrième orteil, d'une phlyctène remplie de sérosité roussâtre. On constata alors que le pied était froid et que les battements de la pédieuse n'étaient plus perceptibles. Quelques jours après, on vit survenir les mêmes phénomènes au niveau de la main gauche et l'on nota aussi l'absence de pulsations au niveau de la radiale. A la suite de ces accidents, les symptômes de péritonite, qui étaient très amendés depuis une quinzaine de jours, subirent une recrudescence et le malade mourut bientôt dans le coma.

A l'autopsie, on trouva une péritonite généralisée avec exsudats purulents recouvrant les anses intestinales, et de nombreux infarctus de la rate et des reins. Les artères radiale, poplitée, tibiale postérieure et pédieuse étaient, en outre, oblitérées par des caillots sanguins, ainsi que l'artère sylvienne gauche, laquelle renfermait un thrombus récent.

Malgré leur dissémination, ces coagulations ne pouvaient être attribuées à des embolies, car le cœur ne présentait pas trace d'endocardite et était vide de sang. Il s'agissait donc de thrombus multiples développés sur place sans artérite concomitante; les parois des artères oblitérées n'étaient, en effet, le siège d'aucune altération; en outre, le caillot de la sylvienne était constitué par une agglomération de leucocytes mono et polynucléaires, tandis que celui de la poplité était formé surtout de fibrine et d'hématies, les globules blancs y étant très rares. J'ajoute que le premier de ces caillots renfermait un grand nombre de pneumocoques, ce qui tranche définitivement la question du diagnostic.

Les mêmes microbes avaient, du reste, été décelés également dans le liquide retiré du péritoine; mais, comme l'autopsie n'avait pu être pratiquée que quarante-huit heures après la mort, ils y étaient associés à des colibacilles et à des staphylocoques blancs.

En terminant, je ferai remarquer que, contrairement à ce qui se passe chez l'enfant, la péritonite primitive à pneumocoques de l'adulte paraît plus fréquente dans le sexe masculin que dans le sexe féminin, et qu'au lieu d'être curable, comme dans le jeune âge, cette affection est presque toujours mortelle chez l'adulte.

Ladrerie humaine avec éosinophilie.

M. Achard présente, au nom de M. Lœper et au sien, une femme de cinquante-huit ans atteinte de tumeurs sous-cutanées multiples, constituées par des kystes renfermant des têtes de *tænia solium*. Le début de cette affection remonte à vingt-trois ans. La patiente n'a jamais eu d'helminthes; mais elle signale cette particularité curieuse que, quatre ans avant l'appation de ces tumeurs, sa fille, qui vivait avec elle, avait eu un tænia. On peut se demander si la contamination ne s'est pas faite d'un sujet à l'autre.

Un détail intéressant que l'on relève chez cette malade est la présence de l'éosinophilie (5,900 leucocytes avec 11 % d'éosinophiles). Pendant longtemps, on a considéré les entozoaires comme capables de provoquer seulement des troubles mécaniques. On sait aujourd'hui, grâce aux recherches faites sur les hydatides, qu'ils déterminent aussi des phénomènes toxiques. Or, l'éosinophilie, fréquente, d'ailleurs, dans les cas de vers intestinaux, paraît être un symptôme d'intoxication. Elle est due, sans doute, à la résorption des produits contenus dans les vésicules parasitaires, car l'injection du liquide extrait des kystes l'a reproduite chez la souris.

Ostéo-périostose gonococcique.

M. Hirtz montre une jeune femme qui présente, au niveau de la partie inférieure du fémur droit, une ostéo-périostose considérable, survenue à la suite d'une arthrite gonococcique du genou correspondant. La radiographie a permis de constater que l'hypertrophie de la région est produite surtout par le développement exagéré du périoste au niveau du fémur, et aussi, mais à un moindre degré, de la face interne du tibia.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Contribution à l'étude du traitement de la grossesse extra-utérine, par M. O. Th. Lindenthal.

Dans un espace de neuf ans, on a observé, dans les services de M. le professeur Schauta, à Prague et à Vienne, 251 cas de grossesse ectopique, dont 121 ont été opérés. Ce sont les conclusions qui découlent de ces nombreux faits que M. Lindenthal présente dans ce travail.

Il estime que l'hématocèle a presque toujours pour cause une grossesse extra-utérine; à ses yeux, l'épanchement sanguin est le signe qu'un œuf implanté en dehors de l'utérus commence à se détacher ou s'est complètement décollé. Si, après l'hémorrhagie, l'œuf entier sort par le pavillon de la trompe, on parle d'avortement complet; quand des parties de l'œuf demeurent dans la trompe, l'avortement est dit incomplet; enfin, lorsque l'œuf sort par une ouverture accidentelle, il est question de rupture. Sur les 122 cas opérés, il s'agissait 81 fois d'avortement et 18 fois de rupture. Dans 19 cas, la grossesse était intacte, et 4 fois l'opération fut pratiquée sans ouverture du péritoine. Ajoutons que M. Schauta appelle hématocèles secondaires celles dans lesquelles la capsule enveloppante se forme aux dépens du sang extravasé, et hématocèles primitives celles où l'épanchement sanguin est contenu par des adhérences préexistantes. Cette seconde forme paraît infiniment plus rare que la première : sur un total de 99 grossesses extra-utérines interrompues par une hémorrhagie, on observa 60 hématocèles dont 4 seulement étaient primitives. Il y eut en tout 75 avortements incomplets, 6 avortements complets et 18 ruptures. Dans 39 cas (26 avortements et 13 ruptures), il ne se développa pas de tumeur sanguine.

Chez toutes les malades observées par M. Schauta, l'avortement et la rupture ont mis un terme à la grossesse; deux fois, cependant, à la suite de rupture, le fœtus continua à se développer dans la cavité abdominale.

121 malades ont été opérées par M. Schauta ou sous sa direction, dont 118 par la cœliotomie (98 fois abdominale et 20 fois vaginale) et 3 par une simple incision vaginale. Sur les 98 malades laparotomisées, 44 étaient atteintes d'hématocèle, 35 d'hémorrhagie abdominale; chez 17, la grossesse tubaire était intacte, chez 2 enfin il s'agissait de grossesse abdominale après rupture. La cœliotomie vaginale fut exécutée chez 16 malades pour hématocèle et chez 4 pour hémorrhagie abdominale. La mortalité totale a été de 10 (2 décès sur 60 cœliotomies pour hématocèle, 3 sur 39 cœliotomies pour hémorrhagie abdominale, 5 enfin sur 19 laparotomies pour grossesse intacte).

Voici maintenant les principes qui dirigent M. Schauta dans le traitement de la grossesse ectopique :

Tout œuf vivant doit être extirpé aussitôt que le siège anormal de son implantation a été constaté. Il en est de même de l'œuf mort, quelle que soit la période de la grossesse.

Quand il se produit une hémorrhagie abdominale à la suite de rupture ou d'avortement tubaire, on doit opérer sans retard, même si l'anémie est extrême. Dans les cas subaigus on doit également intervenir, car l'œuf ou des parties de l'œuf peuvent être retenues dans la trompe.

Lorsqu'une hématocèle s'est développée, le danger d'hémorrhagie secondaire n'est pas complètement écarté; une suppuration peut aussi se produire. Une thérapeutique active est donc de rigueur, d'autant que, dans la plupart des cas, elle a l'avantage de soulager la malade. Les chances de l'opération et de l'expectation sont à peu près égales, mais la guérison est beaucoup plus complète après une intervention, qui permet d'agir en même temps sur les affections génitales concomitantes, causes de la grossesse extra-utérine.

On doit en principe enlever tous les produits de la grossesse, la trompe malade et le sac. Si l'ouverture de la cavité abdominale est contre-indiquée ou si l'extirpation complète du sac est impossible, on peut se contenter de l'incision et du drainage. Dans certains cas, en particulier quand la grossesse est intraligamentaire, on peut être obligé d'enlever l'utérus pour abréger l'opération.

Si la trompe non gravide est atteinte de blennorrhagie, il y a lieu de l'extirper ainsi que l'utérus, à moins que l'état de la malade ne le permette pas.

Lorsque la grossesse est avancée, la voie abdominale est préférable. D'une manière générale, elle permet de voir mieux le champ opératoire et de maîtriser plus facilement les hémorrhagies. On ne pratiquera la cœliotomie vaginale que dans les cas où une opération conservatrice doit être d'emblée écartée, et où l'état des annexes exige leur extirpation bilatérale;

il en est de même quand on a affaire à une suppuration, la laparotomie faisant courir le danger d'infection du péritoine.

En cas d'hémorrhagie abdominale, M. Schauta est d'avis qu'on doit enlever autant que possible le sang en pratiquant la toilette du péritoine. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janvier 1900.) — E. C.

De l'ostéomyélite aiguë des vertèbres, par M. O. Hahn.

L'auteur, qui a déjà publié un travail sur ce sujet (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 24), vient de réunir 29 nouvelles observations dont 2 inédites, relatives à des cas traités depuis sa précédente étude à la clinique chirurgicale de Tubingue; il dispose donc actuellement d'un total de 41 cas.

Le premier des faits personnels qu'il relate se rapporte à une jeune fille de treize ans, qui fut atteinte subitement d'une douleur violente dans le dos et dans l'omoplate gauche. A l'entrée de la malade dans le service de M. von Bruns, quinze jours après le début de l'affection, on put constater une tuméfaction diffuse entre l'omoplate gauche et la colonne vertébrale. La palpation révéla à ce niveau une fluctuation profonde. La ponction exploratrice ayant démontré l'existence d'une collection purulente à staphylocoque doré, on posa le diagnostic d'ostéomyélite vertébrale aiguë. Une incision menée parallèlement à la colonne vertébrale donna issue à une certaine quantité de pus épais, sans odeur. L'exploration de la cavité permit de reconnaître que l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre dorsale était dénudée. Les suites opératoires furent normales, et la plaie se ferma sans expulsion de séquestre. La malade se rétablit entièrement et récupéra tous les mouvements de la colonne vertébrale.

Dans le deuxième cas, un jeune garçon de cinq ans présenta subitement, sans cause apparente, une élévation de température considérable, accompagnée de vomissements et de douleurs dans la région hypogastrique droite. Douze jours plus tard, on put constater à droite de la colonne vertébrale, dans la région dorsale, une tuméfaction circonscrite et fluctuante. Une tumeur douloureuse, mais sans fluctuation, se développait en même temps au niveau des quatrième et cinquième métatarsiens du pied gauche. On pratiqua une incision parallèle à la colonne vertébrale, qui donna issue à une grande quantité de pus. L'apophyse transverse de la sixième vertèbre dorsale était privée de son périoste. Une incision au niveau de la tuméfaction du pied ne rencontra pas de collection purulente. Les plaies se fermèrent au bout de trois semaines, sans expulsion de séquestre; mais une récidive survenue deux mois après nécessita l'extraction du quatrième métatarsien et de l'apophyse transverse droite de la sixième vertèbre dorsale, qui présentait des signes de nécrose. Les plaies se cicatrisèrent sans incident, et les fonctions de la colonne vertébrale se rétablirent entièrement. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 1.) — F. DE Q.

Influence de l'absence du corps thyroïde sur la consolidation des fractures, par M. Steinlin.

Les travaux de Kocher, Reverdin, Hofmeister, von Eiselsberg et Langhans ont suffisamment démontré que la croissance des os est sensiblement influencée par l'absence du corps thyroïde. Il paraît donc probable, *a priori*, que cette mutilation doit avoir aussi quelque influence sur la formation du cal dans les fractures. C'est ce que M. Steinlin s'est efforcé de démontrer par une série de recherches expérimentales faites sous la direction de M. Hanau. Il pratiqua tout d'abord la thyroïdectomie sur un certain nombre de lapins, auxquels il fractura ensuite les métatarsiens. Les animaux n'étaient mis en expérience, d'une façon générale, que lorsque les symptômes de cachexie étaient bien développés. En comparant les résultats obtenus chez les lapins ainsi traités avec ceux que fournissaient des sujets témoins, M. Steinlin put constater que l'absence de corps thyroïde amène un ralentissement sensible dans la formation du cal et dans la réunion osseuse des deux fragments; la consolidation se trouve par suite notablement retardée. C'est ainsi que la réunion des deux fragments, complète chez l'animal témoin au cours de la quatrième semaine, n'est pas encore effectuée chez le sujet thyroïdectomisé au bout de cinq à sept semaines. La cavité médullaire, normalement rétablie chez le premier au bout de onze semaines, ne l'est pas encore après vingt-quatre semaines chez le second. Le volume du cal est en général plus petit chez le lapin privé de corps thyroïde, mais il persiste plus longtemps chez lui que chez l'animal témoin.

Tous ces phénomènes furent d'autant plus apparents que la cachexie était elle-même plus accentuée au moment de la fracture. Dans un cas où la thyroïdectomie ne fut pas suivie de cachexie, la fracture se consolida comme chez les sujets normaux.

Ces expériences expliquent les résultats favorables obtenus par M. Gauthier (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 268), grâce à la médication thyroïdienne, dans un fait de pseudarthrose du fémur. L'auteur cite, en outre, une observation analogue, encore inédite, que lui a communiquée M. Kappeler (de Constance). (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 2.) — F. DE Q.

Des tumeurs malignes de la prostate, et particulièrement du cancer de cet organe, par M. R. Wolff.

L'auteur, dont le travail sur les métastases osseuses du cancer de la prostate a déjà été analysé dans ce journal (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 10), s'est appliqué à relever, dans ce second mémoire, tous les cas de tumeurs malignes de la prostate contenus dans la littérature médicale. Il arrive ainsi à la conclusion que ces tumeurs sont plus fréquentes qu'on ne le croit généralement.

Le sarcome, d'après les recherches de M. Wolff, atteint de préférence les jeunes sujets, tandis que le cancer ne se rencontre guère qu'après l'âge de cinquante ans et survient assez souvent chez des patients présentant depuis longtemps de l'hypertrophie prostatique; la coexistence des deux affections constitue alors un obstacle au diagnostic précoce du néoplasme malin, d'autant que les symptômes du cancer rappellent généralement ceux de la simple hypertrophie prostatique. Dans d'autres cas, la tumeur se développe vers le rectum et ne se manifeste que par une compression de cet organe. Enfin, dans un troisième groupe de faits, il n'existe ni symptômes vésicaux ni troubles de la défécation, et alors le diagnostic ne peut être posé bien souvent que par la constatation de métastases dans le système osseux. Le symptôme essentiel qui permet de distinguer le cancer de la prostate d'avec l'hypertrophie simple est la consistance dure de l'organe cancéreux, et la présence de bosselures à sa surface. Une augmentation continuelle du volume de la tumeur plaide également en faveur de l'hypothèse de néoplasme malin.

Il est de toute importance de ne pas se contenter du toucher rectal, mais de pratiquer, autant que faire se peut, l'examen sous anesthésie générale. Dans certains cas, la cystoscopie peut également aider au diagnostic.

La surface de la prostate envahie par le cancer est tantôt bosselée, tantôt lisse, ce dernier signe pouvant se présenter avec une tumeur déjà ancienne aussi bien qu'au début de l'affection. Les douleurs que provoque le cathétérisme sont également un bon symptôme de cancer.

Quant aux métastases, on les rencontre surtout dans les vésicules séminales, la vessie et les ganglions du bassin, puis, assez fréquemment, dans le système osseux.

Le pronostic est d'autant plus grave que le diagnostic est généralement tardif. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 1-2.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Sur un cas d'endocardite aiguë primitive, par M. H. Hun.

L'endocardite étant d'habitude secondaire à une infection générale et certains auteurs ayant nié même la possibilité d'une localisation primitive sur l'endocarde d'un processus infectieux, il nous paraît intéressant de relater ici le fait que rapporte M. Hun, et qui est un exemple concluant d'une telle localisation.

Dans cette observation, il s'agit d'une jeune fille de treize ans dont le père était atteint de rhumatisme chronique, mais qui elle-même n'avait eu d'autres maladies qu'une fièvre typhoïde à forme bénigne et sans complications cardiaques.

Deux mois et demi environ après cette dothiénentérie, la malade fut prise brusquement de douleurs intenses au niveau de la pointe du cœur avec fièvre, prostration, quintes de toux et éruption d'herpès labial. L'examen physique ne révéla que quelques râles humides au niveau de l'aisselle droite, sans le moindre signe de pneumonie ni de pleurésie. Pendant les deux premiers jours, on ne constata non plus rien d'anormal au cœur, sauf une légère prolongation du premier bruit à la pointe. Mais au troisième jour apparut, également à la pointe, un faible souffle systolique qui s'accentua dans la suite et auquel vint bientôt s'ajouter un roulement ou « thrill » présystolique.

Bientôt on se trouva en présence de tous les signes de l'insuffisance et du rétrécissement de la mitrale, avec hypertrophie et dilatation secondaires du cœur et renforcement du second bruit au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire. A ce moment, on nota aussi l'apparition, à la phalangette de chaque petit doigt, d'un épaississement nodulaire de nature vraisemblablement rhumatismale. Ces tuméfactions augmentèrent d'abord de volume pendant quelques semaines, puis elles rétrocédèrent pour disparaître complètement.

On eut donc affaire dans ce cas à une endocardite aiguë primitive dont la nature reste douteuse, mais qu'on ne saurait toutefois considérer comme une conséquence tardive de la fièvre typhoïde. On pourrait songer plutôt à l'origine pneumococcique de la lésion, étant donné l'herpès labial, l'état de prostration et les râles humides perçus au début dans la région axillaire gauche. Cependant, en se fondant sur l'apparition des nodules fibreux des doigts, l'auteur incline plutôt vers l'hypothèse d'une infection rhumatismale avec localisation primitive à la valvule mitrale. (*Albany Med. Annals*, juin 1900.)

De la présence de moisissures dans l'estomac, par M. Max Einhorn.

La présence de moisissures n'avait jamais été constatée cliniquement, jusqu'ici, dans la cavité de l'estomac. Or, ces champignons viennent d'y être trouvés par l'auteur dans quatre cas d'hyperchlorhydrie, dans un fait de gastrite glandulaire chronique avec érosions de la muqueuse et, enfin, chez un malade atteint d'atonie motrice de l'estomac avec gastralgie, mais sans trouble des processus chimiques de la digestion.

Chez ces sujets, M. Einhorn a rencontré, en effet, dans l'eau ayant servi aux lavages de l'estomac soit à jeun, soit après le repas d'épreuve, des petits flocons grisâtres ou brunâtres en nombre très variable (de 4 à 50) et composés, comme l'a montré l'examen microscopique, de spores et de mycélium du vulgaire *Penicillium glaucum*.

Parfois les flocons en question étaient englobés dans des mucosités, et alors ils renfermaient, en plus des éléments mycosiques, des corpuscules muqueux et de nombreuses cellules épithéliales, ce qui semble indiquer que les moisissures adhéraient intimement à la surface de la muqueuse stomacale et y proliféraient entre les couches de l'épithélium.

Des essais de culture permirent de s'assurer que ces spores avaient conservé toute leur vitalité, car elles poussèrent très bien sur des milieux appropriés.

La présence du penicillium sur la muqueuse stomacale peut-elle constituer une cause de troubles morbides? Il serait difficile de répondre à cette question d'une façon catégorique. Cependant, le fait que M. Einhorn n'a constaté jusqu'ici l'existence de ce champignon, au niveau de l'estomac, que dans les cas d'hyperchlorhydrie ou de gastralgie laisse supposer que les moisissures ne sont pas dénuées de propriétés pathogènes et qu'elles sont susceptible, tout au moins, d'aggraver certaines affections gastriques préexistantes. De fait, chez les malades observés par l'auteur, des lavages de l'estomac suivis de pulvérisations (spray) avec une solution de nitrate d'argent à 1 ou 2 ‰ sur les parois stomacales amenèrent une diminution du nombre des flocons mycosiques, en même temps qu'une amélioration plus ou moins manifeste des symptômes gastriques. (*Med. Record*, 16 juin 1900.)

PUBLICATIONS RUSSES

Sur un ferment amylolytique des globules blancs du sang, par M. D. Zabolotny.

Pour étudier les propriétés digestives des leucocytes et les substances spécifiques que ces globules sont susceptibles de sécréter, l'auteur a entrepris une série de recherches expérimentales qui ont consisté à injecter de l'amidon dans le péritoine de cobayes et à observer les modifications que subissent les corpuscules amylacés sous l'influence des phagocytes contenus dans l'exsudat péritonéal.

A cet effet, M. Zabolotny s'est servi surtout d'amidon de froment, dont les grains sont bien arrondis. Déjà quelques heures après l'injection, il a vu les phagocytes se réunir en rosettes autour des corpuscules amylacés. Ces derniers commençaient par se créneler aux points où ils se trouvaient en contact avec les globules blancs, puis ils se criblaient de perforations leur donnant l'aspect d'un tamis. Quelques-uns d'entre eux conservaient cependant leurs contours primitifs, mais leur centre seul se colorait par l'iode d'une façon intense, leur périphérie apparaissant comme une sorte d'auréole d'un reflet violet très pâle. On apercevait aussi des leucocytes chargés de fragments amylacés ayant conservé leur striation concentrique, et facilement colorables par la solution iodo-iodurée.

M. Zabolotny a pu s'assurer ensuite qu'en pratiquant des injections intrapéritonéales d'amidon à dose croissante, on augmente notablement l'aptitude des leucocytes à transformer cette substance. En effet, l'exsudat péritonéal manifeste *in vitro* un pouvoir amylolytique considérable : il fait passer un empois d'amidon à 1 ‰ d'abord à l'état d'amylodextrine, puis d'érythrodextrine et d'achrodextrine; il se produit enfin une dextrose bien caractérisée par ce fait qu'elle réduit la liqueur de Fehling.

Sous l'influence de ces injections amylacées, les cobayes acquièrent une sorte d'immunité à l'égard de l'amidon que leur organisme détruit beaucoup plus rapidement et en plus grande quantité que celui des animaux témoins. Non seulement l'exsudat péritonéal, mais encore le sérum sanguin et les extraits des différents organes, sont, chez les cobayes « amylisés », doués d'un pouvoir amylolytique beaucoup plus considérable que normalement.

Enfin, après quelques injections, certains leucocytes deviennent iodophiles : ils prennent une coloration foncée sous l'influence de la teinture d'iode, ce qui est dû évidemment à ce qu'ils contiennent des particules d'amidon non encore digérées.

De tous ces faits, M. Zabolotny conclut que les leucocytes ou phagocytes sont susceptibles d'élaborer un ferment amylolytique, une *amylase* ou *amylophagocytase*. (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, avril 1900.)

Des formes frustes de l'asthme, par M. S. Vermel.

On sait, depuis Trousseau, que les accès d'asthme bronchique sont parfois remplacés par un coryza ou une bronchite à répétition, avec ou sans phénomènes dyspnéiques. Le diagnostic de ces formes frustes est souvent difficile; il ne peut être établi, dans certains cas, que par l'examen microscopique des crachats, comme le fait s'est produit dans les deux observations relatées par M. Vermel.

Dans l'une d'elles, il s'agissait d'une femme de trente-cinq ans, qui présenta d'abord du coryza se répétant chaque nuit pendant deux heures environ. Dans la suite, cette rhinite spasmodique fut remplacée par des accès de toux coqueluchoïde sans phénomènes bronchitiques, puis par une bronchite bien caractérisée. Le traitement local de la rhinite, au moyen d'applications de cocaïne et de cautérisations, n'ayant exercé aucun effet favorable, pas plus que l'usage de la quinine, prescrite dans l'hypothèse de l'origine malarienne de ces troubles, et de tous les remèdes employés habituellement contre les affections catarrhales des voies respiratoires, l'auteur envisagea la possibilité de la nature asthmatique de l'affection et pratiqua l'examen microscopique des crachats qui contenaient, en effet, des cristaux de Charcot-Leyden, des spirales de Curschmann et quantité de cellules éosinophiles. Le diagnostic de forme fruste d'asthme bronchique fut, en outre, confirmé par les effets favorables de l'hydrate de chloral qui, à la dose de 0 gr. 60 centigr. répétée deux ou trois fois par jour, supprima les quintes de toux. Enfin, la malade eut des accès d'asthme franc qui levèrent les derniers doutes.

La seconde observation de M. Vermel concerne un homme de quarante ans, lequel, après avoir souffert pendant quelque temps de coryza survenant chaque nuit et accompagné de sécrétion très abondante, fut atteint d'accès de toux très violents se montrant régulièrement chaque matin. Cette affection résista à toutes les médications employées pour la combattre. A l'examen physique des poumons, on constatait des râles sibilants et sous-crépitants, ainsi qu'un certain degré d'emphysème. Les crachats renfermaient, comme dans l'observation précédente, des cristaux de Charcot-Leyden, des spirales de Curschmann et des cellules éosinophiles en grand nombre. Dans ce cas, la terpine, à la dose quotidienne de 0 gr. 60 centigr. à 0 gr. 90 centigr. prise en deux ou trois fois, fit disparaître en quinze jours tous les phénomènes bronchitiques.

Les deux observations qui viennent d'être relatées montrent une fois de plus le lien qui unit l'asthme bronchique typique à la bronchite éosinophilique (Voir *Semaine Médicale,* 1899, p. 319) et à certaines variétés de rhinite, de laryngo-trachéite et de bronchite spasmodique, toutes ces formes étant susceptibles de se montrer successivement chez le même malade. (*Méd. Obozr.*, mai 1900.)

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Anesthésie obstétricale par cocaïnisation de la moelle.

L'anesthésie médullaire par injection sous-arachnoïdienne lombaire de cocaïne, d'après la méthode de Bier (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 156), n'a été employée jusqu'ici qu'en chirurgie générale, et non encore en obstétrique. Or, M. le docteur E. Bumm, professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Bâle, et son assistant, M. le docteur O. Kreis, viennent d'avoir recours avec succès à ce procédé d'insensibilisation chez 6 parturientes, dont 5 primipares.

Dans ces cas, on pratiqua, après que la dilatation du col fut complète, une injection sous-arachnoïdienne de 0 gr. 01 centigr. de chlorhydrate de cocaïne, d'après la technique décrite récemment par M. le docteur Th. Tuffier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 167). Au bout de cinq à dix minutes, se produisit une analgésie absolue de la partie inférieure du corps, jusqu'au rebord costal. La sensibilité tactile se trouvait affaiblie; par contre, les mouvements volontaires étaient conservés dans leur intégrité. Quant aux contractions utérines, elles continuèrent à se produire avec la même fréquence et la même intensité qu'auparavant, tout en devenant indolores et en ne provoquant qu'une simple sensation de tension dans l'abdomen. Les parturientes, bien que possédant encore la faculté de contracter les muscles de la presse abdominale, n'éprouvaient plus le « besoin de pousser ».

Les souffrances résultant de la pression exercée par la tête fœtale sur les parties molles du plancher pelvien disparurent également bientôt après l'injection cocaïnique.

Dans deux cas où l'accouchement se termina spontanément, les femmes n'éprouvèrent pas la moindre douleur au moment du passage de la tête fœtale. Deux fois, on fut obligé d'appliquer le forceps et, chez une femme, on dut pratiquer l'extraction de la tête dernière. Dans toutes ces interventions, la douleur fut nulle. Enfin, on put suturer, également sans souffrances, une déchirure du vagin. La délivrance et les suites des couches furent normales dans tous les cas.

L'anesthésie cocaïnique n'entraîna aucun accident sérieux. Chez deux femmes seulement, elle provoqua de la céphalalgie avec un léger vertige et quelques nausées.

Il serait prématuré de vouloir tirer de ces observations, encore peu nombreuses, des conclusions précises sur la valeur, les indications et les contre-indications de la cocaïnisation de la moelle chez les parturientes; mais le fait que ce procédé d'anesthésie est tout aussi efficace en obstétrique qu'en chirurgie générale n'en demeure pas moins acquis.

Association des injections astringentes aux injections antigonococciques dans le traitement de la blennorrhagie.

Le nitrate d'argent et le permanganate de potasse qui, employés en injections uréthrales, constituent les antiseptiques les plus efficaces que nous possédions contre le gonocoque, présentent l'inconvénient d'exercer sur la muqueuse de l'urèthre une action irritante et d'en augmenter la sécrétion. Aussi M. le docteur L. Casper, privatdocent des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Berlin, associe-t-il toujours à ces substances, chez les blennorrhagiques, le sulfate de zinc, qui possède des propriétés à la fois astringentes et antiphlogistiques. Voici quelle est la ligne de conduite que suit notre confrère :

Quand il a affaire à des accidents aigus, il ordonne d'abord des injections avec une solution de nitrate d'argent à 0.10 ‰ et avec une solution de sulfate de zinc à 1 ‰, pratiquées alternativement et six fois par jour au minimum. Il élève lentement le titre de la solution argentique à 0.25 ‰ et celui de la solution de sulfate de zinc à 4 ‰. Plus tard, lorsque l'écoulement a considérablement diminué, il remplace le nitrate d'argent par le permanganate de potasse en solution à 1 : 10,000 ou 1 : 8,000, tout en continuant les injections au sulfate de zinc. Sous l'influence de ce traitement, secondé par les prescriptions hygiéniques d'usage et par l'administration d'essence de santal à la dose de 40 gouttes par jour, M. Casper obtient généralement, en l'espace de quatre à cinq semaines, une guérison définitive dont témoigne non seulement la suppression de tout écoulement apparent, mais aussi la disparition des filaments dans l'urine.

Contre la blennorrhagie chronique, notre confrère a recours avec succès aux instillations uréthrales profondes de nitrate d'argent en solution à 1 ou 2 % répétées tous les deux jours et associées aux grands lavages quotidiens de l'urèthre avec une solution de permanganate de potasse dont le titre est porté progressivement de 0.20 à 1 ‰. D'ailleurs, le patient doit continuer à faire, en même temps que ces instillations et ces lavages, des injections uréthrales avec une solution de sulfate de zinc à 2 %.

Le riz dans l'alimentation des sujets porteurs d'ulcère de l'estomac.

Nourrir le malade sans irriter la plaie gastrique, telle est l'indication capitale du traitement de l'ulcère de l'estomac, et c'est au régime lacté absolu qu'on a d'ordinaire recours pour la remplir. Or, d'après M. le docteur L. Bourget, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lausanne, le lait est loin d'être l'aliment idéal dans l'affection dont il s'agit, bien qu'il calme pour quelques instants la douleur. Il est vrai qu'en diluant le suc gastrique il en diminue l'acidité; mais ce résultat est si passager que trois ou quatre heures après l'ingestion de lait le contenu stomacal renferme de 0.4 à 0.5 % d'acide chlorhydrique libre. En outre, pour peu qu'il existe du spasme du pylore, le lait devient la cause de fermentations gastriques. Enfin, chez les sujets soumis au régime lacté exclusif, l'estomac ne contient pas de substances protéiques en quantité suffisante pour neutraliser l'acide chlorhydrique libre, qui vient alors irriter la muqueuse.

Ce dernier fait, que M. Bourget a pu vérifier maintes fois, a déterminé notre confrère à substituer au régime lacté absolu l'alimentation par le riz cuit au lait, pendant toute la durée de la période aiguë de l'affection.

Voici comment il conseille de préparer l'aliment en question :

On fait bouillir durant plusieurs heures 50 grammes de riz dans un litre de lait, puis on laisse le mélange au bain-marie jusqu'à ce qu'il prenne la consistance d'une bouillie épaisse. On obtient de la sorte une préparation très nourrissante, qui n'irrite pas l'estomac et qui neutralise facilement l'acide chlorhydrique libre sans séjourner trop longtemps dans la cavité gastrique. Cette bouillie ne doit contenir, au début, ni sel, ni sucre; mais on peut la sucrer ou la saler, suivant le goût du malade, dès que la cicatrisation de l'ulcère paraît assurée.

REVUE GÉNÉRALE

Diagnostic de l'insuffisance rénale (1).

Le rein est le principal organe dépurateur. Reconnaître comment il s'acquitte de ses importantes fonctions est un problème auquel s'attache en clinique un intérêt de premier ordre. Chaque jour, cette question se pose au praticien : tantôt c'est pour établir de bonne heure le diagnostic d'une affection rénale afin d'instituer à temps un traitement approprié, tantôt c'est pour ne pas transformer en effet toxique l'action thérapeutique de certains médicaments éliminés par l'urine, tantôt encore c'est pour démêler, parmi les désordres simultanés de plusieurs grandes fonctions, la part qui revient en propre à la défaillance des reins.

A vrai dire, il n'est pas facile de fixer où commence au juste l'insuffisance rénale. Pour les reins, comme pour bien d'autres organes, la capacité fonctionnelle dépasse largement à l'état physiologique les besoins courants de l'économie : une partie du parenchyme peut être mise hors de service sans que la santé paraisse en ressentir aucune atteinte, la tolérance se maintenant si toutefois les substances nuisibles que doit rejeter l'urine ne dépassent pas dans l'organisme une proportion modérée. De plus, il est rare que le trouble des fonctions rénales soit d'emblée profond ; le plus souvent, c'est peu à peu qu'il se développe ; une sorte de compensation a le temps de s'établir, à la faveur d'un mécanisme complexe auquel prennent part la suractivité d'autres émonctoires, l'hyperémie et peut-être même l'hyperplasie du parenchyme rénal encore apte à fonctionner, enfin certaines modifications de la circulation générale. L'apparition des symptômes caractéristiques se trouve ainsi retardée pour un temps parfois assez long. Mais c'est précisément à cette période, où le trouble reste latent et où la compensation n'est pas encore compromise, que le médecin doit s'efforcer de dépister l'insuffisance rénale.

Il dispose, pour établir ce diagnostic, de plusieurs modes d'exploration, que nous allons examiner successivement.

I

L'observation clinique a depuis longtemps fait connaître un ensemble de symptômes généraux et fonctionnels qui permettent de soupçonner l'existence des lésions rénales et parfois d'en faire le diagnostic avec une quasi-certitude, avant même d'examiner l'urine. Ces symptômes, qui offrent le précieux avantage de pouvoir être constatés sans aucun artifice de technique, sont trop connus pour que nous insistions ici sur leurs caractères et sur leur valeur. Il nous suffira de les mentionner brièvement.

Les nombreux accidents nerveux, respiratoires et digestifs de l'*urémie*, qui marquent en quelque sorte la rupture de la tolérance dans l'insuffisance rénale, comme l'asystolie indique la fin de la compensation dans les affections cardiaques, semblent devoir être les symptômes les plus décisifs. Cependant, ils ne sont pas toujours bien caractéristiques et souvent leur signification n'est fixée qu'alors que l'albumine a été constatée dans l'urine. Dus en partie, sans doute, à l'insuffisance d'organes autres que le rein, ils sont bien loin d'avoir une intensité proportionnelle au degré de l'insuffisance rénale. On ne saurait, d'ailleurs, attendre leur apparition pour poser le diagnostic.

La même remarque s'applique au bruit de galop de l'*hypertrophie cardiaque*, qui se manifeste d'ordinaire à une période relativement avancée de la sclérose rénale.

Les *petits signes de brightisme* — tels que vertiges, doigt mort, cryesthésie, démangeaisons, crampes, induration des artères périphériques, pollakiurie nocturne — dont M. Dieulafoy a montré l'intérêt, permettent de songer à l'insuffisance rénale à une période précoce de la néphrite interstitielle. Toutefois, ils n'indiquent pas non plus le degré de cette insuffisance, et plusieurs d'entre eux n'en sont peut-être pas l'expression directe, mais relèvent plutôt de troubles circulatoires développés secondairement ou produits par la même cause que les altérations des reins. Ils peuvent, d'autre part, se rencontrer, soit isolément, soit plus ou moins groupés, sans qu'il existe de lésion rénale.

Les *œdèmes*, ou d'une façon plus générale les *hydropisies*, revêtent, dans les affections des reins, des caractères assez spéciaux. Mais ces épanchements, qui sont la manifestation d'un trouble survenu dans les échanges osmotiques, ont une pathogénie complexe, encore mal précisée, et qui ne réside pas tout entière dans l'insuffisance des fonctions du rein, laquelle peut, d'ailleurs, exister sans œdème.

Les troubles généraux et fonctionnels, s'ils ont une importance extrême en tant que signes révélateurs dénonçant au médecin l'existence d'un état pathologique et attirant son attention sur les reins, ne sauraient donc suffire aux exigences d'un diagnostic approfondi. C'est dans les produits mêmes de la sécrétion rénale que le clinicien doit chercher le supplément d'information dont il a besoin ; c'est là qu'il doit trouver d'abord la confirmation du désordre dont les fonctions des reins sont frappées, puis le moyen d'en apprécier la nature et l'étendue.

II

Le rein a pour fonction de sécréter l'urine. Par analogie avec d'autres glandes, on a tenté dans ces dernières années de lui attribuer aussi une *sécrétion interne*. Mais les expériences physiologiques sur lesquelles repose cette interprétation sont encore insuffisamment démonstratives (1). A plus forte raison les déductions pathologiques qu'on en voudrait tirer seraient-elles absolument conjecturales et la clinique ne saurait-elle prétendre à reconnaître l'insuffisance d'une fonction hypothétique.

C'est donc la *sécrétion externe* qui seule nous occupera. Nous allons passer en revue les divers points que comporte son étude.

1° *Conditions générales qui influencent la sécrétion de l'urine.* — La sécrétion de l'urine résulte d'échanges accomplis dans le parenchyme du rein, conformément aux lois générales qui président aux échanges moléculaires entre les liquides de l'organisme.

On distingue trois modes d'échanges de ce genre. Certaines parois vivantes laissent passer, en proportion variable il est vrai, tous les éléments d'une solution, eau, substances cristalloïdes et substances colloïdes ; il s'agit d'un phénomène comparable à une filtration, plus complexe assurément que celle qui s'effectue au travers de nos filtres usuels, mais aboutissant, en somme, au même résultat, et particulièrement au passage d'albumines à travers une paroi perméable. D'autres membranes organisées se laissent traverser seulement par les matières cristalloïdes dissoutes : c'est ce qui caractérise la dialyse, et c'est ce qui forme en quelque sorte le fond de la sécrétion de l'urine. Enfin certains tissus, le tissu scléreux, les poches fibreuses d'anciennes hydronéphroses et pyonéphroses, tendent à réaliser le type des membranes dites semi-perméables, qui ne laissent guère passer que l'eau.

Le rein malade peut offrir des exemples de ces trois modes d'échanges : dans le même organe, certaines portions du parenchyme se laissent traverser par l'albumine ; d'autres continuent à ne livrer passage, avec plus ou moins de facilité, qu'à des substances cristalloïdes ; d'autres enfin, profondément sclérosées, ne sont plus guère perméables qu'à l'eau.

On voit par là combien la perméabilité du rein est une chose autrement complexe que celle des membranes homogènes utilisées pour les expériences de laboratoire. Dans un organisme vivant, les qualités physiques d'une paroi perméable sont susceptibles de varier non seulement aux différents points de cet organe, mais encore d'un moment à l'autre en un même point, les éléments doués de vie étant exposés en maintes circonstances à subir dans leur volume, leur tension, leur contenu, des changements plus ou moins passagers.

Aussi ne doit-on pas s'étonner qu'un même rein, dont l'ensemble du parenchyme a une perméabilité notablement réduite, retienne en partie les substances dialysables et laisse pourtant échapper de l'albumine, ce qui est tout le contraire d'un phénomène d'imperméabilité. L'inégalité des lésions aux divers points de l'organe donne la raison de cette apparente contradiction.

Les parois osmotiques sont formées dans le rein par les membranes des capillaires sanguins, par la membrane de Bowmann et par l'épithélium des tubuli. Or, ces diverses parties sont frappées de façon assez inégale dans les différentes espèces de néphrites. C'est la néphrite interstitielle qui produit au maximum l'épaississement scléreux des parois capillaires et de la membrane de Bowmann, ainsi que l'atrophie des cellules tubulaires ; c'est donc *a priori* cette affection qui doit produire la plus forte imperméabilité, et l'expérience confirme, en effet, cette prévision théorique.

Le résultat des échanges accomplis à travers le parenchyme rénal dépend donc en première ligne de l'état de ce parenchyme, c'est-à-dire des qualités de la paroi perméable. Mais il est soumis encore à d'autres influences.

Il varie suivant la composition des liquides entre lesquels s'opèrent les échanges, et c'est ainsi que la nature et le taux des substances normales ou accidentelles du plasma sanguin sont susceptibles de modifier la composition du liquide sécrété.

Enfin la vitesse et la pression du sang qui circule dans le rein exercent encore une action sur la nature et surtout sur la quantité de l'urine. L'accélération circulatoire et l'accroissement de la tension sanguine provoquent la polyurie et diminuent le taux des échanges au niveau des tubuli. La stase et l'abaissement de la tension sanguine produisent le résultat inverse.

Il nous faudra donc, pour interpréter l'état de la fonction rénale d'après l'examen de l'urine, tenir compte de toutes ces conditions essentielles qui règlent le mécanisme de la sécrétion.

2° *Quantité des urines.* — La physiologie enseigne que l'abondance de l'urine dépend surtout de l'activité circulatoire du rein, c'est-à-dire de la quantité de sang qui traverse les glomérules dans l'unité de temps (1). Les qualités des parois osmotiques ne tiennent donc pas ici le premier rôle.

Aussi la polyurie et l'oligurie, contrairement à une confusion souvent faite dans le langage médical, ne nous fournissent-elles pas de données directes sur la perméabilité du rein. De deux filtres, le plus perméable n'est pas celui sur lequel on a jeté le plus d'eau, mais celui qui laisse passer, dans l'unité de temps, la plus grande quantité d'une même substance. On sait de reste que le défaut de parallélisme est assez fréquent entre la perméabilité du rein et le volume des urines.

La polyurie, par exemple, se rencontre communément dans la néphrite interstitielle, alors que l'imperméabilité est la règle (2). Inversement l'urine rare et chargée peut s'observer chez des cardiaques asystoliques dont la perméabilité rénale est assez bien conservée.

Toutefois, l'oligurie liée à l'insuffisance de l'irrigation vasculaire des reins ou à l'obstruction des voies d'écoulement de l'urine, au niveau des tubes ou de l'uretère, contribue à rendre imparfaite la dépuration urinaire. Dans ces cas, les conditions qui gênent l'entrée ou la sortie des liquides entre lesquels s'accomplit l'échange sécrétoire agissent en amont ou en aval de la paroi perméable, mais n'altèrent pas, primitivement du moins, les qualités osmotiques de cette paroi. Il n'en est pas moins évident que le résultat fonctionnel équivaut alors à l'imperméabilité.

En somme, la quantité des urines mérite qu'on lui accorde la plus grande attention pour apprécier la marche et le pronostic de certains états morbides affectant plus ou moins les reins, mais elle ne fournit à elle seule que de médiocres renseignements sur la valeur sécrétoire du parenchyme rénal. Les données les

---

(1) Ce travail constitue le rapport qui sera présenté sur ce sujet à la section de pathologie interne du *Treizième Congrès international des sciences médicales* qui se tiendra à Paris du 2 au 9 août 1900.

(1) CHATIN et GUINARD. De la sécrétion interne du rein ; exposé théorique et contribution expérimentale. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mars 1900.)

(1) Voir, à ce sujet : A. WALLER. Eléments de physiologie humaine. (Trad. de l'anglais par A. Herzen). Paris, 1898, p. 269.

(2) Cette polyurie ne serait pas, d'ailleurs, constamment un phénomène compensateur de l'imperméabilité rénale, d'après MM. Pierre Merklen et André Martin (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 23 mars 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 109).

plus utiles à cet égard sont tirées de la composition des urines.

3° *Albuminurie.* — Depuis la découverte de Bright, l'albuminurie est le symptôme fondamental que l'examen des urines fournit au diagnostic des affections des reins. Son importance n'a plus besoin d'être mise en valeur. Toutefois, malgré les travaux sans nombre dont il a fait l'objet depuis près de trois quarts de siècle, on n'a pu parvenir encore à fixer d'une façon tout à fait précise ni la pathogénie, ni la signification exacte de ce symptôme.

Sa présence n'indique pas toujours l'existence d'une lésion indélébile, car l'albuminurie peut se montrer d'une façon passagère et sans aucun autre signe de néphrite. On ne peut guère, à la vérité, se refuser, en pareil cas, à en placer la cause dans une modification fort légère et transitoire de la paroi perméable : il y aurait toujours, suivant l'expression imagée de M. Talamon, un trou au parenchyme rénal (1).

La constatation de l'albuminurie ne renseigne pas non plus d'une façon certaine, à elle seule, sur le siège histologique de l'altération, durable ou non, du parenchyme. En effet, si l'on s'accorde à penser que les glomérules malades laissent échapper l'albumine, il est vraisemblable aussi qu'une partie de l'albumine urinaire peut encore provenir des cellules tubulaires enflammées, qui la laissent exsuder comme le fait l'épithélium des muqueuses irritées par les divers agents pathogènes, physiques, chimiques ou animés. L'albuminurie pourrait donc résulter non seulement d'une transsudation vasculaire, mais encore d'une exsudation cellulaire (2).

L'albumine se rencontre dans l'urine principalement à l'état de sérine et de globuline, mais jusqu'ici ni la nature, ni l'abondance, ni la proportion relative des diverses albumines urinaires n'ont pu fournir de renseignements précis sur le degré ou l'origine des altérations rénales (3).

On a même pu, avec M. Dieulafoy, qualifier l'albuminurie de symptôme *inconstant*, car elle peut manquer pendant des périodes parfois longues dans les scléroses rénales très prononcées, et *infidèle*, puisqu'elle se montre parfois alors qu'il n'existe pas de trouble profond ni durable des fonctions des reins.

Cela dit, il n'en reste pas moins que l'albuminurie est un signe matériel des plus précieux et dont aucun clinicien ne consentirait à se priver pour établir un diagnostic de néphrite. Seulement sa valeur, comme celle de tant de symptômes, ne se juge bien que par son rapprochement avec l'ensemble des phénomènes morbides.

4° *Sédiments organisés.* — Les *cylindres urinaires*, décrits en premier lieu par Henle (1842), se forment dans les tubes du rein. Il est possible, quoi qu'on ait dit, qu'ils proviennent non seulement de la terminaison de ces tubes, mais aussi des tubes contournés, car les cylindres, dans le rein vivant, sont mous et malléables et les anses grêles de Henle sont dilatables et parfois dilatées sous l'influence de l'état pathologique.

On a beaucoup discuté sur la valeur séméiologique qu'il convient d'attribuer aux diverses variétés de cylindres. L'accord est fait pour refuser toute importance aux cylindres dits hyalins.

Les cylindres épithéliaux et hémorrhagiques se rencontrent en grande quantité dans les néphrites aiguës diffuses. Les premiers se formeraient seulement dans les canaux collecteurs, d'après von Czylharz (4).

Les cylindres granuleux s'observent aussi dans les néphrites. M. Bard leur a, dans ces derniers temps, accordé une assez grande valeur pour le diagnostic des néphrites dites épithéliales, dont la lésion essentielle consisterait, d'après lui, en une fermentation du protoplasma épithélial sous l'influence des virus. D'après cet auteur et son élève Péhu (1), dans les néphrites infectieuses aiguës les cylindres granuleux seraient nombreux, cohérents, à granulations compactes, d'un diamètre étroit. Dans l'état subaigu, ils seraient plus rares, moins cohérents, plus larges. A l'état chronique, ils diminueraient de nombre et de cohésion, pour disparaître tout à fait en cas de guérison. Leur absence coïncidant avec la persistance de l'albuminurie indiquerait une lésion cicatricielle.

Dans la néphrite interstitielle, les cylindres font défaut quand il n'y a pas d'albuminurie.

D'autres éléments figurés, des *globules rouges* et surtout des *globules blancs* se voient encore dans les urines albumineuses. M. Arnozan estime que dans les néphrites l'abondance des leucocytes, marchant de pair, comme dans les inflammations des autres organes, avec la diapédèse et l'exsudation albumineuse, permet d'apprécier l'intensité du travail phlegmasique dont le rein est le siège.

Au cours des néphrites chroniques, les globules blancs font généralement défaut dans l'urine, mais ils y apparaissent à l'occasion des poussées aiguës ou subaiguës intercurrentes.

Ces leucocytes appartiennent aux types mononucléaire et polynucléaire, et les proportions respectives de ces deux variétés sont les mêmes dans l'urine et dans le sang, comme cela résulte de quelques recherches que j'ai faites avec M. Lœper. La surabondance des polynucléaires signalerait un processus suppuratif, mais ne prouverait pas l'origine rénale de cette suppuration.

Enfin, dans les néphrites aiguës, l'urine peut renfermer des *cellules épithéliales* provenant des tubes urinifères.

L'albumine, les cylindres, les éléments figurés du sang constituent autant de matériaux que le rein devrait retenir et qu'il laisse échapper parce qu'il est malade. Mais, pour intéressant que soit ce phénomène, il est loin de former le principal élément de l'insuffisance rénale. La perte d'albumine par le rein est, en effet, le plus souvent minime et ne suffit nullement à expliquer les troubles de l'état général. Peut-être, à la vérité, passe-t-il en même temps que l'albumine des principes plus actifs, ferments ou autres, dont la privation entraînerait pour l'organisme des conséquences plus sérieuses : mais ce n'est là qu'une pure hypothèse. Quant à la perte de globules blancs, c'est-à-dire d'éléments qui représentent une réserve d'énergie déjà plus riche que la matière inerte, elle est également peu abondante.

Aussi, suivant l'opinion généralement admise, l'insuffisance rénale consiste-t-elle beaucoup moins dans le passage à travers le rein de substances qu'il devrait retenir que dans la sortie imparfaite des principes qu'il a pour mission d'éliminer. En d'autres termes, la fonction du rein étant essentiellement dépuratrice, pour apprécier ses défaillances il importe avant tout de connaître non ce qui passe en trop, mais ce qui passe en moins. C'est donc dans le déficit des matériaux éliminés par l'urine que doit être cherché l'élément fondamental du diagnostic.

Plusieurs méthodes, que nous allons passer en revue, ont été proposées pour évaluer ce déficit. Les unes se fondent sur l'étude des produits que le rein sécrète spontanément : elles consistent en des recherches chimiques (dosage), physiques (cryoscopie) et physiologiques (toxicité). Les autres ont pour principe l'élimination provoquée d'une substance étrangère à l'urine normale, que l'on introduit à dose connue dans l'organisme et dont on suit méthodiquement le passage dans l'urine.

5° *Dosage des matériaux de l'urine.* — Les composants normaux de l'urine traversent plus difficilement le rein, lorsque cet organe est atteint de sclérose et d'atrophie. A cet égard, les recherches de MM. Guyon et Albarran (2) ont la netteté démonstrative d'une expérience physiologique. Chez des sujets atteints de lésions unilatérales d'un rein, notamment de pyonéphrose, ces auteurs ont recueilli séparément, à l'aide du cathétérisme de l'uretère, l'urine du rein sain et celle du rein malade. Or, l'analyse chimique a montré que l'urine du côté atteint, souvent assez abondante, était notablement plus pauvre en matériaux fixes, surtout en phosphates, en urée, en potasse. Comme le sang qui traverse les deux reins a évidemment la même composition, il est clair que les différences trouvées dans les urines étaient exclusivement imputables à l'état différent des parenchymes.

De même, dans les néphrites chroniques, l'analyse des urines montre que les principes normaux sont en général peu abondants. Dans la néphrite interstitielle, notamment, l'urine est pâle, de faible densité, elle renferme peu d'urée, de phosphates et de sels de potasse (1). On en conclut que le rein malade ne laisse plus passer aussi bien ces principes.

De fait, certaines analyses chimiques ont décelé, en même temps que la diminution de l'urée urinaire, l'élévation de l'urée sanguine. Toutefois cette augmentation n'est pas constante; elle a fait défaut dans quelques cas (Wurtz et Berthelot). Et il est, d'ailleurs, difficile d'admettre que, dans les néphrites chroniques, la diminution des principes normaux de l'urine soit due tout entière à leur rétention dans le sang.

En effet, les substances normalement éliminées par l'urine sont versées incessamment dans le sang, en quantités à peu près égales chaque jour. Elles s'y accumulent donc lorsque l'excrétion rénale devient imparfaite. Par suite, leur proportion s'élève peu à peu dans le sang et à ce taux plus élevé correspond une élimination rénale de plus en plus forte, qui peut finalement approcher du taux physiologique. Les effets de l'imperméabilité du rein peuvent être ainsi masqués (2).

Si l'on ajoute que le rapport des divers composants de l'urine est sujet à varier selon le régime alimentaire, la nutrition générale et l'état d'autres organes que le rein, — que l'urée, par exemple, s'abaisse chez les cancéreux et dans les affections hépatiques, que les chlorures diminuent sous l'influence du régime lacté, que la phosphaturie est fréquente chez les tuberculeux, — force est bien de conclure qu'on s'exposerait à de grandes incertitudes si l'on voulait évaluer le fonctionnement rénal d'après la seule analyse chimique des urines.

Ce qu'il faudrait connaître, en effet, c'est le rapport entre le taux de ces principes dans l'urine et leur proportion dans le sang : la diminution de la perméabilité rénale aurait pour conséquence d'abaisser la valeur de ce rapport, qui tendrait alors vers l'unité. Or, l'évaluation des composants normaux de l'urine nécessiterait déjà des recherches chimiques assez compliquées, et quant à celle du second terme de comparaison, c'est-à-dire de leur taux dans le sang, elle deviendrait tout à fait impraticable (3).

6° *Cryoscopie.* — Une méthode nouvelle, la

---

(1) Ch. Talamon. Le pronostic des albuminuries. (Comptes-rendus du troisième Congrès français de médecine, 1896, p. 489, et *Semaine Médicale*, 1896, p. 327.)

(2) Cette hypothèse a été émise par Gubler (Art. « Albuminurie », *in* Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales), et soutenue par M. X. Arnozan (Comptes-rendus du troisième Congrès français de médecine, et *Semaine Médicale*, 1896, p. 325).

(3) On sait seulement que, même à l'état physiologique, les albumines étrangères à la composition du sang normal sont rejetées par le rein; sous leur influence, probablement, les éléments de cet organe éprouvent transitoirement des modifications matérielles qui font varier la perméabilité.

(4) Von Czylharz. Beitrag zur Lehre von der Abstammung der Harncylinder. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 janv. 1900.)

(1) Péhu. De la valeur des cylindres urinaires dans le diagnostic et le pronostic des maladies rénales. (*Rev. de méd.*, fév. 1899.)

(2) F. Guyon et J. Albarran. Physiologie pathologique des rétentions rénales. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, nov. 1897.)

Voir aussi : J. Albarran et L. Bernard. La perméabilité rénale étudiée par le procédé du bleu de méthylène dans les affections chirurgicales des reins. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, avril et mai 1899.)

J. Albarran, L. Bernard et F. Bousquet. Sur la cryoscopie appliquée à l'exploration de la fonction rénale. (Association française d'urologie. Paris, 1899.)

A. Gosset. Etude sur les pyonéphroses. (*Thèse de Paris*, 1900.)

(1) Charrier. Contribution à l'étude de l'élimination de la potasse urinaire dans les néphrites. (*Thèse de Paris*, 1897.)

(2) L'étude de l'élimination du bleu de méthylène pris à doses répétées rend bien compte de ce fait. En raison de l'accumulation, des malades brightiques, dont la perméabilité rénale est très diminuée, arrivent au bout de quelques jours à éliminer en vingt-quatre heures un taux de matière colorante aussi élevé que les sujets sains. Voir, à ce sujet : Ch. Achard et A. Clerc. L'élimination des doses répétées de bleu de méthylène. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 30 mars 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 115.)

(3) Kornblum (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CXXVII, 3) a constaté que, lorsqu'on fait varier dans le régime alimentaire la ration azotée, les modifications corrélatives de l'urée dans l'urine se font avec plus de lenteur chez un brightique que chez un sujet sain. On pourrait donc, en opérant ainsi, obtenir des indications sur le fonctionnement du rein et se passer de la comparaison avec le sang. Mais ce serait là une recherche longue et difficile.

cryoscopie, a pour objet de tourner l'insurmontable difficulté que présente la comparaison chimique du sang et de l'urine, en substituant la recherche d'une qualité physique à celle d'une valeur chimique. Au lieu de doser dans le sang et dans l'urine la proportion relative de chacun de leurs matériaux, cette méthode évalue seulement la quantité totale des molécules contenues dans ces deux liquides, sans distinction de nature. Le procédé relativement simple qui permet de connaître la teneur en molécules ou *concentration moléculaire* d'un liquide consiste à en déterminer le point de congélation : en effet, d'après la loi de Raoult, l'abaissement du point de congélation d'une solution est proportionnel au nombre des molécules dissoutes dans l'unité de volume de dissolvant, quelles que soient la grosseur et la nature de ces molécules (1).

Connaissant la concentration moléculaire de l'urine et celle du sérum sanguin, il est facile d'établir leur rapport; les variations de celui-ci permettront d'apprécier les différences de concentration qui résultent de l'état pathologique des reins.

A l'état normal, l'urine renferme toujours plus de molécules que le sérum. Le point de congélation (Δ) de l'urine oscille, en effet, de — 1°50 à — 2°, et celui du sérum, qui varie fort peu, est voisin de — 0°56. Le rapport cryoscopique des deux liquides est donc de 2,6 à 3,5.

Si un nombre plus grand de molécules est retenu dans le sang par le fait de l'imperméabilité rénale, la concentration moléculaire de l'urine diminue, tandis que celle du sérum s'élève; toutes deux se rapprochant, leur rapport tend vers l'unité. On a même vu des cas exceptionnels où l'urine était moins concentrée que le sérum, le rapport tombant au-dessous de 1 (2).

D'ailleurs, sous des influences accidentelles et en dehors de toute imperméabilité rénale, lorsque l'urine est sécrétée rapidement en grande abondance, après l'ingestion de copieuses boissons, par exemple, ou par l'effet de certains médicaments, le rapport cryoscopique s'abaisse bien au-dessous de la normale (3), car le sang se débarrasse trop promptement de l'eau pour que sa concentration moléculaire varie beaucoup; au contraire, l'urine se dilue, et sa concentration diminue très vite.

Aussi a-t-on conseillé de faire les déterminations cryoscopiques sur l'urine émise le matin à jeun, ou mieux sur l'urine de vingt-quatre heures, le sang étant recueilli (au moyen de ventouses scarifiées le plus souvent) à la fin de ces vingt-quatre heures. C'est pourquoi aussi l'accroissement de la concentration moléculaire du sang paraît avoir plus d'importance pour le diagnostic de l'imperméabilité rénale que l'abaissement de la concentration moléculaire de l'urine (4).

Les recherches de von Korányi ont établi que, dans les néphrites, l'imperméabilité rénale peut abaisser le rapport cryoscopique du sérum et de l'urine au-dessous de 2. C'est ce qui a lieu notamment dans la néphrite interstitielle. Mais il ne paraît pas en être toujours de même dans les autres formes (5).

L'inconvénient de cette méthode est qu'elle nécessite l'emploi d'une certaine quantité de sérum et partant une prise de sang assez considérable (1). De plus, l'urine recueillie pendant vingt-quatre heures doit être pure, sans addition d'aucun antiseptique ni d'aucune substance étrangère, et exempte de fermentation et de précipité.

Par contre, on a pu demander à la cryoscopie le moyen d'apprécier autre chose encore que la perméabilité des reins et de pénétrer plus loin dans l'étude du mécanisme de la sécrétion urinaire. Si l'on accepte la théorie de von Korányi, d'après laquelle les chlorures filtrent au niveau des glomérules et s'échangent ensuite en partie, molécule à molécule, avec la plupart des autres principes constituants de l'urine, au niveau des tubes contournés, on peut, d'après la proportion relative des molécules de chlorures et des autres molécules non chlorées, se rendre compte de l'échange sécrétoire qui s'effectue dans les tubes. Le taux de cet échange est faible si l'urine s'écoule vite dans l'appareil sécréteur, et fort si elle y séjourne plus longtemps. Or, la vitesse du courant de l'urine dans les canalicules urinifères étant proportionnelle à la vitesse du sang dans les capillaires des glomérules, on est ainsi renseigné sur l'activité circulatoire du rein. Il suffit, en somme, pour cela, de déterminer la valeur Δ qui donne le nombre total des molécules de l'urine et de doser les chlorures (évalués en grammes de chlorure de sodium, pour 100 c.c. d'urine). Le rapport de ces deux termes $\frac{\Delta}{NaCl}$ représente ainsi le taux de l'échange moléculaire, d'autant plus faible que la vitesse circulatoire est plus forte. D'après von Korányi, il ne dépasse pas 1, à l'état normal; il s'élève au-dessus de 2 dans les cas de stase chez les asystoliques.

On peut encore, après avoir dosé les chlorures, calculer le nombre des molécules chlorées, qui seules ont filtré dans les glomérules. Par différence il est alors facile d'obtenir le nombre des molécules dites élaborées (δ), qui ont passé, en s'échangeant contre des molécules chlorées, au niveau des tubuli. Le rapport entre les molécules totales et ces molécules élaborées $\left(\frac{\Delta}{\delta}\right)$ donne la valeur de la dépuration urinaire.

Toutefois, ces calculs fort ingénieux, établis par MM. Claude et Balthazard, sont peut-être un peu plus compliqués que ne le comportent les exigences de la clinique journalière (2).

7° *Toxicité.* — Parmi les substances dont l'imperméabilité rénale entrave l'excrétion, il en est dont la rétention dans l'organisme est à peu près indifférente; tel paraît être le cas de la plupart des principes les mieux étudiés de l'urine. Or, c'est au contraire à des poisons encore indéterminés que les théories pathogéniques de l'urémie accordent actuellement une importance majeure. Il faudrait donc connaître, plutôt que la valeur numérique ou chimique des substances retenues par le rein malade, leur valeur physiologique, c'est-à-dire l'action qu'elles exercent sur l'organisme.

La recherche de la toxicité, préconisée par M. Bouchard, a tenté de satisfaire à ce desideratum. Disons tout de suite que cette recherche doit porter en même temps sur l'urine et sur le sang. Limitée, en effet, à l'urine, elle encourrait toutes les objections faites au dosage chimique des principes normaux dans ce liquide seul. Au contraire, étendue à la fois à l'urine et au sérum, elle semble théoriquement devoir réaliser le procédé idéal pour reconnaître et mesurer l'insuffisance fonctionnelle des reins. Malheureusement, dans la pratique, les difficultés surgissent de toutes parts.

L'urine dont on veut déterminer la toxicité doit être recueillie pendant vingt-quatre heures et demeurer aseptique, ou du moins n'avoir subi aucune fermentation.

L'injection intraveineuse, pratiquée d'ordinaire chez le lapin, doit être faite avec une vitesse et une pression constantes, autant que possible, pendant toute la durée de l'expérience et toujours identiques aussi dans les diverses expériences. La durée de l'injection peut encore exercer une action sur les résultats.

L'urine ou le sérum injectés déterminent parfois des coagulations dans le système vasculaire de l'animal : des troubles mécaniques de la circulation viennent alors compliquer les effets toxiques (1). On a proposé, pour éviter cette circonstance perturbatrice, d'injecter en même temps que le liquide d'essai une substance anticoagulante, l'extrait de têtes de sangsues (Joffroy et Serveaux); mais M. Bernard accuse ce produit de modifier la toxicité (2).

On sait que l'injection d'un liquide non isotonique dans le sang d'un animal produit des altérations globulaires susceptibles d'entraîner des troubles indépendants de l'effet toxique proprement dit. Or, c'est ce qui a lieu quand, suivant la technique ordinaire, on injecte dans les veines d'un lapin l'urine humaine telle qu'elle a été émise, c'est-à-dire ordinairement à un état très différent de l'isotonie. Comme la dilution qu'il faudrait lui faire subir pour l'amener à cette isotonie introduirait dans l'expérience une cause d'erreur, on a cherché à corriger les résultats donnés par l'épreuve de la toxicité. Mais si la nécessité de ces corrections est généralement admise, les auteurs sont divisés sur la manière de les établir (3).

Outre ses difficultés d'ordre pratique, la recherche de la toxicité est encore passible de quelques objections théoriques.

En déterminant la toxicité du sérum, on ne connaît pas celle du sang complet, car il se pourrait que le caillot retînt une partie des substances toxiques les plus intéressantes : on sait que la fibrine fixe d'une façon remarquable certains corps, et particulièrement les ferments.

Il serait encore possible que le sang, malgré l'imperméabilité rénale, fût peu toxique, les poisons ayant été retenus dans les tissus. En effet, la composition du sang tend manifestement à conserver sa fixité, et peut-être le sang se charge-t-il seulement, lorsque le rein fonctionne mal, d'une minime quantité des produits cellulaires dont il ne parvient pas à se débarrasser par l'émonctoire habituel.

En outre, la toxicité d'un corps pour le lapin n'est pas forcément la même, toutes choses égales d'ailleurs, que pour l'homme. Il est bien connu que les diverses espèces animales réagissent parfois de façons très différentes à un même poison. Il y a plus; des individus de même espèce possèdent aussi des idiosyncrasies inégales à cet égard. Peut-être ces variations de susceptibilité sont-elles des causes d'incertitude dans la mesure de la toxicité.

Enfin, dans ces derniers temps, on a montré que les divers organes sont très inégalement sensibles aux poisons, et l'on a cherché la toxicité en injectant ces poisons, non dans la circulation, mais directement dans les organes, notamment dans le cerveau ou dans les espaces sous-arachnoïdiens (4). La question semble particulièrement intéressante en ce qui concerne les poisons urinaires, car les principales manifestations de l'urémie portent sur le système nerveux. Mais l'emploi de ce procédé pour l'urine a montré que l'injection ajoute aux effets toxiques des effets mécaniques en proportion variable, que le liquide injecté diffuse lentement, que la vitesse de l'injection et la dilution des poisons modifient les résultats; de sorte que cette méthode ne saurait convenir.

En somme, la recherche de la toxicité est

(1) La densité de l'urine est généralement abaissée dans les néphrites avec imperméabilité. Toutefois, la présence de l'albumine peut relever la densité, alors que les autres matériaux de l'urine sont diminués de proportion. Aussi la recherche de la densité est-elle inférieure à la cryoscopie.

(2) WINTER. De l'équilibre moléculaire des humeurs. (*Arch. de physiol.*, avril 1896.)

(3) DRESER. Ueber Diurese und ihre Beeinflüssung durch pharmakologische Mittel. (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, XXIX, 5-6.)

(4) Dans les néphrites toxiques produites expérimentalement, on a observé l'accroissement de la concentration moléculaire du sérum. Voir : P. F. RICHTER et W. ROTH. Experimentelle Beiträge zur Frage der Niereninsufficienz. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 et 31 juillet 1899.)

(5) Voir, pour la bibliographie de cette question : F. BOUSQUET. Recherches cryoscopiques sur le sérum sanguin, la plasmolyse et l'isotonie chez les êtres vivants. (*Thèse de Paris*, 1899.)

A.-M. CHANOZ, Considérations sur la pression osmotique et quelques propriétés des dissolutions; applications à la biologie. (*Thèse de Lyon*, 1899.)

Voir aussi les recherches de L. Lindemann, (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 1-2), de Kümmell (Communication au vingt-neuvième Congrès de la Société allemande de chirurgie, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 142), de Vaquez (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 9 fév. 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 61.)

(1) Dans les cas de lésion unilatérale du rein où il est possible de recueillir séparément l'urine de chaque rein par le cathétérisme de l'uretère, on peut se passer du sérum sanguin, l'urine du rein sain servant de témoin et les différences de concentration moléculaire résultant alors uniquement de l'état différent des deux reins. Voir : J. ALBARRAN, L. BERNARD et F. BOUSQUET. (*Loc. cit.*)

(2) D'après les recherches que j'ai faites avec M. Lœper, l'interprétation des résultats obtenus par cette méthode n'est pas toujours facile, en particulier dans les maladies aiguës et au cours des incidents divers qui traversent l'évolution des affections cardiaques et rénales.

(1) Ce fait a été surtout mis en lumière par M. Hayem et par MM. Joffroy et Serveaux. M. Bernard pense que la fréquence de cet accident a été exagérée, mais il reconnaît qu'il se produit quelquefois, ce qui suffit évidemment à constituer une cause d'erreur.

(2) L. BERNARD. Etude critique des méthodes de détermination de la toxicité du sérum sanguin et de l'urine. (*Rev. de méd.*, fév. 1900.)

(3) Voir la discussion qui a eu lieu récemment sur ce point à la Société de biologie (*Semaine Médicale*, 1900, p. 197).

(4) ED. LESNÉ. Etude de la toxicité de quelques humeurs de l'organisme au point de vue expérimental et clinique. (*Thèse de Paris*, 1899.)

théoriquement fort intéressante. Elle est capable de donner *grosso modo* des indications probantes lorsqu'on peut faire la moyenne d'expériences assez nombreuses portant sur un objet donné. Mais les résultats obtenus avec un même liquide (et surtout un même sérum) étant sujets à varier, on ne saurait accorder une valeur précise à un essai unique. Or, il est impossible en pratique de multiplier les expériences dans chaque cas. Ces incertitudes et ces difficultés techniques doivent donc faire réserver ce procédé pour les recherches de laboratoire et l'empêchent de passer dans le domaine de l'investigation clinique.

8° *Elimination provoquée.* — Les substances qui passent accidentellement dans l'urine s'éliminent moins bien lorsque les reins sont malades. Ce fait, depuis longtemps démontré pour divers médicaments, a été mis à profit par la thérapeutique. L'idée d'en tirer parti pour le diagnostic avait été émise incidemment, mais aucun procédé pratique n'en avait été déduit, lorsque nous avons proposé, avec M. Castaigne, l'emploi du bleu de méthylène pour explorer les fonctions du rein.

Le bleu de méthylène est un corps à molécule complexe, notablement moins diffusible que certaines autres substances, les iodures, par exemple. Ceux-ci n'accusent pas aussi bien les différences de temps qui peuvent se manifester dans l'élimination.

On a dit, il est vrai, et ce point a été bien mis en lumière par M. Lépine (1), que le rein n'élimine pas tous les corps indistinctement suivant le même mode, en sorte que l'épreuve faite avec une substance déterminée pourrait n'indiquer nullement comment passent les autres. Toutefois, en comparant l'ensemble des résultats obtenus pour le bleu et pour les principaux éléments de l'urine normale, on voit qu'il existe un certain parallélisme dans leur élimination et que la perméabilité générale du rein pour la plupart des corps auxquels il sert d'émonctoire correspond, avec une approximation suffisante, à la perméabilité pour le bleu de méthylène (2).

Il est donc hors de doute que le choix du réactif indicateur n'est pas indifférent, parce que toutes les substances qui s'éliminent par l'urine ne sont pas également diffusibles et vraisemblablement ne passent pas toutes au même point de l'appareil excréteur élémentaire. Mais, d'autre part, ce choix est d'importance secondaire. Quel que soit le corps employé, le principe de la méthode n'en subsiste pas moins. La différence des résultats obtenus avec les diverses substances prouverait seulement que la méthode se prête à des investigations variées et comporte des applications multiples.

Le bleu de méthylène, qui est généralement employé pour l'épreuve de l'élimination provoquée, passe dans deux sécrétions : la bile et l'urine. Il est probable que le bleu rejeté par la bile est rapidement résorbé dans l'intestin, en sorte qu'en définitive c'est encore le rein qui demeure la grande voie d'élimination de ce produit.

Le bleu ne s'élimine pas seulement en nature, mais aussi à l'état de dérivé incolore, découvert dans l'urine par MM. J. Voisin et G. Hauser. Nous avons, avec M. Castaigne, donné à ce dérivé le nom de chromogène, car il est susceptible de reprendre une couleur bleue par oxydation : l'action de l'acide acétique à chaud est le procédé usité pour opérer cette transformation.

(1) Lépine. Sur la perméabilité rénale. (*Lyon méd.* 20 fév. 1898.) — Cet auteur a préconisé l'emploi d'une couleur rouge, le rosaniline-trisulfonate de soude; voir sur ce point : J. Dreyfus. Contribution à l'étude de la perméabilité rénale. (*Thèse de Lyon*, 1898.) La fuchsine acide, corps très voisin sinon identique, que nous avons expérimentée avec M. Clerc, ne nous a pas paru présenter d'avantages sur le bleu, ni donner des résultats bien différents, ainsi que nous l'avons exposé à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 2 février 1900.

(2) C'est notamment ce qui résulte des faits publiés dans les travaux suivants :

Ch. Achard et J. Castaigne. Perméabilité rénale et composition des urines dans le rein cardiaque et le mal de Bright. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 14 janv. 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 21.)

A. Chauffard et J. Castaigne. Valeur séméiologique de l'épreuve par le bleu de méthylène chez les hépatiques. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 22 avril 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 200.)

J. Albarran et L. Bernard. (*Loc. cit.*)

L. Bernard. Les fonctions du rein dans les néphrites chroniques. (*Thèse de Paris*, 1900.)

La production du chromogène a lieu dans les divers tissus, dont le pouvoir de réduction, étudié déjà par Ehrlich (1886), est variable. La formation du leuco-dérivé n'est donc pas un phénomène rénal. Mais comme c'est dans le rein que cette dernière substance, apportée par le sang, repasse en proportion plus ou moins considérable à l'état de bleu, il en résulte que l'élimination de la matière colorante sous ses deux formes est sous la dépendance immédiate de l'état des fonctions rénales. Il importe donc de connaître à la fois l'élimination du bleu en nature et celle du chromogène pour apprécier les résultats de l'épreuve.

L'exploration se fait d'ordinaire en injectant sous la peau 0 gr. 05 centigr. de bleu de méthylène et en recherchant dans l'urine, à intervalles plus ou moins rapprochés, la présence de la matière colorante soit en nature, soit à l'état de chromogène.

Le passage du bleu dans l'urine fournit plusieurs éléments d'appréciation qui sont :

A. Le début de l'élimination;

B. Sa durée;

C. La quantité de substance éliminée;

D. Les variations et irrégularités du rythme de l'élimination.

A. Le *début de l'élimination* a lieu rapidement après l'injection, au bout d'un quart d'heure à une demi-heure à l'état normal. A l'état pathologique, il peut être retardé d'une ou de plusieurs heures.

Mais le passage de la matière colorante dans les délais normaux ne saurait indiquer à lui seul l'intégrité de la perméabilité rénale. Il suffit, en effet, qu'une petite portion du parenchyme soit en état d'éliminer d'une façon normale pour qu'une quantité minime de substance colorante puisse être très rapidement décelée dans l'urine.

B. La *durée de l'élimination* est assez variable. Chez les sujets normaux, elle est de trente-cinq à soixante heures. A l'état pathologique, elle peut rester comprise dans ces délais, ou bien elle est abrégée ou prolongée.

Abrégée, elle résulte d'un passage rapide et excessif du bleu dans l'urine, c'est-à-dire d'un excès de perméabilité, suivant l'opinion de M. Bard, qui attribue ce mode d'élimination aux néphrites épithéliales (1). Ou bien elle coïncide avec une imperméabilité très accentuée et la quantité de matière éliminée est alors excessivement faible. On peut, croyons-nous, expliquer cette éventualité de la manière suivante :

Pour qu'un rein très peu perméable laisse passer une petite quantité de bleu, il faut que le sang qui le traverse lui en apporte une assez forte proportion : c'est ce qui a lieu à la période qui correspond d'ordinaire au maximum de l'élimination. Puis, dès que le taux du bleu vient à baisser dans le sang, le rein n'en laisse plus passer ou n'en élimine que des quantités trop faibles pour qu'on puisse les déceler.

Prolongée, la durée de l'élimination est souvent en rapport avec l'imperméabilité rénale (2). On conçoit aisément, d'ailleurs, que, le champ de la dépuration urinaire étant rétréci, l'élimination ne puisse se terminer aussi promptement qu'à l'état physiologique, en sorte que les parties restées saines dans le parenchyme rénal continuent à excréter la matière colorante au delà des délais normaux (3).

D'après MM. Albarran et L. Bernard, l'hypertrophie compensatrice du parenchyme sain serait, dans certains cas, la cause de la prolongation (4). Toutefois, dans les faits visés par ces auteurs, la prolongation est directement proportionnelle à l'imperméabilité du parenchyme malade et inversement proportionnelle à l'hypertrophie compensatrice du parenchyme sain. Elle augmente avec l'imperméabilité et diminue avec l'hypertrophie. Aussi nous paraît-il préférable de faire de cette élimination prolongée, non pas le signe de l'hypertrophie compensatrice, mais plutôt l'indice d'une compensation insuffisante.

(1) Bard. De l'excès de perméabilité du rein dans les néphrites épithéliales. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 27 mai 1897.)

(2) Achard et J. Castaigne. L'élimination prolongée du bleu de méthylène dans l'imperméabilité rénale. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 24 fév. 1899, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 69.)

(3) Telle est l'interprétation que nous avons proposée, avec M. Castaigne, dans deux communications, déjà citées, à la Société médicale des hôpitaux.

(4) J. Albarran et L. Bernard. (*Loc. cit.*)

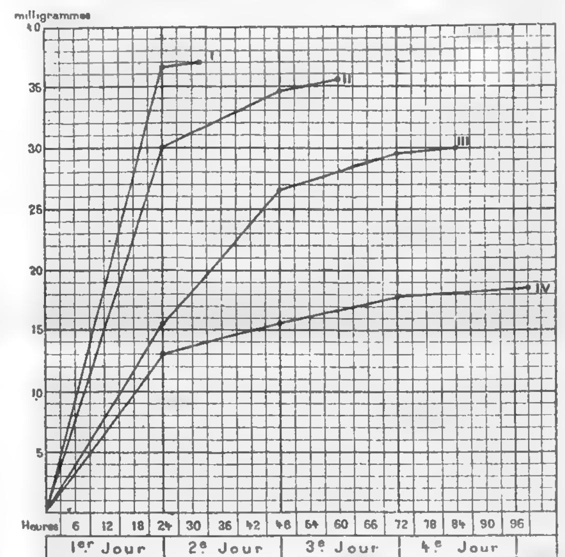
C. La *quantité de substance éliminée* nous paraît être l'élément le plus important de l'épreuve. Mais c'est assurément celui qu'il est le moins facile d'apprécier. Il est nécessaire, en effet, de recueillir la totalité des urines renfermant la matière colorante. Or, il faut, pour cela, que les malades soient étroitement surveillés ou se prêtent aux recherches avec une grande docilité. La diarrhée, l'incontinence d'urine peuvent donner lieu à la perte d'une quantité plus ou moins considérable de ces urines.

Le dosage est pratiqué par les procédés chromométriques. A l'état normal, le taux d'élimination dans les vingt-quatre premières heures atteint au moins (bleu et chromogène réunis) la moitié de la dose injectée, soit 0 gr. 025 à 0 gr. 030 milligrammes (1).

En pratiquant des dosages successifs, toutes les vingt-quatre heures, s'il y a lieu, jusqu'à la fin de l'élimination, on peut établir des graphiques qui donnent une bonne idée de la façon dont passe la matière colorante à travers le rein et permettent la comparaison entre les divers sujets.

Sur ces tracés, la ligne horizontale, ou ligne des abscisses, correspond au temps écoulé depuis l'injection, et la ligne verticale, ou ligne des ordonnées, à la quantité de matière colorante éliminée.

Un type de perméabilité normale est figuré par la courbe II du graphique ci-dessous. Les courbes III et IV montrent l'élimination prolongée et diminuée de quantité chez deux malades atteints de néphrite chronique. Quant à la courbe I, elle pourrait être rapportée aux faits visés par M. Bard, où la perméabilité est exagérée : il s'agissait d'un jeune homme atteint de fièvre typhoïde avec albuminurie légère et non persistante; l'élimination fut de courte durée et rapidement considérable.



Certains malades éliminent lentement et arrivent, en y mettant plus de temps, à une proportion presque aussi forte que les sujets sains. On ne peut, évidemment, tenir pour normal ce mode d'élimination. Aussi importe-t-il de considérer, plutôt que la quantité finale éliminée, celle qui passe à travers le rein dans un temps toujours le même, par exemple dans les vingt-quatre premières heures qui suivent l'injection.

D. *Le rythme de l'élimination* peut offrir des particularités remarquables. A l'état normal, si l'on observe les teintes successives que prend l'urine recueillie à des intervalles très rapprochés, on voit que ces nuances sont régulièrement croissantes, puis, après avoir atteint un maximum, décroissent régulièrement : c'est ce que M. Chauffard appelle l'*élimination continue cyclique*. Mais il peut arriver que cette régularité soit rompue; les teintes subissent des alternatives de diminution et de renforcement : c'est l'*élimination continue polycyclique*. Enfin, à un degré de plus, l'élimination s'interrompt complètement pendant quelque temps pour reprendre ensuite; ces intermittences correspondent à l'*élimination discontinue*.

(1) Ch. Achard et A. Clerc. L'épreuve du bleu de méthylène; la durée et le taux de l'élimination. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 2 fév. 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 47.)

Or, les recherches faites par M. Chauffard avec MM. Cavasse et Castaigne ont montré que les troubles du rythme d'élimination, c'est-à-dire le type polycyclique et le type discontinu, se rencontrent dans les affections du foie et caractérisent l'insuffisance hépatique (1). Le foie, suivant l'hypothèse émise par MM. Chauffard et Castaigne, agirait sur la sécrétion rénale en livrant par intermittences à la circulation des principes toxiques qui exerceraient sur les reins une action inhibitoire (2). L'insuffisance rénale serait ici un phénomène transitoire et secondaire, l'insuffisance hépatique étant le fait primitif.

Peut-être d'autres influences encore sont-elles capables de briser la continuité régulière de l'élimination du bleu : telles seraient certaines actions nerveuses, certaines altérations rénales.

Les recherches dont le procédé du bleu de méthylène a été l'objet sont assez nombreuses. Nous ne pouvons ici en donner une analyse complète, mais nous indiquerons dans quel sens elles ont été dirigées et les résultats principaux qui s'en dégagent.

C'est naturellement dans les *néphrites* que la perméabilité rénale a été surtout explorée par le bleu (3).

L'imperméabilité paraît être la règle dans la néphrite interstitielle : le taux d'élimination est diminué, la durée est habituellement prolongée et le moment d'apparition de la matière colorante est fréquemment retardé. On a pu ainsi, dans plusieurs cas, reconnaître l'existence de cette affection, alors que l'examen du malade ne permettait pas d'en affirmer le diagnostic et que l'urine, du moins au moment de cet examen, ne contenait pas d'albumine. Ce seul fait suffirait à montrer l'utilité pratique de l'épreuve du bleu.

Dans les néphrites aiguës ou subaiguës et dans les néphrites chroniques diffuses, la perméabilité paraît pouvoir se maintenir pendant un certain temps : les observations de M. Bard, de M. Bernard, de M. Widal, celles que j'ai rapportées avec MM. Castaigne et Clerc en font foi. On peut même constater en pareil cas une véritable exagération de la perméabilité, c'est-à-dire l'élimination rapide et intense du bleu. Mais il serait téméraire d'ériger ce fait en règle générale, et l'on peut, au contraire, chez des sujets présentant les signes classiques d'une néphrite subaiguë ou aiguë, avec œdème et albuminurie, observer, comme j'en ai vu quelques exemples, un abaissement du taux d'élimination.

D'après MM. Bard et Bonnet, qui ont comparé l'élimination du bleu à celle de l'iodure de potassium, la perméabilité serait diminuée pour ces deux substances dans la néphrite interstitielle, abaissée seulement pour l'iodure dans les néphrites parenchymateuses avec atrophie, exagérée pour le bleu dans les néphrites épithéliales.

La perméabilité au bleu paraît rester assez bonne dans la dégénérescence amyloïde du rein.

L'élimination du bleu a été étudiée dans certaines *maladies infectieuses* (notamment par MM. Reynaud et Olmer (1) dans la fièvre typhoïde), dans des *intoxications* (2), dans les *maladies cardiaques* (3), dans les *affections dermatologiques* (4), dans le *diabète* (5), dans l'*épilepsie* et divers *troubles nerveux* (6).

M. Frenkel l'a trouvée amoindrie chez les malades atteints de *cataracte* (1).

La *chirurgie urinaire* (2) a tiré parti de ce procédé pour assurer le diagnostic et fixer les indications opératoires. M. Bazy, l'un des premiers, a mis en lumière son utilité. L'association du cathétérisme de l'uretère à l'épreuve du bleu, réalisée tout d'abord sur notre demande par M. Imbert dans le service de M. Schwartz (3), a fourni, surtout entre les mains de MM. Guyon, Albarran et Bernard, des résultats particulièrement instructifs, en ce que l'on peut, de cette manière, apprécier séparément la perméabilité de chaque rein.

La pathologie obstétricale (4), enfin, en a tiré des données utiles à l'étude de l'*éclampsie*. De l'ensemble de ces recherches, inaugurées par M. Potocki, il résulte que l'imperméabilité est très inconstante et ne saurait être considérée comme la cause des accidents éclamptiques.

En somme, et tout en tenant compte des différences de diffusibilité propres aux diverses substances qui passent dans les urines, l'élimination du bleu de méthylène paraît donner une assez bonne idée de la perméabilité générale du rein et de la manière dont cet organe accomplit ses fonctions dépuratrices.

Mais il serait excessif de faire de cette épreuve du bleu le pivot du diagnostic et du pronostic : ce serait évidemment lui demander plus qu'elle ne peut fournir.

En effet, les indications qu'elle donne sont d'ordre physiologique et non anatomique; elle renseigne sur la valeur d'une fonction et non sur l'état histologique d'un organe. Il est donc nécessaire de compléter ses résultats par ceux que l'on obtient d'autres méthodes, pour être à même de reconnaître la nature et l'étendue des lésions rénales.

D'autre part, l'épreuve du bleu ne révèle pas

---

(1) A. Chauffard. La perméabilité rénale au cours des ictères infectieux. (*Presse méd.*, 8 janv. 1898.) — A. Chauffard et A. Cavasse. Contribution à l'étude de la perméabilité rénale chez les hépatiques. (*Presse méd.*, 12 mars 1898.) — A. Chauffard et J. Castaigne. (*Loc. cit.*)

Voir aussi : P. Oulmont et F. Ramond. Insuffisance hépatique au cours d'une fièvre ortiée. (*Presse méd.*, 29 avril 1899.)

P. Ménétrier. Foie syphilitique; gommes et cirrhose avec hypersplénomégalie. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 22 juin 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 222.)

(2) A. Chauffard et J. Castaigne. L'épreuve du bleu et les éliminations urinaires chez les hépatiques. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai 1899.)

(3) Ch. Achard et J. Castaigne. Diagnostic de la perméabilité rénale. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 30 avril 1897, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 170.)

Bard. (*Loc. cit.*)

G. H. Lemoine. Application du procédé de MM. Achard et Castaigne dans deux cas de néphrite à caractères différents. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 17 juin 1897.)

Ch. Achard et J. Castaigne. Sur l'application du bleu de méthylène au diagnostic de la perméabilité rénale. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 18 juin 1897, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 239.)

P. Dériaud. Contribution à l'étude du diagnostic de la perméabilité rénale par le procédé du bleu de méthylène dans les différentes formes cliniques de l'albuminurie. (*Thèse de Paris*, 1897.)

L. Bourg. Essai sur le diagnostic de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène. (*Thèse de Paris*, 1897.)

J. Baylac et Pérès. Note sur la recherche de la perméabilité rénale par l'emploi du bleu de méthylène. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 23 juillet 1897.)

Pérès. Contribution à l'étude de la perméabilité rénale; son diagnostic par l'emploi du bleu de méthylène. (*Thèse de Toulouse*, 1897.)

Ch. Achard et J. Castaigne. Sur l'élimination du bleu de méthylène. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 30 juillet 1897, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 292.)

L. Bard et L.-M. Bonnet. Recherches et considérations cliniques sur les différences de perméabilité rénale dans les diverses espèces de néphrites. (*Arch. gén. de méd.*, fév., mars et avril 1898.)

R. Lépine. Sur la perméabilité rénale. (*Lyon méd.*, 20 fév. 1898.)

A. Muggia. Sulla diagnosi della permeabilità renale nei bambini. (*Gazz. med. di Torino*, 10, 17 et 24 fév. 1898.)

H. Gillet. Albuminuries intermittentes des jeunes sujets et perméabilité rénale. (*Ann. de la policlin. de Paris*, mars 1898.)

Gibert. Recherche de l'état fonctionnel des reins au moyen des injections de bleu de méthylène. (*Thèse de Montpellier*, 1898.)

G. Nesti. Sulla diagnosi della permeabilità renale colle iniezioni di bleu di metilene. (*Settimana med. dello Sperimentale*, 16 et 23 juillet 1898.)

Devoto. Funzioni renali e permeabilità renale. (*Clinica med. ital.*, 1898, nº 9.)

Van Nypelseer. Diagnostic de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène. (*Clinique*, 20 oct. 1898.)

Ch. Achard et J. Castaigne. L'élimination prolongée du bleu de méthylène dans l'imperméabilité rénale. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 24 fév. 1899, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 69.)

E. von Czylharz et J. Donath. Ueber die Ausscheidung des Methylenblau durch normale und pathologische Nieren. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 juin 1899.)

A. Pédenko. Recherches cliniques sur l'épreuve de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène dans les diverses formes de néphrite (en russe). (*Bolnitchn gaz. Botkina*, 21 juillet 1899.)

Fr. Müller. Ueber die Ausscheidung des Methylenblaus durch die Nieren. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIII, 1-2.)

G. Reynaud et D. Olmer. Valeur clinique de l'épreuve du bleu de méthylène dans 343 observations inédites. (*Marseille méd.*, 1er oct. 1899.)

L. Bernard. Les fonctions du rein dans les néphrites chroniques. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 26 janv. et 9 fév. 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 39 et 61. — *Thèse de Paris*, 1900.)

Ch. Achard et A. Clerc. L'épreuve du bleu de méthylène; la durée et le taux de l'élimination. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 2 fév. 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 47.)

F. Widal. Les fonctions rénales dans les états urémiques. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 2 fév. 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 47.) — Modifications de la perméabilité rénale chez un même sujet. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 30 mars 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 115.)

Ch. Achard et M. Lœper. Albuminurie orthostatique. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 22 juin 1900, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 221.)

(1) G. Reynaud et D. Olmer. Sur la perméabilité rénale dans la fièvre typhoïde. (*Bulletin méd.*, 14 oct. 1899.)

(2) Riche. Influence des lésions rénales sur l'infection; rôle de l'organisme; élimination du bleu de méthylène. (*Compt. rend. et Mém. de la Soc. de biol.*, 5 mars 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 103.)

Milian. Intoxication mercurielle et perméabilité rénale. (Communication à la Société de dermatologie, 10 fév. 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 70.)

R. Galeazzi et A. Grillo. L'influenza degli anestetici sulla permeabilità renale. (*Policlinico*, 15 septembre 1899.)

(3) Ch. Achard et J. Castaigne. La perméabilité rénale et la composition des urines dans la congestion d'origine cardiaque et dans le mal de Bright. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 14 janv. 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 21.)

A. Martin. Contribution à l'étude de la polyurie chez les cardiaques. (*Thèse de Paris*, 1899.)

(4) Danlos et Leredde. (*Soc. de dermatologie*, 4 mai 1899.)

L. Bernard. Pelade, vitiligo et prurigo par auto-intoxication, dans le cours d'une néphrite chronique probablement de même origine. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 5 mai 1899, et *Semaine Médicale*, 1899, p. 166.)

(5) Ch. Achard et E. Weil. Imperméabilité rénale et hyperglycémie dans le diabète. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 21 janv. 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 40.)

Troisier. Perméabilité rénale dans le diabète. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 28 janv. 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 51.)

(6) J. Voisin et G. Hauser. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 18 juin 1897.)

J. Voisin. De l'élimination du bleu de méthylène chez les épileptiques. (Comptes rendus du Neuvième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 348.)

J. Voisin et A. Mauté. Note sur l'élimination du bleu de méthylène chez les épileptiques. (*Arch. de neurol.*, septembre 1898.)

Ch. Féré et Ch. Laubry. Note sur la plus grande rapidité de l'élimination du bleu de méthylène par les urines à la suite des accès chez les épileptiques. (*Compt. rend. et Mém. de la Soc. de biol.*, 23 oct. 1897, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 397.)

H. Dufour. Note sur l'élimination du bleu de méthylène chez une malade atteinte de périodes alternatives de dépression et d'excitation. (*Compt. rend. et Mém. de la Soc. de biol.*, 2 juillet 1898, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 292.)

P. Bodoni. (*Riv. di patol. nerv. e mentale*, oct. 1898.)

R. Bonfigli. Sulla eliminazione del bleu di metilene nell'epilessia, nell'isterismo ed in alcune forme mentali. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXV, 2.)

(1) H. Frenkel. Recherches sur la perméabilité rénale chez les personnes atteintes de cataracte. (Comptes rendus du quatrième Congrès français de médecine, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 177.)

(2) Tuffier. Chirurgie rénale. (Comptes rendus du douzième Congrès international de médecine, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 341.)

F. Guyon et J. Albarran. Physiologie pathologique des rétentions rénales. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, nov. 1897.)

P. Bazy. Diagnostic des lésions dites chirurgicales des reins; de l'emploi du bleu de méthylène. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdominale*, avril 1898.) — Voir aussi, du même auteur, une communication au douzième Congrès français de chirurgie. (*Semaine Médicale*, 1898, p. 420.)

J. Albarran et L. Bernard. La perméabilité rénale étudiée par le procédé du bleu de méthylène dans les affections chirurgicales des reins. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, avril et mai 1899.)

Dans une discussion récente à la Société de chirurgie, contrairement à l'opinion de MM Bazy et Tuffier, M. Albarran semble ne plus accorder la même valeur à l'épreuve du bleu de méthylène (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 212.)

(3) Ch. Achard et Castaigne. Application du bleu de méthylène au diagnostic de la perméabilité rénale. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 15 juin 1897, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 239.) — Sur l'élimination du bleu de méthylène. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 30 juillet 1897, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 292.)

(4) Potocki. Sur la perméabilité rénale chez les éclamptiques. (*Bulletin méd.*, 2 fév. 1898.)

P. Bar, Menu et R Mercier. Perméabilité rénale de la femme enceinte. (*Soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris*, 9 mars 1898.)

Ch. Guénard. Etude sur la perméabilité rénale chez les éclamptiques par le procédé du bleu de méthylène. (*Thèse de Paris*, 1898.)

E. Goin. Sur quelques résultats obtenus par l'étude de l'élimination du bleu de méthylène dans l'urine des éclamptiques. (*These de Paris*, 1898.)

Th. H. Van de Velde Methyleenblauw-uitscheiding en Nierenfunctie; waarnemingen, in't bijzonder bij lijderessen aan Eclampsie. (*Thèse de Leyde*, 1899.)

non plus à elle seule la gravité de la maladie, car le pronostic dépend de conditions multiples. L'insuffisance de nombreux organes s'ajoute à celle des reins pour déterminer l'ensemble des accidents qualifiés d'urémiques. Si donc on peut voir l'imperméabilité au bleu exister sans urémie, et inversement l'urémie survenir sans imperméabilité, on n'en saurait conclure, à notre sens, que l'épreuve est en défaut, ni que la perméabilité diffère complètement pour le bleu et pour les poisons, d'ailleurs indéterminés, de l'urémie. Car c'est peut-être seulement la théorie qui est en défaut, en attribuant tous les accidents observés en pareil cas à une élimination rénale imparfaite. En outre, si l'urémie n'est pas tout entière comprise dans l'insuffisance rénale, l'insuffisance rénale, à son tour, n'est pas uniquement contenue dans les troubles de la perméabilité du rein : des phénomènes plus complexes que de simples actions physiques contribuent peut-être à la produire. Il faut donc se garder de prendre comme équivalents les termes d'urémie, d'insuffisance rénale et d'imperméabilité.

9° Phénomènes chimiques de la sécrétion rénale. — Nous n'avons étudié jusqu'ici dans l'émonctoire rénal que la partie physique de son mécanisme, ou, comme on dit de façon un peu impropre, le *rein considéré comme filtre*. Or, c'est là un point de vue un peu trop restreint. Le rein n'est pas un filtre purement passif, c'est un filtre électif, un filtre vivant. Sans doute, il serait contraire à tout esprit scientifique de le considérer comme un organe susceptible d'échapper aux lois physiques. L'idéal de la physiologie et de la pathologie doit être, au contraire, de dépouiller peu à peu les phénomènes vitaux de toute apparence de caprice et de les faire rentrer dans l'ordre des phénomènes naturels, dont le déterminisme est précis. Mais il ne faut pas oublier que la vie résulte de variations incessantes, engendrant un équilibre perpétuellement mobile, en sorte que les conditions physiques qui interviennent dans les actes vitaux changent elles-mêmes à tout moment.

Ainsi, comme nous l'avons déjà fait remarquer, le rein, même envisagé comme une simple paroi perméable, non seulement ne possède pas en tous les points de son parenchyme les mêmes qualités de perméabilité, mais peut encore, en un même point, subir, par le fait des changements vitaux de ses éléments, des modifications de perméabilité qui font varier la nature des échanges et la qualité de la sécrétion.

De plus, les manifestations de l'énergie physique ne constituent pas à elles seules la totalité des actes cellulaires qui s'accomplissent dans les organes affectés aux échanges nutritifs. Dans ces organes, et dans le rein en particulier, des réactions chimiques interviennent, qui sont capables de modifier la nature des substances échangées, peut être même les qualités physiques des éléments servant à l'osmose. Il y aurait donc lieu d'examiner maintenant l'activité chimique du parenchyme rénal, ou, comme on dit, *le rein considéré comme glande*, et de voir quels renseignements cette étude pourrait fournir au diagnostic.

Malheureusement, il faut l'avouer, les phénomènes chimiques qui s'accomplissent dans le rein sont encore bien mal connus. Le retour à l'état de bleu du chromogène contenu dans le sang paraît dû à une action chimique de l'ordre des oxydations. Aussi la comparaison du bleu et du chromogène de l'urine semble-t-elle appelée à fournir des renseignements sur l'activité chimique du parenchyme rénal. Mais nous ne possédons pas encore des données précises sur la valeur des résultats obtenus de cette manière, ni sur le mécanisme de ce processus.

La formation de l'acide hippurique aux dépens de l'acide benzoïque et du glycocolle est à peu près la seule manifestation de l'énergie chimique des éléments rénaux sur laquelle on ait, grâce aux expériences de circulation artificielle réalisées par Bunge et Schmiedeberg (1), quelques indications positives. Mais les tentatives que j'ai faites avec M. Chapelle pour rechercher si les altérations rénales mettent une entrave à cette synthèse biologique n'ont pas abouti à des résultats démonstratifs (1).

(1) BUNGE et SCHMIEDEBERG. (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol.*, 1876, VI, p. 233.) — Récemment MM. Abelous et Ribaut ont découvert dans le parenchyme rénal un ferment soluble qui opère cette synthèse. (*Compt. rend. et Mém. de la Soc. de biol.*, 2 juin 1900.)

Par contre, il n'en est pas tout à fait de même d'un autre phénomène biologique qui s'accomplit également dans le rein, je veux parler de la glycosurie déterminée par la phloridzine. Bien qu'on ne sache pas de façon certaine si la phloridzine rend le parenchyme rénal plus perméable au sucre du sang ou provoque, de la part des cellules du rein, une véritable élaboration de glycose, il paraît acquis, d'après l'ensemble des données physiologiques et surtout par les expériences de Zuntz (2), que cette glycosurie est due à un phénomène rénal et que l'action chimique de la phloridzine sur les éléments du rein modifie leurs fonctions. En tout cas, il est certain qu'il ne s'agit pas là du passage pur et simple d'une substance à travers le rein, car cet organe élimine autre chose que le corps introduit dans la circulation.

Or, en comparant avec M. V. Delamare les effets de la phloridzine chez les sujets sains et chez les malades porteurs de lésions rénales, nous avons observé des différences qui nous ont permis d'utiliser ce corps pour l'exploration clinique du rein (3).

Dans certains cas pathologiques, la glycosurie présente une exagération portant sur sa durée ou seulement sur sa quantité. Mais c'est principalement l'insuffisance de la glycosurie et même son absence qui s'observent dans les affections rénales. On peut noter cette hypoglycosurie, voire l'anaglycosurie complète, de même que l'imperméabilité au bleu de méthylène, chez des patients atteints de néphrite interstitielle dans les périodes où l'albuminurie fait défaut. Assez fréquemment, ces phénomènes apparaissent d'une façon transitoire, par exemple au cours de l'albuminurie passagère des infections aiguës. L'épreuve de la phloridzine paraît donc capable d'accuser des modifications purement fonctionnelles des reins.

On peut très facilement associer l'exploration par le bleu de méthylène à celle par la phloridzine, et comparer les résultats simultanés de cette double épreuve. Le plus souvent, la diminution de la perméabilité au bleu coïncide avec l'absence ou la diminution de la glycosurie phloridzique. Il est pourtant des cas où les résultats sont discordants : ainsi, dans les néphrites aiguës ou subaiguës qui laissent à peu près intacte la perméabilité au bleu, la glycosurie peut manquer absolument.

En faut-il conclure que l'une des deux méthodes est en défaut et que l'une est meilleure que l'autre? Evidemment non. La production de la glycosurie sous l'influence de la phloridzine est un phénomène plus complexe que la simple élimination du bleu de méthylène par le rein. Il n'y a donc nullement lieu d'être surpris de voir deux phénomènes dont le mécanisme physiologique est différent influencés de façon également différente par les conditions pathologiques.

(1) Ces recherches ont été faites en injectant sous la peau 1 gramme de benzoate de soude (ce qui correspond théoriquement à 1 gr. 24 centigr. d'acide hippurique) et en recherchant dans l'urine l'acide hippurique et l'acide benzoïque. Or, jamais nous n'avons pu trouver d'acide benzoïque dans les urines préservées de toute fermentation, même chez des sujets dont les reins étaient profondément altérés. Nous avons seulement constaté que la production d'acide hippurique était moindre lorsque la perméabilité rénale était diminuée.

Ainsi, chez 2 sujets normaux, l'acide hippurique, dosé vingt-quatre heures avant et après l'injection, subit une augmentation de 1 gr. 12 centigr. et 1 gr. 16 centigr. sous l'influence du benzoate de soude. Dans 2 cas de néphrite interstitielle, il ne s'éleva que de 0 gr. 699 milligrammes et 0 gr. 440 milligr. Chez une malade atteinte de sclérose ancienne avec poussée aiguë récente et en pleine crise d'urémie terminale, alors que l'imperméabilité au bleu était très accusée, la quantité d'acide hippurique excrétée s'accrut seulement de 0 gr. 210 milligr.

(2) ZUNTZ. (*Verhandl. der physiolog. Gesellschaft zu Berlin*, 1894-95, p. 51.)

(3) CH. ACHARD et V. DELAMARE. L'exploration clinique des fonctions rénales par la glycosurie phloridzique. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 7 avril 1899.)

V. DELAMARE. La glycosurie phloridzique; son application à l'exploration clinique des fonctions rénales. (*Thèse de Paris*, 1899.)

CLOUPET. Contribution à l'étude clinique des fonctions rénales à l'aide de la phloridzine. (*Thèse de Toulouse*, 1899.)

Le procédé auquel nous nous sommes arrêtés pour pratiquer l'épreuve de la phloridzine consiste à injecter sous la peau une dose minime, de 0 gr. 005 milligr. seulement, de ce corps et à rechercher ensuite comment se fait l'élimination du sucre. Il faut s'assurer, bien entendu, que la glycosurie ne préexiste pas à l'épreuve.

Nous considérons la glycosurie comme régulière lorsque le sucre apparaît pendant la première heure qui suit l'injection, disparaît au bout de trois ou quatre heures et atteint le taux de 0 gr. 50 centigr. à 2 gr. 50 centigr. (*Semaine Médicale*, 1899, p. 37.)

Nous connaissons moins bien, à vrai dire, la signification de l'épreuve de la phloridzine que de celle du bleu. Mais n'est-il pas intéressant néanmoins de constater que, dans des lésions indéniables et profondes des reins, alors que l'élimination du bleu et de divers matériaux contenus dans le sang se fait bien, l'injection de phloridzine nous donne un moyen de vérifier que le fonctionnement des éléments rénaux pèche au moins par certains côtés?

Et n'est-il pas permis d'entrevoir, à la lumière de cette donnée, la possibilité d'autres désordres fonctionnels, frappant des actes biologiques encore indéterminés du parenchyme rénal et jouant peut-être un rôle dans la pathogénie de l'urémie?

III

Il est temps, maintenant, de mettre en lumière les points principaux qui découlent de ce long exposé de faits, de dresser le bilan des moyens dont nous disposons pour apprécier l'état anatomique et physiologique du filtre urinaire.

Le diagnostic de l'insuffisance rénale reposait tout entier naguère sur un ensemble de troubles généraux et fonctionnels, tels que phénomènes urémiques, hydropisies, petits signes du brightisme, bruit de galop, et sur un examen très simple de l'urine, consistant dans la mesure du volume et de la densité, la recherche des cylindres et surtout de l'albumine. Grâce à la facilité de leur constatation et à la longue expérience acquise à leur sujet, ces signes restent toujours la condition première de tout diagnostic d'affection rénale. Mais ils sont plus propres à établir l'existence et la nature des lésions des reins qu'à faire connaître les troubles de leurs fonctions.

Or, l'altération anatomique et le désordre physiologique ne marchent pas toujours de pair, et, d'autre part, les fonctions rénales peuvent être sérieusement compromises alors même que les symptômes précédents restent frustes, que la santé générale conserve une apparence trompeuse et qu'une compensation plus ou moins précaire dissimule le danger pourtant réel qui menace l'organisme.

Un complément d'enquête concernant l'état de la fonction devient donc nécessaire. A cet effet, on a imaginé toute une série de recherches qui ont pour objet d'explorer la sécrétion urinaire surtout en comparant l'urine et le sang, par des procédés chimiques (*dosage*), physiques (*cryoscopie*) et physiologiques (*toxicité*). En outre, au lieu d'étudier le produit de la sécrétion spontanée du rein, on a proposé de chercher comment cet organe accomplit un travail qu'on lui impose et qui consiste dans *l'élimination provoquée* d'une substance étrangère, introduite à dose connue dans l'organisme.

De ces méthodes, deux seules ont un caractère suffisamment pratique : la cryoscopie et l'élimination provoquée.

La cryoscopie comparée de l'urine et du sérum fait connaître le nombre total de molécules, sans distinction de nature, que renferment ces deux liquides; le rapport de ces deux valeurs indique la perméabilité du rein. Jointe au dosage de certains matériaux de l'urine, ce procédé paraît susceptible de fournir aussi des renseignements très instructifs sur l'état de la circulation rénale et sur l'ensemble de la nutrition; mais peut-être les calculs ingénieux qui permettent de tirer toutes ces déductions manquent-ils un peu de la simplicité qui convient à la clinique journalière.

Quant à l'épreuve de l'élimination provoquée, faite généralement avec le bleu de méthylène, elle permet de juger dans quelles limites de temps et en quelle proportion le rein parvient à débarrasser l'organisme des substances auxquelles il sert d'émonctoire.

Différentes par leur mécanisme, ces explorations peuvent fournir des indications quelque peu différentes. Il y a donc tout avantage à en combiner l'emploi.

Elles sont intéressantes sous deux rapports :

D'abord, elles constituent un moyen d'étude applicable aux recherches pathogéniques et sont aptes à éclairer certains points restés obscurs dans le domaine de la théorie.

Ensuite, elles ont une utilité pratique, car elles confirment en les précisant les notions acquises par le simple examen clinique, tel qu'il est fait couramment au lit du malade, et parfois même elles suffisent à déceler des troubles de la fonction rénale qui fussent restés incertains ou méconnus, notamment dans certaines néphrites interstitielles à marche insidieuse.

CH. ACHARD,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 juillet 1900.

Epaississement synovial de l'articulation du genou, simulant un corps libre articulaire.

M. Potherat. — J'ai pratiqué dernièrement l'arthrotomie chez un malade qui semblait avoir un volumineux corps étranger de l'articulation du genou. Tous les signes de cette affection existaient en effet : douleurs aiguës et passagères, tumeur mobile et fuyante, hydarthrose, légère atrophie musculaire, gêne des mouvements. A l'ouverture de l'article, je m'aperçus qu'il s'agissait, non pas d'un corps étranger proprement dit, mais d'un épaississement considérable de la synoviale, faisant saillie dans la cavité articulaire et localisé sur le feuillet profond du cul-de-sac sous-tricipital. Deux autres épaississements de même aspect, mais de dimensions moindres, siégeaient sur le feuillet opposé, cachés par le tendon du quadriceps fémoral.

En présence des troubles apportés par ces lésions dans le fonctionnement du membre malade, je me décidai à en pratiquer l'extirpation, ce qui n'offrit aucune difficulté. Mon opéré a guéri sans complication, sauf une très légère suppuration de la plaie cutanée; il est actuellement en bonne santé et a retrouvé l'usage complet de son articulation.

D'après l'examen histologique des parties enlevées, il s'agissait de lésions tuberculeuses circonscrites de la synoviale, analogues à celles que l'on observe dans les plaques de péritonite chronique.

Anévrysme diffus de l'iliaque externe.

M. Routier. — J'ai observé il y a quelque temps un homme de soixante-quatre ans qui, jusqu'au commencement de cette année, avait toujours joui d'une bonne santé, à cela près que quelques troubles urinaires avaient nécessité à plusieurs reprises le cathétérisme uréthral. Au mois de mars dernier, ce malade fut pris de douleurs au niveau de l'articulation sacro-iliaque du côté gauche. Deux mois plus tard, au cours d'un voyage, il ressentit tout à coup, au niveau de l'aine gauche, une douleur aiguë, qui fut rapidement suivie d'un œdème considérable de tout le membre correspondant. On crut d'abord à une phlébite; mais lorsque j'examinai le malade, je trouvai dans la fosse iliaque gauche une volumineuse tumeur pseudo-fluctuante et animée de battements isochrones à ceux du pouls, ce qui ne pouvait laisser aucun doute sur la nature de l'affection. Sur les conseils de MM. Guyon et Rendu, appelés en consultation, je procédai à l'intervention. Je fis d'abord une laparotomie médiane et liai l'iliaque externe à 1 centimètre au-dessous de son origine. Je pratiquai ensuite la ligature de la fémorale le plus haut possible et abordai alors la tumeur anévrysmale que je fendis dans toute sa hauteur. Après m'être débarrassé des caillots qu'elle contenait, je jugeai l'extirpation impossible et me contentai de laisser trois pinces à demeure sur un point du sac qui était la source d'une hémorrhagie abondante, malgré les ligatures préventives. Les suites opératoires furent d'abord simples; mais le dixième jour après l'intervention, sans qu'il fût survenu le moindre phénomène fébrile, mon opéré fut pris brusquement de trismus; il mourut le lendemain matin.

Je ne puis attribuer ce décès qu'au tétanos, malgré l'absence de tout cas de cette affection, soit dans mon service, soit dans ma clientèle.

De l'extirpation des fibromes par voie abdominale avec conservation de l'utérus et de ses annexes.

M. Tuffier. — Quoique l'hystérectomie semble actuellement l'opération préférée par les chirurgiens dans le traitement des fibromes utérins, je viens soutenir devant vous un procédé qui n'en est plus à son coup d'essai, puisqu'il a été mis en pratique déjà dans 560 cas : je veux parler de l'hystérotomie, et en particulier de l'hystérotomie abdominale, qui consiste en ce que la tumeur fibreuse est simplement énucléée et l'appareil utéro-annexiel conservé en totalité. Je n'ai, quant à moi, pratiqué cette opération que 15 fois avec 14 succès et 1 insuccès dû à la septicémie péritonéale. Malgré les difficultés de l'hystérotomie, qui sont incontestablement plus grandes que celles de l'hystérectomie abdominale, je crois que la technique opératoire est aujourd'hui assez perfectionnée pour que l'on tente d'appliquer ce procédé éminemment conservateur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 juillet 1900.

Du rôle des organes vis-à-vis de quelques poisons.

M. G. Brouardel. — J'ai fait avec M. Thoinot une série d'expériences pour déterminer le rôle de quelques organes vis-à-vis de certains poisons. La méthode que nous avons employée consiste à prendre un organe sur un animal qu'on vient de tuer, à triturer une quantité déterminée de cet organe avec une dose constante d'une solution toxique, à filtrer le mélange sur un linge et à injecter ensuite à des cobayes le liquide ainsi obtenu. Des animaux témoins recevaient une égale quantité d'un liquide provenant de la simple trituration des mêmes organes sans addition de solution toxique. Les poisons que nous avons étudiés sont le sulfate de strychnine, le chlorhydrate de morphine, l'acide arsénieux et le sulfate d'atropine.

Il résulte de ces recherches que les organes peuvent soit neutraliser les poisons, soit les exalter, soit rester sans action sur eux. Il est cependant deux viscères, le rein et le foie, qui rendent inactifs tous les toxiques, et surtout la strychnine.

Le tissu musculaire neutralise également une assez forte proportion de strychnine, mais il a moins d'effet sur la morphine et l'atropine; quant à l'acide arsénieux, il en augmente la toxicité.

Le tissu cardiaque empêche nettement l'action de la strychnine et aussi, mais à un moindre degré, de la morphine; il laisse l'atropine intacte et exagère légèrement la toxicité de l'arsenic. Le tissu pulmonaire joue un rôle d'arrêt surtout vis-à-vis de l'atropine, plus faiblement à l'égard de la strychnine et de la morphine; il reste sans effet sur l'arsenic. Quant au tissu cérébral, il neutralise la morphine et la strychnine, demeure indifférent en ce qui concerne l'atropine, mais exalte notablement la toxicité de l'arsenic.

Sans chercher à expliquer cette action de renforcement, constatée dans un certain nombre de cas, nous pensons qu'elle est intéressante à rapprocher de celle que M. J. Teissier (de Lyon) a signalée pour le foie vis-à-vis de certaines toxines.

Rééducation dans un cas d'aphasie datant de onze ans.

M. Antony présente un homme de trente-cinq ans qui a été frappé d'hémiplégie droite il y a onze ans, à la suite d'un ictus apoplectique. Lorsqu'il reprit connaissance, au bout de quatre jours, il était complètement incapable de parler et ne répondait que quelques monosyllabes, toujours les mêmes quelle que fût la question posée. Il n'existait ni surdité, ni cécité verbales. Il s'agissait donc d'une aphasie motrice corticale avec conservation de la parole chantée, due très probablement à la destruction du pied de la troisième circonvolution frontale gauche par un foyer hémorrhagique. L'état de ce sujet n'a pas changé depuis son accident jusqu'au mois de juin dernier : à cette époque, il a subi un commencement de rééducation, si bien qu'il peut actuellement prononcer quelques mots.

M. Launois montre trois énormes calculs biliaires trouvés à l'autopsie d'une femme de cinquante-neuf ans, entrée à l'hôpital en pleine crise de colique hépatique. Deux de ces calculs étaient situés dans la vésicule biliaire et le troisième dans le duodénum.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 18 juillet 1900.

Traitement du psoriasis par les préparations thyroïdiennes.

M. Ewald. — Le malade que je vous présente vint me consulter, il y a deux mois, pour un psoriasis généralisé à toute la surface du corps.

Je prescrivis de 3 à 9 tablettes de thyroïdine par jour; chacune de ces tablettes correspond à 0 gr. 10 centigr. de substance sèche et le patient en a absorbé jusqu'ici 450. Ainsi que vous pouvez vous en assurer, son état est très satisfaisant et le psoriasis a presque complètement disparu.

J'ajoute que, pour prévenir les inconvénients de la médication thyroïdienne, j'ai ordonné simultanément l'usage de la liqueur de Fowler à la dose quotidienne de 3 gouttes; mais ce n'est certes pas cette faible quantité d'arsenic qui a pu avoir une action sur l'affection cutanée.

De l'étiologie du cancer.

M. Jürgens. — Deux ans environ se sont écoulés depuis que je vous ai rendu compte de mes recherches sur les protozoaires du cancer (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 455).

Dernièrement, l'autopsie d'un malade mort d'un néoplasme du poumon m'a permis de constater la présence, dans le tissu cardiaque, d'une grande quantité de formes cellulaires semblables à celles que j'ai décrites autrefois. C'est entre les fibrilles de la paroi ventriculaire gauche que j'ai trouvé ces éléments en plus grande abondance; jamais je n'ai rien constaté de pareil dans les nombreux examens de tissu cardiaque que j'ai pratiqués. Ces éléments me paraissent être des myxomycètes, et j'incline à croire qu'ils jouent un rôle dans le développement des cancers à leur première phase.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 16 juillet 1900.

Du lipochrome.

M. Rosin. — Il y a déjà plusieurs années (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 196), je vous ai fait part de mes recherches sur une substance grasse qui existe dans toutes les cellules nerveuses de l'homme, et que j'ai désignée sous le nom de « lipochrome ». C'est un élément normal de la cellule nerveuse et non un produit pathologique, comme on le croyait autrefois. On rencontre ce corps exclusivement chez l'homme; absent chez le nouveau-né, il ne commence à apparaître que vers la fin de la première année et augmente ensuite jusqu'à la puberté.

J'ai démontré la présence du lipochrome dans les cellules nerveuses au moyen de l'acide osmique et dernièrement j'ai pu également déceler cette substance dans la tunique externe des vaisseaux cérébraux.

A propos de l'alimentation des nouveau-nés par le lait.

M. Heubner pense qu'il ne faut pas trop se hâter de transporter dans la pratique les résultats expérimentaux obtenus par M. Wassermann (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 236), car il est reconnu que les nouveau-nés digèrent le lait de différents animaux aussi bien que le lait de femme. Et, d'autre part, il n'y a aucune comparaison à établir entre l'introduction de lait dans l'estomac et l'injection de ce même liquide par la voie sous-cutanée, comme l'a fait M. Wassermann dans ses expériences.

Dr VILLARET.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Du traitement ostéoplastique des pertes de substance du tibia, par M. Schloffer.

L'auteur relate une observation de perte de substance étendue du tibia, que M. Wölfler traita par l'implantation du péroné dans l'extrémité supérieure du tibia, d'après la méthode de M. Hahn. Il s'agissait d'une fillette âgée de huit ans, chez laquelle la plus grande partie de la diaphyse tibiale avait été détruite par une ostéomyélite, sans que la perte de substance eût été comblée par une néoformation osseuse. M. Wölfler commença par dénuder l'extrémité inférieure du fragment supérieur du tibia, puis il sectionna le péroné, par un trait de scie oblique, au-dessous de son extrémité supérieure. Il fixa alors, au moyen de chevilles en ivoire, le fragment inférieur du péroné au fragment supérieur avivé du tibia, puis l'extrémité inférieure du péroné, également avivée, à l'épiphyse tibiale inférieure.

La consolidation s'opéra promptement sur le fragment inférieur, tandis qu'elle fit défaut au niveau du fragment supérieur. M. Wölfler pratiqua alors une deuxième intervention, pour réunir les fragments au moyen de sutures au fil d'argent. Cette opération amena une consolidation très lente des deux os mis en contact. Le cal présentait encore, au bout d'une année, un faible degré d'élasticité. La malade pouvait cependant s'appuyer sur sa jambe et marchait facilement à l'aide d'un appareil orthopédique très léger.

L'auteur estime que, dans ce fait, l'extrémité supérieure du tibia ne permettant pas de former un lambeau ostéo-périostéo-cutané d'après le procédé de M. Muller, la méthode de Hahn était la seule utilisable, tandis que, dans la majorité des cas de perte de substance du tibia, le premier procédé doit être préféré, puisqu'il évite la section du péroné. Il rapporte, à ce sujet, l'histoire d'un malade observé par lui, qui, à la suite d'une fracture du tibia au-dessous du genou, présentait une pseudarthrose. A l'opération, l'auteur put constater que l'existence d'un fragment isolé, présentant un double biseau vers le haut et vers le bas, rendrait inefficaces le simple avivement et la réunion des deux fragments principaux, à moins d'en pratiquer d'abord une résection étendue. Il forma donc un lambeau ostéo-périostéo-cutané taillé sur la face antéro-interne du tibia et lui fit subir une torsion de 180° pour le fixer sur la face correspondante, préalablement avivée, du fragment supérieur. La consolidation était complète au bout de six semaines, et l'examen radiographique permit de s'assurer que le lambeau ostéoplastique s'était notablement épaissi pour former un pont osseux absolument solide. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 1.) — F. DE Q.

Sur un cas de mélano-sarcome du pénis, par M. E. Payr.

La littérature médicale ne renfermait jusqu'ici que 3 cas de mélano-sarcome primitif du pénis, affection dont M. Payr publie une quatrième observation, recueillie à la clinique de M. le professeur Nicoladoni, à Gratz. Il s'agit d'un malade, âgé de soixante-trois ans, qui fut reçu à l'hôpital pour une rétention d'urine. Ce sujet avait constaté, deux ans auparavant, la présence sur son gland d'une tumeur ayant le volume d'un pois, qu'il prit tout d'abord pour une verrue et dont un médecin pratiqua l'extirpation. Mais au bout de six mois une nouvelle tumeur se formait à la même place, caractérisée, cette fois-ci, par une coloration noirâtre. Ce néoplasme augmenta rapidement de volume par sa partie postérieure, et quelques mois plus tard il se produisit de la tuméfaction des ganglions inguinaux, tandis qu'une nouvelle tumeur noirâtre apparaissait au-dessous du nombril; enfin, les troubles urinaires s'étaient manifestés deux semaines avant l'entrée du malade à l'hôpital.

L'examen permit de constater l'existence, sur le côté dorsal du gland, de deux petites tumeurs noirâtres indépendantes, dont l'une devait être considérée comme une métastase de l'autre.

M. Nicoladoni pratiqua l'amputation de la verge à 2 centimètres de sa racine, l'extirpation des ganglions inguinaux des deux côtés, la résection de la veine saphène dont la paroi était pénétrée par un bourgeon noirâtre, enfin l'ablation de la métastase sous-ombilicale. Les suites opératoires furent normales, mais il survint, trois semaines plus tard, un ictère intense et de la tuméfaction du foie. Le malade succomba au bout de trois mois, avec des métastases hépatiques et pulmonaires étendues.

L'examen histologique permit de reconnaître les caractères typiques du mélano-sarcome. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 3-4.) — F. DE Q.

Contribution à l'étude du traitement mécanique des hémorrhagies atoniques de l'utérus, par M. F. Schwertassek.

Il y a environ deux ans, Arendt a proposé l'abaissement de l'utérus comme moyen de combattre les métrorrhagies atoniques (Voir *Semaine Médicale*, 1898, Annexes, p. CCVI). M. Schwertassek recommande à son tour ce procédé qu'il a employé avec succès chez une malade atteinte d'une grave hémorrhagie à la suite d'un avortement gémellaire au cinquième mois. Le tamponnement de l'utérus, les irrigations chaudes et l'administration d'ergotine par la voie hypodermique étaient demeurés sans résultat; l'utérus ne se contractait pas suffisamment, et l'écoulement sanguin, sans être très abondant, était continu. L'abaissement de l'utérus au moyen de pinces à griffes fit cesser immédiatement l'hémorrhagie; une traction continue paraissant nécessaire, un poids d'un kilogramme environ fut suspendu à un lien fixé aux pinces à abaissement.

Ce procédé agirait en empêchant l'arrivée du sang dans l'utérus, et l'anémie ainsi provoquée déterminerait à son tour la production de contractions énergiques dans le muscle utérin. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 février 1900.) — E. C.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Un vernis pour les mains du chirurgien.

On sait que de nombreux chirurgiens se servent depuis un certain temps, pour assurer l'asepsie opératoire, de gants en caoutchouc (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 207). Mais d'aucuns prétendant que l'emploi de ces gants n'est pas sans présenter quelques inconvénients, on a recherché un procédé plus simple pour empêcher le contact entre les mains de l'opérateur et le champ opératoire.

Dans ce but, il a été proposé de divers côtés, dans notre pays et à l'étranger, de recouvrir les mains d'un vernis isolant et aseptique, réalisant ainsi un véritable gant imperméable. Toutefois, comme les produits préconisés jusqu'ici étaient de composition secrète, la règle que s'est toujours imposée notre journal ne nous avait pas permis de rendre compte de ces essais. Ces raisons n'existent plus pour un nouveau vernis que vient de faire connaître M. le docteur J. Lévai (de Budapest), et dont il donne la formule.

Pour préparer ce vernis, on prend un mélange de 1 partie de copal et de 2 parties de térébenthine de Venise qu'on chauffe à une douce chaleur, en remuant constamment, jusqu'à production d'une masse vitreuse parfaitement homogène. Après refroidissement, on dissout cette substance dans 100 parties d'éther sulfurique, puis on y ajoute 100 parties de collodion non riciné. La solution ainsi obtenue est légèrement trouble; mais on la rend limpide par l'addition de 8 parties d'acétone.

Appliquée sur les mains au moyen d'un pinceau stérilisé, cette préparation forme, au bout de quelques minutes, une pellicule très adhérente à la peau, parfaitement souple, n'entravant pas les mouvements et n'émoussant en rien la finesse du toucher. L'opération une fois terminée, on s'en débarrasse très facilement en se frottant les mains avec une compresse imbibée d'un mélange de 2 parties d'éther pour 1 partie d'alcool.

La seule critique qu'on puisse adresser à ce vernis est de ne pas supporter le contact de l'eau à 50°; mais cet inconvénient est de peu d'importance, l'emploi de l'eau chaude pouvant être évité pendant la durée de l'intervention opératoire proprement dite.

Il va de soi qu'il est indispensable, avant l'application de la solution résineuse, de se désinfecter soigneusement les mains. On peut aussi incorporer au liquide une certaine quantité de sublimé, mais cette précaution ne semble pas offrir grand avantage, les substances qui entrent dans sa composition étant elles-mêmes fortement antiseptiques.

Le ballon intra-utérin contre les conséquences de la rupture prématurée des membranes.

On n'emploie d'habitude le ballon intra-utérin que dans le traitement du placenta prævia ou pour provoquer l'accouchement. Cependant, d'après l'expérience de M. le docteur W. Rubeska, professeur à l'Ecole des sages-femmes de Prague, l'application de cet appareil constitue encore un excellent moyen d'accélérer le travail. Il peut ainsi rendre des services contre certains accidents (hémorrhagies, crises éclamptiques, etc.) survenant au cours d'une fausse couche ou d'un accouchement à terme; mais c'est surtout en cas de rupture prématurée de la poche des eaux qu'il se montre utile.

Par suite de cette dernière complication — fréquente, comme on le sait, chez les femmes à bassin rétréci —, la dilatation du col se trouve entravée et l'utérus, privé de son liquide amniotique, se contracte directement sur le fœtus qui peut alors succomber à l'asphyxie. En pareille occurrence, il devient parfois nécessaire d'appliquer le forceps au détroit supérieur après incision du col, ou bien, si l'enfant est mort, de pratiquer la céphalotripsie. Or, le ballon intra-utérin, en assurant une dilatation rapide du col et en stimulant les contractions de l'utérus, fait office de poche des eaux et permet d'éviter ces interventions pénibles et dangereuses.

Sur les 36 cas de rupture prématurée des membranes dans lesquels M. Rubeska a eu recours au ballon intra-utérin, 24 fois le travail s'est terminé spontanément, au bout de neuf heures en moyenne; 12 fois seulement notre confrère dut intervenir, soit à cause d'un rétrécissement considérable du bassin, soit pour une présentation du tronc ou du siège.

L'ergotine associée au perchlorure de fer contre l'hémorrhagie intestinale de la fièvre typhoïde.

C'est surtout au repos absolu dans le décubitus dorsal et à l'immobilisation de l'intestin par les préparations opiacées qu'on a recours pour combattre l'hémorrhagie intestinale des dothiénentériques, les médicaments hémostatiques proprement dits étant généralement considérés comme infidèles chez ces malades.

Cependant, d'après l'expérience de M. le docteur H. Soulagnes (de Pézenas), l'ergotine et le perchlorure liquide de fer, administrés simultanément en potion, la première à la dose de 2 grammes et le second à la dose de 30 à 40 gouttes dans les vingt-quatre heures, et continués pendant deux ou trois jours, donneraient dans le traitement de cette grave complication des résultats supérieurs à ceux de la simple immobilisation du malade et de son intestin. Il faut avoir soin de prescrire l'ergotine et le perchlorure dans un julep simple *non additionné de gomme*, pour éviter la formation d'un précipité.

L'extrait fluide de fruits de sorbier comme laxatif.

Bien que les baies de sorbier (*sorbus aucuparia*) soient généralement considérées comme douées de propriétés astringentes et antidiarrhéiques, l'extrait fluide de ces fruits exercerait, d'après M. le docteur A. A. Kroupetzky, docent de pathologie interne à la Faculté de médecine d'Youriev, une action laxative des plus nettes, qui permettrait de l'utiliser dans le traitement de la constipation habituelle.

Cet extrait est un liquide rouge foncé, d'une odeur et d'un goût agréables. On en prescrit, suivant le degré de la constipation et l'âge du patient, une dose variant de 20 gouttes à une cuillerée à bouche, à répéter deux ou trois fois par jour. L'effet laxatif se produirait dix heures environ après la dernière prise; il serait dû à la sorbine, glucoside contenu dans les baies de sorbier et analogue, au point de vue de son action sur l'intestin, à la mannite.

REVUE GÉNÉRALE

De l'œdème aigu du poumon (1).

On est aujourd'hui d'accord en clinique pour réserver le nom d'*œdème aigu du poumon* à un syndrome morbide nettement caractérisé, ayant son individualité propre et constitué par une brusque suffusion de sérosité, dans l'intérieur des alvéoles ainsi que dans le tissu interstitiel qui les enveloppe, sur une surface plus ou moins étendue du parenchyme pulmonaire; cet accident est susceptible, par son intensité et sa brusquerie même, de mettre très rapidement en danger les jours du malade si une intervention énergique ne vient pas en modérer l'extension. C'est en vertu de cette soudaineté et de cette gravité qu'un certain nombre d'auteurs ont cru pouvoir décrire ce syndrome sous le nom d'*apoplexie séreuse du poumon*.

A ces caractères essentiels de brusquerie et d'immédiate gravité, il faut joindre l'origine *nettement fluxionnaire* des phénomènes, que trahit dès le premier instant l'abondante écume bronchique teintée de sang qui va s'écouler par l'appareil trachéo-bronchique; nature fluxionnaire qui sépare encore irrévocablement cet œdème aigu des modalités si variables de l'œdème pulmonaire chronique, conséquence habituelle des cardiopathies invétérées ou de certaines dyscrasies constitutionnelles et dont l'origine mécanique ou passive est admise par la plupart des observateurs. Et pourtant, cet état de fluxion intense est absolument indépendant de tout processus inflammatoire, car les recherches de J. Renaut et de von Basch ont démontré que la sérosité épanchée ne contient aucune trace de fibrine.

I

Ce n'est guère que depuis une douzaine d'années que l'œdème aigu, *le coup d'œdème pulmonaire*, s'impose avec persistance à l'attention des médecins et des physiologistes; et, cependant, il y a plus de trois quarts de siècle que les cliniciens lui consacrent un chapitre dans leurs écrits, à commencer par notre Laënnec qui, le premier, l'a nettement observé et décrit. Andral, après lui, l'a envisagé dans ses cliniques (1834); et, après en avoir distingué les différentes modalités (aiguë, subaiguë et chronique), il s'attache à démontrer que les œdèmes aigu et suraigu doivent être soigneusement séparés de l'œdème passif ou hypostatique dont ils se distinguent par leur nature hyperémique, bien que celle-ci soit inconnue dans son essence.

Bientôt Legendre, témoin d'un certain nombre de cas d'œdème pulmonaire dans le cours de la scarlatine (1846), met en évidence le rôle des pyrexies infectieuses comme agent provocateur de cet œdème, et Devay (1855) complète, dans sa thèse inaugurale un peu trop ignorée, la description du syndrome; à partir de ce moment, l'œdème aigu a définitivement droit de cité dans les ouvrages classiques : Rilliet et Barthez (1853), Béhier et Hardy (1855) lui font une place importante dans leurs traités spéciaux.

Depuis cette époque, et sans qu'on puisse saisir la cause d'un pareil oubli, ce syndrome, si bien défini pourtant, disparaît brusquement des descriptions des nosographes; et c'est seulement en 1877, grâce à une importante leçon clinique de Bernheim en montrant la fréquence dans le rhumatisme articulaire aigu, que l'apoplexie séreuse du poumon rentre en scène; mais les observations du professeur de Nancy eurent peu de retentissement; de même les intéressants faits cliniques relatés par de La Harpe et par Lebreton (1884), de sorte qu'il faut encore dix longues années, c'est-à-dire les remarquables recherches de l'Ecole de Vienne, les travaux de von Basch et de Grossmann sur la rigidité et l'œdème pulmonaire, l'article si documenté de Hertz, dans le traité de von Ziemssen (1887), et enfin les cas publiés par Fräntzel, Bouveret et Huchard pour voir cette redoutable complication prendre dans les préoccupations du médecin la place qu'elle mérite.

Actuellement, l'attention est définitivement attirée sur la question. Une importante discussion a déjà été soulevée à la tribune de l'Académie de médecine, en 1897 (2); de plus, la littérature médicale moderne s'est enrichie sur ce sujet de travaux de premier ordre, que nous aurons à interpréter chemin faisant.

Et, à ce propos, il nous faudra insister surtout sur l'effort considérable fait au point de vue expérimental, dans ces dix dernières années, avec les recherches si patientes de Welsch, de Löwit, de von Basch et surtout de ses élèves Grossmann et Winkler, pour arriver à une interprétation rigoureuse du phénomène.

Mais, d'ores et déjà, nous tenons à mentionner spécialement deux monographies extrêmement documentées où nous avons largement puisé, la thèse de Fouineau (1) et le travail original d'Eppinger (2), ce dernier donnant un résumé aussi complet que possible de la question en Allemagne.

(1) Ce travail constitue le rapport qui sera présenté sur ce sujet à la section de pathologie interne du *Treizième Congrès international des sciences médicales* qui se tiendra à Paris du 2 au 9 août 1900.

(2) Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 149 et 182.

II

Nous n'insisterons pas sur les caractères spéciaux du syndrome pathologique; ils sont aujourd'hui admis par tous les cliniciens et ne sauraient, en aucune façon, prêter à l'équivoque. On connaît bien les petits signes prémonitoires du coup d'œdème dans le poumon : la sensation anormale de *chatouillement* à la gorge, accompagnée d'un certain degré de tension douloureuse intrathoracique permettant de soupçonner déjà l'intervention du pneumogastrique; puis la *dyspnée*, sourde d'abord, angoissante ensuite, paroxystique enfin, en même temps que se déclare une *toux quinteuse*, spasmodique et incessante, aboutissant à une expectoration abondante formée de spume albumineuse souvent teintée en rose par le sang, véritable écume bronchique par transsudation du sérum sanguin, suivant la juste expression de de La Harpe. Alors, l'oreille étant appliquée contre la paroi thoracique, on perçoit une pluie de râles fins, serrés et confluents, parfois aussi ténus que le râle crépitant de la pneumonie, d'autres fois à type bullaire, et qui s'entendent dans toute l'étendue de la région œdématiée. A dater de ce moment, la situation devient des plus critiques. Parfois, grâce à une intervention énergique, une sédation se produit : la dyspnée diminue, le pouls se relève, l'expectoration se tarit, les râles s'atténuent et s'effacent, et tout rentre dans l'ordre au bout de quelques heures. Mais, le plus souvent, les événements suivent une progression presque fatale : au bout de trois ou quatre heures, quelquefois même plus tôt, l'arbre respiratoire s'encombre de plus en plus, les bronches ne se vident pas, les râles se multiplient, le pouls s'accélère, les jugulaires se gonflent, et l'asphyxie devient menaçante; alors le cœur est intermittent et arythmique, le diaphragme s'immobilise, la cyanose apparaît et la peau se couvre de sueurs profuses; parfois, des convulsions précèdent l'arrêt définitif du cœur, qui cesse de battre généralement dans une sorte de tétanisation systolique. La mort arrive ainsi sans que le thermomètre se soit sensiblement élevé; il peut même y avoir hypothermie.

Tel est, brièvement résumé, le tableau clinique de l'œdème aigu du poumon, ainsi qu'il est donné chaque année à tout médecin d'un service hospitalier un peu important d'en observer quelques exemples.

Il s'agit là de faits bien connus et journellement décrits, et sur lesquels une discussion sérieuse ne saurait s'engager; mais tout change lorsqu'on cherche à résoudre la question étiologique et, particulièrement, quand on aborde l'étude de la pathogénie. C'est ce point, de beaucoup le plus intéressant d'ailleurs, qui a surtout attiré notre attention et qui nous a paru devoir être spécialement visé dans ce travail.

III

Pour arriver à la solution d'un problème aussi délicat, nous avons dû puiser à une triple source de renseignements, et interroger successivement l'étiologie commune signalée dans les faits publiés jusqu'à ce jour, l'anatomie pathologique, et enfin l'expérimentation.

A. L'*étiologie générale* n'est pas sans nous fournir des indications utiles, et d'ores et déjà elle permet de soupçonner l'obligation d'un terrain spécialement préparé pour que l'œdème actif ou fluxionnaire puisse se réaliser; *il est rare, en effet, qu'une infection préalable ou une intoxication ne se rencontre pas comme point de départ de l'inondation séreuse du poumon*. Qu'on lise les anciennes observations de Legendre sur le coup d'œdème pulmonaire compliquant la scarlatine; qu'on parcoure les faits plus récents de Ball, de Fernet, de Bernheim ou de Landouzy sur l'œdème du poumon dans ses rapports avec le rhumatisme articulaire aigu, ou les cas de Vinay relatifs à l'influence de la puerpéralité sur la production du même accident, c'est toujours l'infection qui est le substratum pathologique dont l'intervention peut être rigoureusement invoquée, comme c'est encore l'infection qui doit être mise en cause dans les faits de Jaccoud et de Troisier visant des cas d'œdème pulmonaire survenus dans l'évolution d'une fièvre typhoïde ou d'une pneumonie, ou ceux de Rommelaere, concernant des cholériques. Et, à cet égard, nous devons une mention toute spéciale à la grippe qui est, à notre avis, *l'infection de choix* comme agent provocateur de l'œdème congestif aigu du poumon. Si les observations d'œdème pulmonaire aigu d'origine grippale ne sont pas en apparence très nombreuses, c'est qu'ici le phénomène est associé souvent à des poussées de congestion ou de bronchopneumonie qui en masquent la netteté. Ce qui caractérise, en effet, la grippe, écrivions-nous en 1892, c'est un mélange de congestion et d'œdème, « et quand le malade a succombé on trouve à l'autopsie des poumons volumineux, turgescents, remplissant la cavité thoracique, de couleur violacée, ressemblant à la pulpe splénique et ne surnageant pas complètement dans la cuve à eau ».

D'ailleurs, après Fouineau (1) qui en cite déjà quelques exemples, Rendu observait récemment deux cas d'œdème aigu typique survenus dans le cours de l'influenza et dégagés de tout processus pneumonique ou bronchopneumonique. Cette aptitude du poison de la grippe à faire de l'œdème est d'ailleurs si grande que, bien souvent déjà, il nous a été donné de montrer sur la table d'amphithéâtre de grosses bulles d'*œdème sous-pleural*, véritables phlyctènes groupées souvent en grappe à la surface du poumon, et dont la présence explique à la fois la mobilité des phénomènes stéthoscopiques perçus à l'auscultation de la poitrine et le caractère *essentiellement pleural* de ces signes. C'est même dans une de ces bulles d'œdème que nous avons eu l'occasion d'isoler une des premières fois la diplobactérie pathogène de la grippe.

A côté de l'infection, il faut faire une large part à l'intoxication. Ici, l'alcoolisme soit aigu soit chronique a pu fréquemment être invoqué; on a attribué aussi une certaine influence étiologique à l'action des venins (Hertz, Eppinger). Mais de l'avis de tous, c'est le *mal de Bright* qui, dans cet ordre d'idées, occupe la première place. Les cas de Fräntzel, de Bouveret, de Dieulafoy, de Potain, de Tonnel visent tous ce facteur. Et à ce sujet, nous tenons à faire remarquer dès à présent que presque toujours, sinon toujours, il s'agit dans l'espèce de brightiques scléreux, c'est-à-dire peu exposés, en général, aux grandes suffusions œdémateuses, tandis que les malades affectés de graves dégénérescences épithéliales, et par conséquent atteints souvent d'anasarque, ne présentent qu'exceptionnellement le syndrome de l'œdème pulmonaire aigu. Il y a là une opposition qu'il n'est peut-être pas inutile de mettre dès maintenant en lumière: nous en trouverons vraisemblablement plus tard l'explication.

Il n'est pas jusqu'aux cas d'œdème pulmonaire aigu dits primitifs qui ne puissent, eux aussi, être englobés dans cette même atmosphère étiologique de l'infection ou de l'intoxication; de même encore les œdèmes aigus réflexes que nous avons observés depuis quelques années, et qui ne nous paraissent pas encore avoir attiré suffisamment l'attention.

Qu'il s'agisse des faits de Hertz et de Müller, rapportés par de La Harpe et considérés comme des types d'œdème aigu primitif (par exemple, la fameuse observation du tonnelier de Falck, mourant brusquement d'un coup d'œdème pulmonaire à la suite de l'ingestion de boissons glacées) ou qu'il s'agisse d'accidents réflexes, il est impossible de ne pas admettre dans tous ces cas (où l'on trouve très souvent notée, d'ailleurs, la présence de traces d'albumine dans l'urine) l'existence d'une tare constitutionnelle antérieure (alcoolisme, dyscrasie préalable) ou d'une infection concomitante, ayant pu faciliter l'explosion de l'œdème.

Il en fut certainement ainsi chez un de nos malades, qui, au quinzième jour d'une pleurésie grippale en apparence très simple, fut pris un beau matin d'accidents formidables

(1) Fouineau. De l'œdème du poumon. (*Thèse de Paris*, 1898.)

(2) Eppinger, *in* Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Thiere, de Lubarsch et Ostertag. (3. Jahrgang, 1896.) 2e partie, p. 40. Wiesbaden, 1898.

(1) Fouineau. (*Loc. cit.*, p. 115.)

d'œdème suraigu du poumon, avec cyanose, asphyxie menaçante, expectoration albumineuse et pluie de râles fins perçus du haut en bas de la poitrine, mais seulement du côté opposé au siège de l'épanchement primitif. Cette redoutable complication nous fit songer de suite à la transformation purulente du liquide, ou mieux à l'existence d'un foyer interlobaire; prévision que la constatation de la pulsatilité de l'épanchement confirma rapidement. Mais, en présence d'une situation aussi grave, on ne pouvait penser à pratiquer l'empyème séance tenante; il fallait agir pourtant. On se décida pour la ponction simple, immédiate; les résultats en furent remarquables, car il suffit d'enlever 800 grammes de pus pour faire cesser presque sur l'heure ces graves désordres, dont la *nature réflexe* se trouva ainsi démontrée; si bien que l'empyème put être réalisé le lendemain dans des conditions excellentes (1).

Il m'a été donné depuis d'observer deux faits à peu près analogues, bien que sensiblement réduits dans leurs proportions et leurs manifestations extérieures; l'œdème siégeait du côté de la plèvre envahie et se trouvait limité au sommet correspondant; les phénomènes symptomatiques, peu accentués, se bornaient en général à des bouffées de râles fins et à une expectoration spumeuse et abondante, suivant des accès de toux plus quinteuse et spasmodique que de coutume.

Un œdème ainsi réduit semblera peut-être quelque peu négligeable. Tel n'est point notre avis, et, si nous pensons devoir attirer l'attention sur ces œdèmes en quelque sorte *parcellaires*, c'est qu'ils nous semblent avoir ici la portée d'un signe quasi révélateur, en ce sens qu'ils peuvent conduire à dépister ces foyers purulents enkystés, souvent si difficiles à reconnaître.

Sans doute, dans tous ces faits, l'intervention nerveuse est indéniable et très vraisemblablement il s'agit d'un réflexe dont le pneumogastrique, irrité au niveau de la plèvre et du médiastin, constitue la voie centripète, et le sympathique la voie centrifuge; mais il est impossible de ne pas voir, à côté du phénomène réflexe, l'*infection* primitive (pneumococcique, streptococcique ou diplobacillaire) ou l'*intoxication*, exogène ou endogène, qui, en altérant la masse du sang et en facilitant les phénomènes osmotiques, favorisent la production de l'œdème sous l'influence de la vasodilatation réflexe dont le point de départ est l'irritation du pneumogastrique pulmonaire (faits personnels) ou gastrique (cas de Falck), du sympathique intestinal (cas de Jaccoud: œdème d'origine intestinale réflexe, mais dans un cas de grippe avec néphrite), des filets sensitifs de l'utérus ou du péritoine (faits de Vinay, et observation de Pinault de Châteauroux : œdème pulmonaire développé à la suite d'une ponction d'ascite).

En sorte que, d'ores et déjà, et même en s'en tenant à ces premières notions étiologiques, quelque rudimentaires qu'elles puissent paraître, l'idée d'un *terrain spécial* nécessaire pour la production de l'œdème pulmonaire s'impose à l'observateur : *et ce terrain, c'est l'infection ou l'intoxication qui le constituent.*

D'ailleurs, cette influence prépondérante de l'infection et de l'intoxication est bien mise en lumière par les observations déjà nombreuses d'œdèmes toxiques médicamenteux, consécutifs à l'ingestion d'iodure de potassium, d'iodoforme, de pilocarpine (Jaccoud), ou à des injections intraveineuses (Pozzi), et aussi par les résultats de l'expérimentation, riche déjà en tentatives pour provoquer chez les animaux l'œdème aigu du poumon; depuis les premières expériences de Grossmann à l'aide de la muscarine, les recherches plus récentes de Sahli, de Carrion et Hallion avec l'eau chlorurée, l'acide prussique et les solutions iodo-iodurées, ou les injections de nitrite d'amyle pratiquées par Winkler, jusqu'aux travaux de Chatin et Guinard avec le salicylate de méthyle, dont nous avons nous-même utilisé l'action œdématogène si remarquable.

La médecine comparée apporte, elle aussi, un appui précieux à cette doctrine qui nous paraît représenter une vérité clinique importante. Nous possédons, en effet, une remarquable observation, due à l'obligeance de notre éminent collègue M. Arloing, et qui nous montre un cas d'œdème suraigu du poumon ayant entraîné la mort chez une vache hollandaise de sept ans à la suite d'une injection de 2 c.c., au cou, d'un extrait de culture non chauffée de pneumobacille. L'animal, inoculé à huit heures du matin, mourait à dix heures trente-cinq; et l'autopsie révélait l'existence d'un énorme œdème des poumons, œdème intra et extra-alvéolaire avec épanchement sous-pleural permettant de décortiquer facilement l'organe; le poumon, tout entier turgescent et distendu à l'extrême, paraissait comme hydrotomisé.

B. L'*anatomie pathologique*, considérée seulement au point de vue des lésions spéciales à l'œdème proprement dit, quelque importance qu'elles puissent avoir, n'a ici qu'un intérêt secondaire, car ces lésions ne peuvent servir que d'une façon tout à fait indirecte à l'interprétation du fait pathogénique lui-même. Ces altérations ont été décrites avec un luxe de détails et une précision remarquables par le professeur Renaut et son élève Honorat, aux travaux desquels il ne reste rien à ajouter. Renaut met soigneusement en lumière les deux phases successives par lesquelles passe systématiquement la fluxion œdémateuse : 1° la *phase transsudative*, la première en date, pendant laquelle on peut observer sur les préparations microscopiques les capillaires alvéolaires comprimés et aplatis par le liquide transsudé et les lymphatiques gorgés de globules rouges et blancs, dont quelques-uns peuvent avoir déjà pénétré le liquide intra-alvéolaire, et 2° la *phase diapédétique*, trahissant des altérations plus avancées ou plus anciennes; elle correspond à l'envahissement de l'exsudat par les hématies et les leucocytes et s'accompagne le plus souvent d'une large desquamation de l'endothélium alvéolaire qui se trouve comme *balayé*.

Du fait de l'exsudat qui le gonfle et qui peut aller jusqu'à briser les cloisons interalvéolaires, ou bien encore par suite de l'afflux sanguin distendant les capillaires à l'excès (von Basch et Grossmann), le poumon présente une rigidité toute particulière. Le poumon distendu et turgescent, ne crépitant plus sous le doigt mais revenant brusquement à son volume primitif quand on le décomprime, à l'instar d'une éponge rigide, est dans une sorte d'état d'érectilité remarquable : gorgé d'un sang qui s'oxyde rapidement à l'air, il reste parfois rouge vif, et, à la coupe, on voit sourdre de sa surface, lisse et plane, une sérosité teintée de sang, qui s'écoule en bavant, souvent en quantité considérable. Soumis à l'épreuve de l'eau, quelquefois le poumon tombe au fond du vase ou surnage entre deux eaux (Renaut); cela se produit surtout lorsque l'expérience porte sur les zones splénisées de couleur violet sombre. Mais d'autres fois on peut constater qu'il se maintient à la surface du liquide, ce qui est la règle dans les cas d'œdème expérimental que nous avons provoqué, preuve de plus de l'absence de *tout processus inflammatoire.*

Il ne faudrait pas cependant prendre ici le mot inflammation dans son sens absolu et strict, car il se peut que, dans les cas d'œdème aigu survenant chez d'anciens cardiaques ou de vieux brightiques, on rencontre au microscope quelques lésions histologiques des vaisseaux ou des épithéliums; tel un fait d'œdème aigu très curieux, observé par nous, il y a deux ans, chez une jeune femme atteinte de mal de Bright, et chez laquelle une poussée d'œdème pulmonaire qui faillit être fatale disparut brusquement pour être remplacée par une attaque de péricardite à laquelle la patiente succomba d'ailleurs. Le poumon coupé au laboratoire d'anatomie pathologique par notre ancien interne le docteur Piery, fit reconnaître au niveau de la zone de parenchyme œdématié des altérations épithéliales assez nettes pour permettre de classer la pièce sous la rubrique de « pneumonie épithéliale desquamative ». Il est vrai que l'exsudat ne paraissait pas nettement fibrineux.

Mais si des faits ci-dessus indiqués on peut tirer seulement cette conclusion que l'*inflammation joue un rôle nul ou toutefois effacé* dans la production du coup d'œdème pulmonaire, il n'en est pas de même des lésions secondes ou connexes qu'on peut constater dans un certain nombre de cas et qui nous paraissent, au point de vue de la solution du problème pathogénique, avoir une toute autre importance. Telles sont les lésions du cœur ou de l'aorte rencontrées si souvent à l'autopsie — endocardite avec insuffisance aortique (Bernheim, Landouzy, Teissier), aortite et lésion des coronaires (Huchard, Thoinot, Kirsch, Fouineau, Brouardel), anévrysme du cœur (Parisot et Spillmann, Jacquet), lésions mitrales (Vinay, Sahli, Huchard), blessures du cœur (Falck) et de l'oreillette gauche — lésions qu'il faut rapprocher des faits si intéressants de Welsch et de Grossmann (produisant l'œdème pulmonaire par le pincement de l'oreillette gauche ou sa distension brusque à l'aide d'une ampoule insufflée), et dont l'intervention ne saurait être négligée, toutes lésions enfin qui présentent ce caractère essentiel d'intéresser de préférence les zones de distribution du plexus cardiaque ou des ganglions automoteurs. Ce fait nous semble mettre en relief cette intervention d'un élément nerveux nécessaire pour la production de l'œdème, intervention qui ressort encore avec la plus grande évidence de la première observation de Jaccoud (œdème aigu du poumon développé sans autre cause prédisposante apparente que des lésions de myélite ascendante aiguë) et des cas déjà assez nombreux publiés sous l'étiquette d'œdème aigu d'origine hystérique (Lévy, Müller, etc.).

C. Quant aux renseignements fournis par l'*expérimentation*, outre ce sentiment très net que l'intoxication est une des raisons importantes de l'œdème aigu du poumon (travaux de Grossmann, Sahli, Chatin et Guinard, Winkler), la série des expériences très remarquables réalisées depuis dix ans en Allemagne par Welsch, von Basch, Grossmann, Winkler, Löwit semblerait imposer *a priori* cette conclusion très formelle que l'œdème pulmonaire *est déterminé, en tout ou en partie, par des troubles importants de la pression circulatoire* dans l'appareil cardio-pulmonaire. Tous les auteurs que nous venons de citer, bien que d'opinion divergente sur le sens des variations de ces troubles circulatoires, sont unanimes pour faire dépendre l'œdème pulmonaire de *troubles mécaniques primordiaux.*

Le poison, même lorsqu'il intervient comme cause provocatrice, ne jouerait qu'un rôle indirect et n'agirait qu'en provoquant des troubles de pression dans la circulation périphérique ou intracardiaque. De là est née la théorie fort intéressante édifiée par Grossmann dans une série de mémoires très remarquables, conçus et exécutés dans le laboratoire du professeur von Basch, théorie dite de la *crampe du ventricule gauche*, laquelle crampe, provoquée par le poison (muscarine dans l'espèce), entraînerait une augmentation de la pression successivement dans les veines et dans l'artère pulmonaire, d'où congestion intense et, par suite, transsudation séreuse.

Certains auteurs, quoique partisans de l'origine exclusivement mécanique de l'œdème pulmonaire, ne partagent pas l'opinion de Grossmann; sans parler de Lichtheim et de Cohnheim, qui n'ont pu réaliser l'œdème par la ligature de l'aorte au-dessus du diaphragme et de toutes les veines pulmonaires, malgré l'énorme augmentation de pression qui en résulte dans les capillaires du poumon, nous signalerons plus spécialement la doctrine de Fräntzel et de Welsch, d'après laquelle le trouble circulatoire consiste principalement dans la rupture de l'équilibre entre la pression auriculaire gauche et la pression dans les cavités droites, c'est-à-dire entre l'énergie des deux ventricules. Sous l'influence d'une défaillance cardiaque (comme on l'observe à la suite d'une émotion ou d'un surcroît de fatigue dans la néphrite interstitielle, par exemple, où le ventricule gauche, soumis à un surmenage incessant du fait de l'hypertension croissante, finit parfois par succomber), la pression baisserait brusquement dans le système des veines pulmonaires, le ventricule droit ne cessant pas de battre énergiquement; les capillaires pulmonaires, distendus par le sang qui continue à affluer sans trouver sa voie d'écoulement naturel, cèdent à leur tour, et le coup d'œdème s'ensuit. Cette doctrine de Welsch, intéressante aussi à plus d'un titre, peut se réclamer des expériences précitées de Lichtheim et de Cohnheim et de l'observation de Falck, où l'on nota la persistance des battements du cœur droit alors que le cœur gauche était en quelque sorte inactif du fait de la lésion de l'oreillette correspondante, et, enfin, de cette constatation déjà faite par Sahli et que nous avons pu vérifier récemment nous-même, à savoir que, les conditions favorables à la production de l'œdème pulmonaire étant réalisées, celui-ci ne se produit pas ou ne se manifeste que dans des limites restreintes si l'augmentation de pression dans le ventricule droit se trouve compensée par une insuffisance tricuspidienne un peu large.

Sans prendre parti dès l'instant pour ou contre ces doctrines opposées, nous ne voulons retenir qu'un fait : c'est l'extrême importance que les observateurs et les expérimentateurs allemands attribuent à l'influence des troubles mécaniques, troubles que nous avons tenu à rapprocher, dans ce coup d'œil d'ensemble, des deux autres facteurs étiologiques que la clinique et l'anatomie pathologique ont mis aussi en évidence, l'élément toxi-infectieux et les interventions nerveuses.

(1) Riory. L'empyème et son traitement de choix par le procédé de Gangolphe, la pleurorrhexie. (*Thèse de Lyon*, 1898.)

IV

Cette courte revue étiologique nous a semblé nécessaire, car non seulement elle comporte, à notre avis, la solution même du problème en discussion, mais encore elle nous donne la clef des théories variées émises pour l'expliquer, théories qui contiennent sans doute chacune leur part de vérité, les divergences de vues qui séparent les observateurs provenant en quelque sorte des hasards de la clinique ou de l'expérimentation, et de la prédominance apparente de tel ou tel facteur pathogénique dans les faits dont ils étaient témoins. De là, la raison des trois grandes théories de l'œdème pulmonaire aigu qui ont généralement cours aujourd'hui : 1° la *théorie toxique*, défendue surtout par Brouardel et Debove qui voient dans l'œdème aigu du poumon un accident d'auto-intoxication presque constamment symptomatique d'une néphrite interstitielle déclarée ou latente; 2° la *théorie angionévrotique*, à laquelle Huchard s'est plus particulièrement rangé, et d'après laquelle l'œdème aigu procéderait toujours d'une vasodilatation intense des capillaires du poumon sous l'influence d'une excitation partie du plexus cardiaque ou des extrémités sensitives du pneumogastrique, théorie à laquelle la prédominance de l'œdème aigu du poumon dans les cas d'endocardite rhumatismale plus spécialement localisée à l'orifice aortique et chez les sujets atteints de lésions de l'aorte ou des coronaires apporte un appui des plus sérieux; 3° enfin la *théorie purement mécanique* de l'école allemande comportant deux modalités principales : la doctrine de la crampe du ventricule gauche avec hypertension pulmonaire veineuse et artérielle, si brillamment défendue par Grossmann, et la doctrine de Welsch, qui suppose une défaillance du cœur gauche avec congestion pulmonaire active et intense dépendant de la conservation de l'énergie contractile des cavités droites.

C'est sur la discussion de ce point si important de pathogénie que la question soumise à notre appréciation me semble devoir surtout se concentrer.

Déjà une critique sévère des faits cliniques, aujourd'hui très nombreux, recueillis en dehors de toute idée pathogénique préconçue et systématiquement rapprochés des constatations nécroscopiques comme des enseignements de l'expérimentation, nous autorisait à concevoir l'œdème aigu du poumon comme la conséquence habituelle d'un *processus pathogénique complexe* dans lequel, l'infection préparant le terrain, des désordres nerveux ou mécaniques surviendraient en seconde ligne pour aboutir à l'inondation séreuse extra et intra-alvéolaire. Et, de fait, de quelque côté qu'on se retourne, à quelque catégorie d'œdème aigu que l'on s'adresse, on retrouve partout et toujours la même trilogie de conditions génératrices, à savoir la *toxi-infection*, les *accidents nerveux* et les *troubles mécaniques*. Cette triple intervention étiologique apparaît avec une extrême évidence dans les faits, de beaucoup les plus nombreux, d'œdème consécutif au rhumatisme articulaire aigu, à la scarlatine, à la grippe ou au mal de Bright. Ici la toxi-infection existe au premier chef, d'autant que dans les deux premiers cas l'infection se complique le plus souvent d'auto-intoxication, l'albuminurie étant presque constante en pareil cas. De plus, les troubles mécaniques avec augmentation de pression artérielle s'y rencontrent aussi le plus souvent, car, dans les faits susvisés, l'hypertrophie ventriculaire gauche est la règle, qu'il s'agisse de néphrite interstitielle ou de rhumatisme aigu compliqué d'endocardite aortique. Il n'y a que la grippe qui, au premier abord, paraît se soustraire à cette loi; mais ne sait-on pas que le poison morbigène a une prédilection marquée pour le plexus cardiaque, dans l'influenza, où la syncope, les intermittences cardiaques, les pseudo-crises d'angor pectoris sont souvent un des premiers, quelquefois un des seuls signes de l'infection?

Cette notion nous paraît d'autant plus rationnelle qu'elle nous apporte une explication très vraisemblable de ces deux faits sur lesquels nous avons déjà dû insister : 1° la *prédilection de l'œdème aigu pour les cas de mal de Bright avec rein scléreux*, c'est-à-dire alors que chez le même sujet se trouvent réunis l'auto-intoxication, les désordres mécaniques (hypertension), les altérations nerveuses (périaortite et excitation du plexus cardiaque), et 2° sa *rareté dans la néphrite épithéliale pure*, où ces trois facteurs pathogéniques sont en général écartés.

De même, pour les infections et les intoxications où ces éléments essentiels ne semblent pas intervenir habituellement (fièvre typhoïde, rougeole, oreillons, etc.), le syndrome de l'apoplexie séreuse du poumon ne survient qu'à titre de complication exceptionnelle, à moins que, comme Fouineau l'a observé, le malade ne soit atteint en même temps d'insuffisance aortique (1).

Il n'y a pas jusqu'aux œdèmes aigus dits primitifs (œdèmes réflexes et œdèmes consécutifs à la thoracentèse), qui ne paraissent devoir rentrer dans cette catégorie et relever de la même conception pathogénique. Les cas d'œdème dits primitifs sont tous relatifs à des sujets portant la trace d'une tare antérieure, infection ancienne ou dyscrasie constitutionnelle, alcoolisme le plus souvent. Or, si ce trouble constitutionnel a pu déterminer quelques altérations des parois capillaires ou entraîner une hydrémie relative, susceptible de favoriser, dans une certaine mesure, les phénomènes osmotiques de l'œdème aigu, celui-ci n'est pas moins déterminé et *localisé* par une excitation périphérique réflexe (émotion violente, impression vive produite sur la muqueuse gastrique par des boissons glacées) qui a mis en jeu l'excitabilité réflexe du pneumogastrique et produit sur le poumon la vasodilatation congestive qui entraîne l'œdème.

Nous nous sommes déjà expliqué sur l'œdème pulmonaire réflexe symptomatique de la pleurésie purulente, qui nous semble ne pouvoir relever d'une autre interprétation.

Mais il nous paraît très rationnel aussi d'assigner à l'*œdème avec expectoration albumineuse* développé à la suite de la thoracentèse un mécanisme identique, et d'admettre : 1° une infection préalable ayant très vraisemblablement entraîné une augmentation du pouvoir osmotique du sérum sanguin (phénomène dont l'épanchement pleural est déjà une preuve suffisante) que l'albuminurie le plus souvent concomitante a encore exagérée; 2° une excitation réflexe aboutissant à une vasodilatation intense des vaisseaux pulmonaires sous l'influence de l'excitation du pneumogastrique et pouvant dépendre d'une blessure directe du poumon par le trocart ou d'un brusque afflux sanguin dans le parenchyme préalablement bridé et trop rapidement décomprimé à la suite d'une ponction abondante. Les observations d'expectoration albumineuse consécutives à la thoracentèse sont malheureusement, pour la plupart, trop anciennes et, de ce fait, trop incomplètes pour être utilisables en vue d'une semblable démonstration; mais nous ne doutons pas que celles qui seront recueillies désormais ne viennent en partie confirmer cette façon d'envisager la question.

Donc, sans nier l'importance de certaines altérations du sang sur lesquelles nous aurons à revenir plus tard, nous n'hésitons pas, au nom de la clinique, à proclamer cette *triple influence étiologique* comme mécanisme provocateur essentiel de l'œdème aigu du poumon. Nous allons voir maintenant que l'expérimentation vient confirmer pleinement cette conception.

V

Nous avons entrepris depuis quelques mois, dans le laboratoire de notre excellent collègue le professeur Arloing et avec le concours précieux d'un expérimentateur des plus habiles, le docteur Guinard, une série d'expériences tendant à déterminer si les vues sus-exprimées sont rationnelles, et à vérifier le sens des variations opérées par l'œdème pulmonaire ainsi déterminé, dans la circulation aussi bien générale que de l'appareil cardio-pulmonaire, espérant que des faits minutieusement constatés nous permettraient de trancher le différend pendant entre les divers observateurs qui ont étudié jusqu'ici ces importantes variations de la circulation.

Nos expériences sont nombreuses et ne sauraient trouver place dans une étude nécessairement limitée; nous nous réservons de les publier prochainement *in extenso*. Nous nous bornerons ici à les résumer succinctement et à énumérer les conclusions fermes qui semblent en découler.

Ces expériences ont toutes été faites sur de gros chiens (de 18 à 22 kilogrammes), le plus souvent curarisés et soumis à la respiration artificielle; une large fenêtre thoracique pratiquée au thermocautère et au costotome, de façon à perdre le moins de sang possible, permettait d'observer directement le cœur et l'appareil respiratoire, de comprimer à volonté l'aorte ou les cavités gauches, d'introduire, suivant le cas, dans l'oreillette gauche ou dans l'artère pulmonaire, parfois dans les deux simultanément, un trocart courbe en relation avec un manométrographe enregistreur, pour bien apprécier les variations de pression dépendant des troubles mécaniques, des excitations nerveuses ou de l'œdème expérimentalement produit.

Quant à l'œdème, nous l'avons réalisé le plus souvent à l'aide de l'injection intraveineuse de salicylate de méthyle, suivant les indications fournies par MM. Chatin et Guinard. Dans un cas, l'ésérine associée à des troubles mécaniques violents (compression de l'oreillette gauche) a paru provoquer un léger degré d'œdème pulmonaire. A notre grand regret, nous n'avons pu reproduire les expériences de Grossmann avec la muscarine, ce produit étant introuvable et n'ayant pu nous être procuré par aucun laboratoire de France ou de l'étranger.

Voici, en résumé, les résultats que nous pouvons indiquer comme paraissant solidement acquis et d'une très réelle portée pratique :

1° *Des troubles mécaniques même violents, mais brusques, sont le plus souvent incapables d'entraîner* A EUX SEULS *l'œdème pulmonaire*. Déjà les expériences de Cohnheim et de Lichtheim avaient établi que la ligature de l'aorte au-dessus du diaphragme ou la ligature des veines pulmonaires pouvait être réalisée sans production d'œdème pulmonaire; nous avons, de notre côté, exercé à maintes reprises une compression complète et soutenue de l'aorte antérieure ou de l'aorte totale chez le chien, sans produire la moindre modification de ce genre au niveau du parenchyme pulmonaire, alors cependant que cette compression était portée à un degré tel que *la pression augmentait du simple au triple dans l'artère pulmonaire* et devenait suffisante pour que le trocart fût violemment projeté hors du vaisseau où il avait été introduit.

2° Mais si au trouble mécanique ainsi réalisé on ajoute une excitation nerveuse sur le plexus cardiaque (compression du ventricule ou de l'oreillette gauche, ou excitation du bout périphérique du pneumogastrique préalablement sectionné), on peut voir survenir des troubles légers des pressions carotidienne et pulmonaire (élévation simultanée des deux pressions, avec maximum cependant du côté de l'artère pulmonaire où l'influence de la pulsation cardiaque s'indique nettement, tandis que la main perçoit, parfois avec précision, le phénomène du pouls pulmonaire) qui s'accompagnent bientôt d'un léger degré d'œdème, reconnaissable à l'apparition de taches violacées à la surface du parenchyme et plus spécialement au niveau des deux bases du poumon; ces taches répondent à des régions splénisées ou atélectasiées par suite de la transsudation intra-alvéolaire, autour desquelles on voit se développer des zones limitées d'emphysème compensateur.

D'autre part, une lésion nerveuse *seule* est incapable de produire l'œdème pulmonaire.

3° L'œdème devient *définitif et intense* seulement si l'animal a reçu préalablement, en injection intraveineuse, de 4 à 7 c.c. de salicylate de méthyle pur.

Par contre, il peut se faire que l'injection *isolée* de salicylate de méthyle soit insuffisante à produire l'inondation œdémateuse du poumon, alors cependant que tous les troubles physiologiques relevant de l'intoxication, et principalement l'énorme abaissement de la pression périphérique, ont été constatés.

4° Cette intoxication préalable nous paraît être, au laboratoire aussi bien qu'en clinique, l'agent essentiel, le *primum movens* de la suffusion œdémateuse aiguë du poumon; elle est capable de déterminer d'énormes œdèmes, sans modifications très apparentes de la pression dans l'oreillette gauche ou l'artère pulmonaire.

Nous avions pensé un moment, conformément aux vues de Grossmann que les expériences de Winkler avec le nitrite d'amyle paraissaient confirmer, qu'une augmentation importante de la pression intra-auriculaire gauche devait être le prélude en quelque sorte nécessaire de l'œdème aigu; mais nos dernières recherches ne nous permettent pas une conclusion aussi absolue. Il nous a été facile, en effet, de constater que l'œdème aigu pouvait être expérimentalement réalisé sans changement appréciable de la pression intra-auriculaire gauche. Nos tracés à ce sujet sont absolument convaincants : à moins toutefois que ce soit *le rapport entre la pression intra-auriculaire gauche et la pression carotidienne* qu'il faille surtout envisager; or, cette dernière pression baissant considérablement et la pression dans l'oreillette restant à peu de chose près stationnaire, ce rapport se trouve de ce fait considérablement modifié; mais, considérée *au point de*

(1) FOUINEAU. (*Loc. cit.*, obs. XLI, p. 202.)

vue absolu, la pression intra-auriculaire ne change pas.

Par contre, la pression de l'artère pulmonaire paraît s'élever légèrement à mesure que l'œdème s'accentue et que la mort approche, de telle sorte que, à tout bien considérer, s'il nous fallait conclure, c'est plutôt vers l'interprétation de Welsch et de Fräntzel que nous serions entraîné.

Mais il est juste d'ajouter que nous n'avons pu opérer avec la muscarine, comme l'a fait Grossmann dont les expériences sont si nombreuses et les tracés si remarquables et si nets.

Quoi qu'il en soit de cette discussion qui ne modifie en rien le fond du problème, il est d'ores et déjà permis d'affirmer que l'expérimentation confirme absolument les conceptions nées de l'observation clinique : l'intoxication et l'infection restent les agents provocateurs essentiels de la suffusion œdémateuse, les troubles nerveux ou mécaniques n'intervenant ici que *pour fixer sur le parenchyme du poumon le phénomène pathologique*.

Devant cette importance croissante de l'intoxication, il était intéressant de rechercher si, sous l'influence de l'empoisonnement ainsi obtenu, il ne se produit pas dans le sérum sanguin des altérations aptes à modifier sa concentration moléculaire, et par conséquent son pouvoir osmotique. Nous avons songé alors à demander à la *cryoscopie* une réponse à cette question délicate; mais nous avons dû renoncer à ce projet, la cryoscopie ne pouvant en pareille circonstance que nous donner des résultats incomplets ou infidèles. Pour être suffisamment correcte, une détermination cryoscopique nécessite environ 70 c.c. de sang; c'est donc une saignée assez importante qu'il faudrait faire à l'animal; or, d'après les recherches d'Hamburger, G. Fano et Bottazzi, il est établi que chez le chien le point de congélation, et par suite la concentration moléculaire totale du sang, varient suivant les diverses saignées. Il y a donc là une cause d'erreur qu'on ne peut négliger et qui pourrait faire attribuer à l'intoxication aboutissant à l'œdème des altérations sanguines purement physiologiques. Sur le conseil de M. Chanoz, nous avons dû nous adresser à une autre méthode qui nécessite une prise de sang beaucoup plus réduite, l'*hématolyse*, procédé qui, d'après Hamburger, est d'une précision assez grande; conduite avec précaution et minutie, elle peut fournir des indications utiles, montrer par exemple si, au moment où l'œdème pulmonaire est déclaré, la concentration moléculaire du sang a varié et si la résistance des globules au laquage a changé.

M. Chanoz, chef des travaux de physiologie, et tout particulièrement compétent dans l'étude de ces questions de physique biologique, a bien voulu se charger de présider à ces recherches et de les suivre personnellement; les premières investigations ont nécessité quelques tâtonnements, mais la dernière expérience, réalisée le 3 juillet dernier, a donné des résultats très intéressants qui méritent d'être signalés.

Dix centimètres cubes de sang artériel ayant été recueillis dès le début de l'expérience et battus pour être immédiatement défibrinés, on retire une même quantité de sang que l'on bat également, au moment où les premiers signes de l'œdème commencent à apparaître au niveau du poumon ; puis on en distribue un centimètre cube dans deux séries de tubes à essai renfermant chacun 20 centimètres cubes d'une des dissolutions suivantes :

	a	b	c	d
Chlorure de sodium à	0.35 %	0.40 %	0.45 %	0.50 %
Azotate de sodium à	0.55 %	0.60 %	0.65 %	0.70 %

Après mélange, on laisse déposer les globules, et l'on recherche dans quelle dissolution de chlorure de sodium ou d'azotate de sodium le liquide qui surnage est légèrement teinté par l'*hémoglobine diffusée par laquage*.

Dans chaque série, on compare les *solutions limites* obtenues au début de l'expérience et après la production de l'œdème. Or, dans le cas présent, l'œdème ayant été provoqué par injections intraveineuses de salicylate de méthyle, on a pu constater que, avant l'expérience, l'hématolyse débutait par la solution de chlorure à 0.45 % et par la solution d'azotate à 0.65 %, tandis qu'au moment de l'apparition de l'œdème, le phénomène se produisait à 0.55 ou 0.60 % pour la solution de chlorure et à 0.70 ou 0.75 % environ pour la solution d'azotate. Autrement dit, la résistance globulaire au laquage a diminué et la concentration moléculaire totale du sang a augmenté sous l'influence de l'intoxication ayant abouti à l'œdème.

Certes, il est impossible de tirer des conclusions définitives de ces premiers essais, qui sont plutôt l'indication d'une méthode à suivre; ces expériences devront être reprises dans des conditions variées, afin de bien établir leur signification réelle; mais, tels quels, ces résultats nous ont paru intéressants et dignes de fixer l'attention.

VI

Les considérations expérimentales sur lesquelles nous venons de nous étendre et qui font de l'œdème aigu quelque chose de bien à part, un syndrome clinique ayant une signification très spéciale, suffisent largement pour justifier la conception que, dès la première partie du siècle écoulé, des savants comme Laënnec ou Andral avaient eue du phénomène.

Très nettement distinct de l'œdème chronique, passif ou par stase, au point de vue étiologique, symptomatique et pathogénique, l'œdème aigu fluxionnaire se caractérise encore par son pronostic tout particulièrement grave, au point que quelques heures suffisent pour déterminer la mort. Il existe même une forme foudroyante (cas de Lund, Jaccoud, Potain), dans laquelle le décès survient par asphyxie avant que l'expectoration séro-sanguinolente ait eu le temps de se produire, le coup d'œdème ayant entraîné une inondation séreuse assez intense pour supprimer du même coup le poumon sanguin (par compression) et le poumon aérien (par obstruction alvéolaire, suivant Traube), et empêcher ainsi les échanges nécessaires à la vie.

Il y a lieu de faire remarquer à ce sujet que le mécanisme de la mort n'est pas toujours celui qu'avait admis Traube, car les expériences de Grossmann ont bien établi que la congestion pulmonaire expérimentale qui aboutit à l'œdème et qui s'accompagne du *pouls pulmonaire* avec allongement des capillaires alvéolaires entraîne très nettement une *augmentation de la capacité respiratoire*. L'asphyxie résulterait surtout de la crampe des fibres musculaires de l'appareil bronchique et de la rigidité pulmonaire qui s'oppose à l'expansion du poumon, et de ce fait à la ventilation pulmonaire. Nous avons plusieurs fois constaté nous-même cette rigidité du parenchyme pulmonaire associée à un défaut d'expansion se traduisant sur les tracés de la courbe diaphragmatique par le *raccourcissement des excursions respiratoires*.

Mais les choses n'évoluent pas toujours avec la même gravité. Dans les formes subaiguës ou partielles, la résolution du mouvement fluxionnaire se fait parfois spontanément. Ailleurs, et c'est surtout dans l'intoxication brightique ou dans la goutte que le phénomène peut s'observer, sous l'influence d'une poussée viscérale nouvelle qu'on pourrait qualifier de *métastatique* l'œdème pulmonaire est susceptible de s'éteindre brusquement pour être remplacé par une manifestation d'un ordre nouveau, une péricardite brightique par exemple, ainsi que nous en avons dernièrement relevé une très remarquable observation. D'autres fois, dans le cas d'œdème réflexe principalement, la détermination pulmonaire peut s'effacer sous le coup de la disparition spontanée ou provoquée de la localisation morbide primitive, source du réflexe vasodilatateur qui avait entraîné la suffusion œdémateuse dans le poumon; c'est ce que fait la ponction d'un abcès interlobaire, par exemple. Toutefois, il y a lieu d'être très circonspect dans l'appréciation des accès atténués ou de gravité en apparence mitigée; il existe, en effet, des formes à rémission temporaire, ou *à répétition*, et souvent l'amélioration semble ne se produire que pour être suivie bientôt d'une rechute fatale. Ces accès réitérés ont été bien observés et décrits par Huchard, Dieulafoy, Renaut, Rigal, Poulain et Brault. Quant à spécifier avec certitude quelles sont les circonstances étiologiques qui déterminent le plus ou moins de gravité de l'accès, il est assez difficile de se prononcer; j'ai cependant, pour mon compte, une certaine propension à admettre que c'est le *degré de l'insuffisance rénale qui règle la gravité de l'accès;* cette opinion me semble résulter non seulement des faits dont j'ai été personnellement le témoin, mais encore des nombreuses observations publiées jusqu'ici et qu'il m'a été donné de compulser.

Lorsque la crise doit évoluer vers l'issue fatale, les accidents s'accentuent du côté de la circulation périphérique; la pression artérielle s'abaisse progressivement, le pouls devient de plus en plus petit et s'accélère ; les irrégularités se multiplient, la cyanose apparaît et enfin le cœur cesse de battre. Il s'arrête généralement en systole, et cette tétanisation du ventricule gauche n'est pas, il faut bien l'avouer, sans donner une certaine apparence de logique à la doctrine de Grossmann.

D'ailleurs, l'évolution des troubles circulatoires dans les cas d'œdème expérimental concorde absolument avec ce que nous révèle l'observation clinique. Dans tous nos tracés, nous assistons à cette chute progressive, croissante de la pression carotidienne, laquelle peut devenir inférieure à la pression dans l'oreillette gauche ou dans l'artère pulmonaire.

Si donc nous n'avons pas assisté à ces grosses élévations de pression intra-auriculaire gauche dont parle Grossmann, tout au moins devons-nous insister sur cette rupture d'équilibre entre la pression périphérique et la pression dans le cœur gauche, que nous avons plus particulièrement signalée dans le chapitre précédent. Peut-être ce fait est-il digne d'être noté.

La gravité de l'œdème aigu du poumon n'est pas subordonnée seulement à la cause même qui en a provoqué l'apparition ; elle dépend encore de la rapidité avec laquelle le diagnostic a été posé et de la décision apportée par le médecin dans son intervention. Aussi importe-t-il de poser ce diagnostic d'une façon précise et de ne pas s'égarer, dès le début, sur les différents troubles cardio-pulmonaires qui peuvent donner le change avec la crise d'œdème aigu.

Marfan a bien exposé (1) les différents éléments de ce diagnostic différentiel, en montrant combien il est important, au point de vue pratique, de ne confondre l'œdème aigu du poumon ni avec l'accès d'asthme, ni avec l'embolie pulmonaire, ni avec la crise d'angine de poitrine. Sans doute, lorsqu'on a pour se guider, outre la dyspnée angoissante et paroxystique, l'expectoration caractéristique, l'embarras est bien vite dissipé; mais il faut songer aux cas, assez rares, il est vrai, où l'expectoration est absente; et alors, en plus des caractères cliniques servant à différencier ces diverses espèces morbides, comme l'absence de dyspnée dans l'angine de poitrine, c'est aux caractères mêmes des râles, à leur absence de déplacement dans les quintes de toux, à un bruissement respiratoire spécial déjà indiqué par Laënnec et Oppolzer et accompagné parfois d'un peu de bronchophonie, qu'on demandera la confirmation du diagnostic, surtout si, au niveau du foyer maximum des râles perçus par l'oreille, la percussion se présente avec ce caractère *paradoxal* que Hertz a signalé depuis dix ans déjà, et qui consiste en l'existence d'une zone plus sonore au niveau du tissu pulmonaire œdématié.

Cette percussion paradoxale sur laquelle Huchard est revenu dernièrement a sa raison d'être, ce nous semble, dans l'emphysème suraigu qui entoure et enveloppe les zones de congestion et d'œdème devenues imperméables à l'air. Il est facile, d'ailleurs, d'assister chez les animaux à ce développement de l'emphysème compensateur collatéral; à mesure que l'infiltration séreuse se produit, donnant lieu aux taches irrégulières violacées qui se dessinent à la surface du poumon, on voit à chaque inspiration des bulles de tissu pulmonaire dilatées venir saillir autour des zones atélectasiées qui ne se déplissent plus, même sous l'effort d'une respiration artificielle énergiquement pratiquée.

VII

Le mécanisme intime de l'œdème aigu du poumon, incertain jusqu'ici sur certains points, en tout cas vivement discuté, ou contradictoirement interprété par des expérimentateurs également habiles et autorisés, n'a pas toujours permis l'application d'une thérapeutique exclusivement pathogénique. Aussi, dans l'intervention du médecin au lit du malade, y a-t-il incontestablement lieu de réserver une bonne part aux enseignements de l'expérience.

C'est elle qui a démontré, en effet, que la *saignée* est le moyen de choix à opposer à cette complication redoutable, moyen suprême capable de conjurer l'issue fatale dans les cas parfois les plus graves, à condition toutefois qu'on le mette en œuvre de bonne heure, sitôt le diagnostic porté. Mais il faut bien reconnaître qu'ici l'expérience clinique se trouve absolument d'accord avec nos conceptions étiologiques et pathogéniques, et surtout avec l'idée de la toxhémie préalable que nous considérons comme la cause indispensable du coup d'œdème pulmonaire aigu.

Tous les praticiens sont d'accord sur ce point, que la saignée peut et doit être pratiquée malgré la faiblesse apparente du pouls, ses irrégularités et la pâleur souvent extrême du malade; il faut procéder largement et soustraire, en moyenne, de 300 à 400 grammes de sang.

(1) Marfan, *in* Traité de médecine de Charcot, Bouchard et Brissaud. T. IV, 1893.

L'intervention du système nerveux et surtout du plexus cardiaque, souvent directement intéressé par la péri-aortite, l'endocardite valvulaire ou même la coronarite, ou indirectement mis en cause par une excitation périphérique plus ou moins distante (pleurésie interlobaire, excitation intestinale ou utérine), légitime la *révulsion* sur les troncs nerveux ou le plexus cardiaque. On a recommandé aussi la *galvanisation du vague*, sans doute dans l'espoir de faire cesser, en excitant les propriétés phrénatrices de ce nerf, l'état spasmodique supposé des cavités gauches. Nous n'avons pas eu à recourir à ce genre d'intervention, et il nous est difficile de le juger.

Quant à la médication interne, elle est encore des plus indécises; et si parfois telle ou telle intervention médicamenteuse semble avoir produit des effets utiles, c'est plus en modifiant un symptôme associé ou secondaire de l'accès d'œdème aigu qu'en s'adressant à la source même du mal. On avait espéré un instant que l'*atropine*, dont les propriétés antidotales par rapport à la muscarine sont bien connues, serait d'un précieux secours dans la crise d'œdème aigu (Grossmann, Huchard); mais on a dû renoncer à l'emploi de cet alcaloïde, car il n'a donné que des résultats nuls, en tout cas infidèles.

Toujours en partant de l'idée d'une tétanisation aiguë du ventricule gauche, on avait pensé aussi qu'une vasodilatation intense produite à la périphérie pourrait vaincre le spasme ventriculaire et rétablir l'équilibre circulatoire dans le réseau pulmonaire. Mais le *nitrite d'amyle*, auquel on avait songé à s'adresser pour obtenir ce résultat, est susceptible de produire de l'œdème pulmonaire, et devient de ce fait inutilisable.

C'est pour parer à cet inconvénient que Winkler (1), dans un travail tout récent et très minutieux, a étudié le *nitrite d'amyle oxycarboné*. Ainsi modifié, le poison n'a plus d'influence sur la circulation pulmonaire et ne détermine plus de suffusions œdémateuses. Le médicament conserve son action vasodilatatrice périphérique, mais n'entraîne pas de congestion intense de la face; il augmente l'énergie contractile du cœur, sans favoriser pour cela la transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine. Il est possible que dans l'avenir on puisse tirer d'excellents effets de ce genre d'intervention. Pour le moment, la difficulté de se procurer un pareil produit rend les essais très difficiles et ne permet guère d'apprécier utilement le procédé.

L'*acide carbonique* administré par la voie rectale, suivant la méthode de Bergeon, nous a donné une fois un succès très remarquable. Il s'agissait d'un œdème suraigu généralisé, chez une jeune fille atteinte de rhumatisme articulaire aigu, avec gros cœur, endocardite aortique, anurie et albuminurie massive; la malade était dyspnéique à l'extrême, une pluie de râles fins s'entendait du sommet à la base des deux poumons; le pouls était filant, malgré une hypertrophie ventriculaire énorme. Nous fûmes assez heureux pour voir, au bout de deux heures, à la suite d'une application de ventouses scarifiées sur le thorax et surtout après l'administration, en deux fois, de dix litres d'acide carbonique en lavement, la dyspnée se calmer, le cœur se relever, et le danger, qui paraissait imminent, définitivement écarté. C'est sans doute en agissant sur le centre respiratoire et en augmentant la ventilation pulmonaire que l'acide carbonique ainsi administré a pu entretenir pendant un certain temps l'hématose pulmonaire, et permettre à la malade d'attendre la fin de sa crise sans défaillance.

Un certain nombre de médicaments ont été recommandés encore comme d'utiles adjuvants de la saignée, qui doit rester toujours la suprême ressource: le *strophantus* (MacGregor) en cas de défaillance avérée du cœur; l'*ergot de seigle* (Renaut); l'*ipéca*, dans les cas où l'œdème est greffé sur un état catarrhal ancien des voies respiratoires (Huchard), et surtout l'*apomorphine*, dont l'action vomitive est rapide si l'on a recours à l'administration sous-cutanée: la *strychnine*, également en injections hypodermiques, quand il y a menace de parésie des muscles bronchiques et plus particulièrement du diaphragme (Fouineau). C'est là une question d'opportunité et d'indication seconde à apprécier et à remplir.

En tout cas, il est un fait que personne ne nie maintenant; ce sont les dangers de la *morphine*, dangers que Brouardel a plus spécialement mis en lumière et qui doivent faire aujourd'hui proscrire définitivement ce médicament dans l'espèce.

On a fait appel, dans les cas désespérés, à un certain nombre d'autres procédés, qui auraient donné des résultats favorables entre les mains de leurs auteurs: la *ponction de l'oreillette droite*, pratiquée à l'aide d'une aiguille fine dans le quatrième espace intercostal droit, dans le but de décongestionner rapidement les cavités droites distendues à l'extrême, a été faite avec succès par Wisbrok, par Lévy, et trois fois par Dana (1885). Sahli, d'autre part, a pratiqué la *trachéotomie*, puis, introduisant par la plaie trachéale dans les bronches encombrées un tube de caoutchouc souple, il a fait l'aspiration du liquide accumulé et obstruant le champ respiratoire; cette méthode aurait donné quelques succès. Mais sur ces divers procédés, que nous ne mentionnons que pour mémoire et dans le but d'être complet, nous n'avons aucune expérience personnelle. Nous les signalons, néanmoins, à l'attention des cliniciens; peut-être pourront-ils rendre quelques services dans une affection aussi grave, très souvent rapidement mortelle, et où les interventions les plus hardies semblent pouvoir être légitimement autorisées.

J. TEISSIER,
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

(1) F. WINKLER. Ueber die nach Sättigung des Amylnitrits mit Kohlenoxyd auftretende Aenderung der Amylnitritwirkung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, 1898, XXXVI, 1-2.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des plaies infectées (1).

La question est surtout pratique: nulle doctrine ne vaut que par ses applications. Dans ces dernières années, le traitement des plaies infectées a servi de thème à de nombreuses recherches expérimentales et bactériologiques; elles exigent toutes le contrôle et la contre-épreuve de l'observation humaine. C'est à cette double source d'information scientifique que nous devons demander une théorie qui se rapproche de plus en plus de la vérité, une pratique de plus en plus efficace et simple.

En fait, si la solution définitive promet d'être simple, le problème est complexe, et, pour l'étudier utilement, il convient d'établir des catégories.

I

Occupons-nous d'abord des *plaies infectées récentes, dont l'infection ne s'est pas traduite encore par des réactions locales ou générales*.

Ce sont plutôt des plaies *contaminées* que des plaies infectées, au sens propre du mot, et nous savons bien que les deux termes ne sont pas synonymes, et que telles plaies, de flore microbienne luxuriante, n'en guérissent pas moins sans accidents, et parfois sans soins. Mais nous savons aussi que la résorption virulente est rapide, et que souvent, avant toute réaction apparente, l'empoisonnement est déjà profond. Enfin, nous n'avons aucun moyen, devant une plaie récente, d'en apprécier d'emblée la teneur microbienne, d'une part, et de prévoir, d'autre part, le degré de résistance, la valeur phagocytique, si je puis dire, des tissus blessés. L'aspect extérieur n'est même pas, à cet égard, un indice certain.

Il faut donc, en pratique, tenir pour infectée toute plaie accidentelle, et la traiter comme telle; au moins faut-il toujours supposer qu'elle est en puissance d'infection.

Cela n'est pas constamment vrai, sans doute, et certaines plaies ne recèlent aucun microbe pathogène; mais la formule conserve toute sa valeur clinique. Et, d'ailleurs, les recherches bactériologiques démontrent que les plaies accidentelles sont presque toujours contaminées.

Il suffit, pour s'en convaincre, de recueillir à leur surface, avant tout traitement, un peu du liquide qui les imprègne, et de l'ensemencer; ajoutons que les résultats ne sont complets que si l'on a déterminé expérimentalement la virulence des microorganismes ainsi constatés.

Des études importantes ont été faites dans ce sens. Riggenbach (2), à la Clinique chirurgicale de Bâle, a soumis à pareille recherche une série de 24 plaies accidentelles; dans tous les cas, un seul excepté, il a rencontré des microbes pathogènes. C'était 15 fois le staphylococcus pyogenes albus, 11 fois le streptocoque, 4 fois le micrococcus tetragenus, 2 fois le bacille tétanique de Nicolaïer et d'autres espèces associées.

Brunner (1), qui a publié de si remarquables travaux sur la bactériologie des plaies, opératoires et accidentelles, divise ces dernières en deux groupes. Au premier se réfèrent les plaies accidentelles (plaies d'usine, plaies de tête, des extrémités, etc.) qui n'ont été soumises encore à aucune manipulation, à aucun traitement, et qui sont restées, pourrait-on dire, *à l'état de nature:* sur 41 faits de ce genre, 4 fois seulement la recherche microbienne demeura négative. Même à la surface des plaies toutes récentes, les microorganismes foisonnent déjà. Ici encore, c'est le staphylocoque blanc qui se montre le plus souvent, puis le staphylocoque doré, le streptocoque, etc., et la virulence de ces microbes a été mise hors de doute, dans un certain nombre de ces cas, par l'inoculation aux animaux.

Le second groupe comprend les plaies déjà soignées, *déjà pansées*. Sur 62 faits, 13 fois l'examen bactériologique a été négatif, ce qui, d'ailleurs, ne permet de conclure qu'à une faible teneur microbienne; le staphylocoque blanc figure 21 fois, le staphylocoque doré 18 fois, isolés ou associés entre eux et avec d'autres espèces; puis viennent le streptocoque, le colibacille, etc.

Encore une fois, bien que l'état microbien des plaies ne préjuge pas de leur infection, nous avons de bonnes raisons scientifiques et des raisons pratiques impérieuses de traiter toute plaie accidentelle comme une plaie contaminée, en voie d'infection, infectée déjà. *Quel sera ce traitement?*

Avant tout, est-il réellement utile? *Peut-il être efficace?* L'observation clinique ne laisse guère de doute sur la réponse, mais certaines expériences ont paru entraîner d'autres conclusions.

Je n'ai qu'à rappeler celles de Schimmelbusch (2), et voici l'une des plus connues: une souris est inoculée, au bout de la queue, avec une culture charbonneuse; dix minutes après, on ampute la queue à sa racine, mais cela ne suffit pas à enrayer l'infection mortelle. Reichel (3) a confirmé ces résultats décourageants, et, d'après ses recherches, une minute après l'inoculation, il est déjà trop tard — chez le lapin et le cobaye — pour rendre aseptique, pour désinfecter une plaie infectée.

Si de tels résultats expérimentaux devaient s'appliquer à la pratique humaine, notre rôle serait, du coup, annihilé; nous n'aurions plus de recours que dans la médication antitoxique, et, devant le nombre, si restreint encore, des sérums actifs, ce serait, en réalité, l'abandon de tout traitement.

Heureusement ces conclusions outrancières ne sauraient passer dans la clinique. Nos plaies ne sont pas souillées, d'ordinaire, par des cultures microbiennes pures et de virulence exaltée, comme dans les expériences de Schimmelbusch, et les données du problème, tel qu'il se présente à nous le plus souvent, ne le rendent pas d'emblée insoluble.

D'ailleurs, même sur le terrain expérimental, on a répondu. Friedrich (4) inocule de la terre de jardin, contenant le bacille de l'œdème malin, dans le muscle triceps du cobaye: les bacilles se diffusent peu à peu dans le milieu musculaire, et, six heures après, l'excision du muscle inoculé suffit à couper court à l'infection; au bout de sept heures, le résultat devient douteux; au bout de huit heures, il est toujours nul, et la mort inévitable.

Quelque rapide que soit la résorption virulente, elle n'est donc pas instantanée: il y a un temps d'empoisonnement, de durée variable, et un processus de diffusion locale, progressive, qui laisse un répit, plus ou moins court, sans doute, mais suffisant à justifier, à commander l'action locale.

Cette *action locale* aura pour but, non seule-

(1) Ce travail constitue le rapport qui sera présenté sur ce sujet à la section de chirurgie générale du *Treizième Congrès international des sciences médicales* qui se tiendra à Paris du 2 au 9 août 1900.

(2) RIGGENBACH. Ueber den Keimgehalt accidenteller Wunden. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1898, XLVII, 1, p. 33, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 264.)

(1) K. BRUNNER. Erfahrungen und Studien über Wundinfektion und Wundbehandlung. II. Theil: Ueber den Keimgehalt und Heilverlauf accidenteller Wunden. Aseptik oder Antiseptik? Frauenfeld, 1898. — Analysé *in Semaine Médicale*, 1898, p. 475-476.)

(2) SCHIMMELBUSCH. Ueber Desinfection septisch inficirter Wunden. (*Fortsch. der Med.*, 1er et 15 janv. 1895, p. 8 et 49.)

(3) REICHEL. Zur Aetiologie and Therapie der Eiterung (*Arch. f. klin. Chir.*, 1895, XLIX, 3, p. 564.)

(4) FRIEDRICH. Die aseptische Versorgung frischer Wunden. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1898, LVII, 2, p. 288, et *Semaine Médicale*, 1898, p. 174.)

ment de déterger et d'assainir la plaie, mais encore de la mettre à l'abri et de prévenir les souillures, les infections de seconde main, tout aussi graves, plus graves souvent que l'inoculation traumatique elle même. C'est pour cela qu'elle devra être aussi précoce que possible, et que cette nécessité du prompt secours vaut d'être inscrite au nombre des plus pressantes questions de la pratique privée et publique.

Or, nous savons mieux aujourd'hui quelles sont les bornes réelles de notre action; nous avons appris qu'elle est toujours incomplète, et qu'*avant tout, c'est l'organisme vivant qui se défend lui-même*, et qui réagit et lutte contre l'invasion microbienne. Ne pas gêner les réactions de défense, les aider, en réduisant le nombre des germes infectants, en neutralisant leur activité, sans nuire à l'activité des cellules vivantes: tel est notre seul rôle.

L'avènement de l'antisepsie a marqué le terme d'un long empirisme, en donnant, pour la première fois, une base scientifique et positive au traitement des plaies; mais les conditions vitales de la défense et de la réparation organiques n'étaient encore qu'en partie révélées, et l'on avait cru que les antiseptiques pourraient détruire, dans la plaie, tous les germes d'infection. C'était méconnaître, d'une part, la résistance des microorganismes, et, d'autre part, la vulnérabilité des cellules vivantes, agents essentiels de la guérison.

Les données nouvelles nous ont montré que l'intervention utile se traduit, en résumé, par la *détersion mécanique*, précoce, totale, du foyer traumatique et de la peau ambiante, détersion suivie et complétée par un pansement qui assure, grâce à ses propriétés physiques, la protection de la plaie et le drainage continu. Telles sont les bases du traitement aseptique, et, pour les plaies récentes, en mal d'infection, la discussion peut être brève.

A cette détersion pourront servir, bien entendu, les solutions antiseptiques, et dans certains milieux, dans certaines situations d'urgence, leur emploi devient inévitable ; mais elles seront utilisées à titre faible, et leurs effets se borneront, ou à peu près, à cette besogne mécanique.

De fait, pour exercer une action chimique, les antiseptiques devraient être en solutions fortes, et rester en contact permanent avec toute la plaie. On ne peut plus croire qu'une irrigation de quelques minutes, et même prolongée, suffise à détruire, en milieu traumatique, les microorganismes, qui résistent, *in vitro*, des heures, des jours et des semaines, alors surtout qu'un nombre croissant de ces germes devient inaccessible, en se diffusant dans les tissus. Si la plaie est béante, tamponnée, pulvérisée, baignée, l'imprégnation antiseptique est plus complète, sans doute; elle est aussi plus nocive pour les cellules vivantes.

Ce dernier fait ressort nettement des expériences, et, en particulier, de celles de von Eicken (1) dont le dispositif était le suivant : après désinfection cutanée, une plaie musculaire est pratiquée au dos ou à la patte postérieure des animaux en expérience (lapins), et, dans cette plaie, on enfouit un tampon imprégné de diverses solutions (acide phénique à 3 %, sublimé à 1 ‰, sel marin à 0.6 %); on recouvre la plaie de compresses imbibées de la même solution et qui sont fixées par une bande. Au bout de 24 heures, l'animal est sacrifié, et des coupes de la zone limitrophe du foyer permettent d'étudier l'état des tissus. Les fibres musculaires sont en dégénérescence vitreuse, elles ont perdu leur striation, et ces altérations, qui vont en s'atténuant de dedans en dehors, intéressent une couche plus ou moins épaisse suivant les antiseptiques utilisés : très marquées avec l'acide phénique, elles sont un peu moindres avec le sublimé et se réduisent à une bande étroite, lorsqu'on s'est servi de la solution salée physiologique.

On ne saurait donc assimiler le milieu vivant d'une plaie aux milieux inertes du laboratoire; et, sans nier les propriétés bactéricides, *in vitro*, des antiseptiques, propriétés variables, d'ailleurs, qui supposent une imprégnation prolongée, ne s'exercent pas sur les spores, et se traduisent surtout par une action suspensive d'évolution, il faut reconnaître que, dans la pratique humaine, leur efficacité spécifique est toujours incomplète et douteuse.

C'est pour cela que le meilleur traitement des plaies accidentelles récentes nous paraît être le traitement aseptique, formulé comme il suit :

1° *Plaies nettes, diérèses par instruments tranchants.* — Ce sont elles qui, l'infection à part, se rapprochent le plus des plaies opératoires.

De fait, quel qu'en soit l'aspect, elles seront traitées comme une plaie opératoire, avec les mêmes soins préliminaires de désinfection manuelle, avec le même souci d'éviter tout contact suspect, toute infection surajoutée. La peau ambiante, sur une large zone, sera savonnée, brossée, lavée à l'alcool et à l'eau bouillie chaude, l'alcool intervenant ici comme le meilleur agent de « décapage » de l'épiderme.

L'eau stérilisée (filtrée et bouillie) chaude, ou la solution salée physiologique à 7 ‰ (stérilisée aussi), d'une part; et, d'autre part, des tampons et compresses, stérilisés à l'autoclave ou dûment bouillis, serviront et suffiront à la détersion de la plaie. Par l'irrigation, l'essuiement, le frottement un peu rude, on réalisera une « mise au net » de tout le foyer traumatique, en chassant les caillots, les corps étrangers, les débris de tissus, les souillures de tout ordre; et, pour être exclusivement mécanique, cette besogne de détersion n'en devra être que plus minutieuse.

Si la plaie est toute fraîche et bien cruentée, la réunion sera légitime; autrement, on drainera, à l'angle déclive, avec un drain.

2° *Plaies contuses, écrasements, plaies par armes à feu.* — Ici se dresse une double difficulté, inhérente à la nature même de ces plaies : l'extrême irrégularité du foyer crée aux microbes une infinité de recoins où ils deviennent presque inaccessibles; l'attrition des tissus, en réduisant plus ou moins leur vitalité, entrave leurs réactions de défense, et, du même coup, prépare le terrain à l'infection.

Il suit de là une première conclusion pratique, toute rationnelle, et confirmée par les expériences et l'observation clinique : on devra se garder de toute action locale qui puisse aggraver cet état d'infériorité des tissus ; les antiseptiques forts, les caustiques, le thermocautère ne détruisent jamais tous les germes, et, à ceux qui restent, ils font la part trop belle, en leur livrant, inerte et mort, le milieu traumatique.

Débrider, s'il le faut, exciser les lambeaux de tissus, simplifier et mettre à l'air tout le foyer : telle est la première indication à remplir. Ceci fait, avec l'eau stérilisée chaude, par irrigation, par frottement, on déterge la plaie, lentement, méthodiquement, jusque dans ses moindres recoins ; on laisse tout béant, et le pansement se compose de compresses stérilisées, humides, d'une couche d'ouate hydrophile, d'ouate ordinaire et d'une bande, sans imperméable, pour réaliser les conditions physiques d'exosmose continue, que nous étudierons bientôt.

La même méthode s'applique aux plaies d'armes à feu. Se basant sur les expériences de Müller et de Koller, Tavel (1) a pu conclure que « dans le traitement des plaies par armes à feu contaminées, moins on fait, mieux on fait ». La détersion aseptique et le drainage, lors de foyers étendus, l'occlusion aseptique des orifices d'entrée, telle est la pratique la plus sûre et la mieux faite pour prévenir les complications.

II

Venons maintenant aux *plaies infectées, dont l'infection se traduit par des réactions, locales et générales, plus ou moins accusées.*

Ce sont les plaies infectées, au sens clinique du terme; et deux éventualités se présentent : *a)* les signes d'infection sont de date récente, la plaie ne suppure pas; *b)* la plaie est en pleine suppuration.

Dans l'une et l'autre hypothèse, la sérothérapie antitoxique représente la méthode scientifique, naturelle, celle de l'avenir, sans doute; mais nous ne possédons encore que le sérum antitétanique, dont nous reparlerons, et le sérum antistreptococcique, utilisé surtout, jusqu'à présent, dans l'érysipèle et les infections puerpérales; nous n'avons pas, malgré tant d'efforts, de sérum antistaphylococcique, nous sommes désarmés devant les infections associées. En attendant une thérapeutique plus puissante, le traitement local reste donc notre principale ressource.

Or, ce traitement local devra-t-il être antiseptique? La question a fourni matière à de nombreuses recherches, et la solution peut en être demandée : 1° aux *expériences sur les animaux;* 2° à l'*examen bactériologique des plaies humaines*, traitées par l'une ou l'autre méthode; 3° à l'*observation clinique.* Répétons encore que ces trois modes d'investigations concourent au même but et doivent être associés.

Les *expériences* ont abouti à des conclusions parfois contradictoires et, devant les difficultés de technique, il était malaisé qu'il en fût autrement.

Voici quel a été, presque toujours, le *modus faciendi :* une plaie courte, profonde, musculaire, est pratiquée à la face interne d'une patte, chez le lapin ou le cobaye ; on y verse une dose variable de pus humain ou d'une culture pyogène, puis on la ferme avec une couche de collodion et un pansement occlusif approprié. Au bout d'un certain nombre d'heures (c'est le temps d'infection), la plaie est rouverte, détergée, lavée et pansée avec un antiseptique, ou simplement avec la solution salée. De là, deux séries d'expériences, deux séries de résultats à comparer.

Messner (1) laisse le pansement « d'infection » assez longtemps, jusqu'à dix-huit heures; puis, chez les animaux d'une première série, il lave les plaies avec la solution salée à 7 ‰ et fait un pansement sec; chez ceux d'une seconde série, il lave avec la solution de lysol ou d'acide phénique à 3 %, et fait un tamponnement à la gaze phéniquée humide et un pansement humide. Voici les résultats : première série, traitement aseptique : 10 cas, 7 morts; deuxième série, traitement antiseptique : 10 cas, 9 guérisons.

Le contraste est frappant; mais, si l'on analyse les conditions de l'expérience, on relève une dissemblance grave; le pansement était toujours *sec*, dans la première série, toujours *humide*, dans la seconde; et, comme l'a bien montré Hänel (2), c'est là un élément d'importance, qui suffit à expliquer les résultats.

Henle (3), sur le même lapin, fait une plaie à chaque oreille, et souille les plaies avec une culture pyogène; au bout d'une à six heures, ou plus, il lave une des plaies à la solution de sublimé à 1 ou 2 ‰, il ne touche pas à l'autre. Qu'arrive-t-il? — Jusqu'à la fin de la deuxième heure, le résultat est constant : pas d'érysipèle à l'oreille lavée, érysipèle à l'autre oreille; — jusqu'à la sixième heure, l'érysipèle est encore très atténué à l'oreille lavée; — plus tard, il n'y a plus de différence, et l'infection marche du même pas à droite et à gauche. — Un lavage minutieux à l'eau salée n'eût-il pas été tout aussi efficace?

Nous avons signalé plus haut les recherches de Koller (4) sur les plaies par balles infectées. Chaque expérience portait sur une série de six lapins : le premier servait de contrôle, et, chez lui, les orifices d'entrée et de sortie de la balle étaient simplement suturés et protégés par un pansement; chez le deuxième, une mèche de gaze iodoformée était passée dans le séton laissé par la balle; chez le troisième, la plaie était drainée avec un drain de verre; enfin les trois derniers étaient traités par des moyens « énergiques », par le thermocautère, par la teinture d'iode forte, par la solution phéniquée à 5 %. Pour des microbes de virulence moyenne ou faible, les résultats se sont montrés constants : les animaux traités par les antiseptiques forts ou le thermocautère succombaient, les autres guérissaient, et celui qui n'avait pas été traité, toujours plus vite.

C'est dans le même sens que témoignent les expériences plus récentes de von Eicken (5). Il adopte la technique indiquée plus haut, et se sert de cultures de *staphylococcus aureus* pour infecter les plaies expérimentales; au bout de vingt-quatre heures, il les déterge et les panse avec diverses solutions : acide phénique à 3 %, solution salée à 0.6 %, etc. Or, il apparaît nettement que la nature de l'agent de détersion n'exerce qu'une influence médiocre sur les résultats; la fréquence et les conditions physiques du pansement sont d'une tout autre importance. Dans la première série d'expériences, il s'agit d'animaux jeunes, les pansements sont rares et comportent une toile imperméable : 9 morts sur 12; dans la seconde série, il s'agit d'animaux adultes, les pansements sont fréquemment renouvelés, sans imperméable : 6 guérisons sur 6. Ces faits concordent avec ceux de

(1) C. von Eicken. Ueber die Desinfektion inficierter Wunden. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1899, XXIV, 2, p. 353.)

(1) Tavel. Recherches expérimentales sur l'infection et la désinfection des plaies par armes à feu. (*Rev. de chir.*, déc. 1899, p. 685.)

(1) Messner. Experimentelle Studien über Wundbehandlung bei inficirten Wunden. (Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 23. Congress, et *Semaine Médicale*, 1894, p. 102.)

(2) Hänel. Zur Frage der Desinfektionsfähigkeit der Wunden. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 fév. 1895.)

(3) A. Henle. Ueber Desinfektion frischer Wunden. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1895, XLIX, p. 835.)

(4) H. F. Koller. Experimentelle Versuche über die Therapie inficirter Schusswunden. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1898, XLVII, 2-3, p. 211.)

(5) Von Eicken. (*Loc. cit.*)

Préobrajensky, que nous résumerons dans un instant.

Ainsi donc, s'il ne faut pas chercher dans cette voie expérimentale les preuves formelles et les solutions définitives, il n'en reste pas moins que les résultats, dans leur teneur générale, ne témoignent nullement en faveur de l'antisepsie nécessaire.

Le second mode de recherches, l'*étude microbienne de la plaie* à ses divers âges et sous divers pansements, confine de plus près à la pratique journalière, et, de ce fait, acquiert un intérêt plus direct.

Examiner le foyer infecté, et déterminer la nature, l'abondance, la virulence des microorganismes qui le souillent; le déterger avec tel ou tel antiseptique, ou simplement avec le sérum artificiel ou l'eau stérilisée, et répéter l'examen après cette détersion; le répéter encore, après tel ou tel pansement, le lendemain et à des dates successives : tel est le programme, aisé à formuler, moins facile à suivre avec toute la rigueur nécessaire.

Riggenbach, Brunner, von Eicken se sont livrés à des recherches de ce genre. Riggenbach a cru pouvoir conclure, de ses examens comparatifs, que le pansement antiseptique réduisait le nombre des microorganismes virulents dans une plus large proportion que le pansement aseptique, et il signale tout particulièrement trois faits, où la substitution de la gaze stérilisée au pansement au sublimé, à l'alcool, à l'airol, fut constamment suivie d'un accroissement, d'un retour offensif des microbes pathogènes. Mais, outre que le nombre des observations est trop minime, on ne trouve point, en lisant les protocoles, de variations assez tranchées de la teneur microbienne des plaies, pour légitimer des conclusions fermes.

Sur les huit expériences cliniques rapportées par Brunner, aucune ne paraît non plus nettement démonstrative, et quelques-unes témoignent, avec pleine évidence, que les antiseptiques n'ont nullement influé sur l'état microbien de la plaie. Je cite l'une d'elles : écrasement de l'avant-bras, infection, température 39°; le premier examen révèle la présence de colibacilles en quantité considérable et quelques colonies de staphylocoques dorés. On déterge minutieusement le foyer, on le lave à la solution de sublimé, on le saupoudre d'airol, et, après cette « désinfection », on fait une nouvelle prise et un nouvel examen : il n'y a aucune diminution appréciable des microbes. Amputation du bras : la fièvre ne tombe pas, et, dans le liquide hématique qui imbibe le pansement on trouve, de nouveau, des colonies innombrables de bacterium coli. La plaie d'amputation est ouverte, badigeonnée à la teinture d'iode, tamponnée à la gaze airolée; la température tombe, mais le colibacille foisonne toujours dans les sécrétions de la plaie. Enfin, celle-ci bourgeonne : on constate toujours des germes innombrables, mais le colibacille diminue et le staphylocoque blanc devient plus abondant; de plus, inoculée à un cobaye, une culture mixte de ces deux microbes ne provoque aucune réaction et montre qu'ils ne sont plus virulents.

Von Eicken s'est efforcé aussi, dans trois cas, de juger, par le dénombrement microbien, des effets de tel ou tel pansement, sans parvenir à déceler de bien notables différences.

Et, de fait, si de telles observations sont intéressantes et susceptibles de servir de base à des appréciations toutes générales, elles n'ont qu'une rigueur apparente et nous ménagent bien des surprises. Nous avons pu nous en convaincre dans les quelques recherches de ce genre que nous avons faites avec le docteur Guillemot, et nous avons relevé de frappants contrastes entre la teneur microbienne des plaies et leur évolution clinique. Nous n'avons là, en effet, qu'un des facteurs du problème, l'autre nous manque : nous ne pouvons rien savoir de l'état de réceptivité de la plaie et de ses aptitudes de défense.

C'est donc à l'*observation humaine* — éclairée et guidée par les méthodes d'investigation scientifique — qu'il faut, en somme, laisser le dernier mot.

La pratique, du reste, a devancé la théorie. Je rappellerai seulement que, dès 1889, Zeidler insistait sur le traitement aseptique des plaies suppurées; qu'il y revenait, en 1892, en s'appuyant sur plusieurs centaines d'observations émanées de l'hôpital Obuchoff, de Saint-Pétersbourg, et aussi, en 1895 (1), pour l'étendre à toutes les suppurations. Au congrès de Moscou, en 1897, M. Egbert Braatz (1) (de Königsberg), soumettait toute la question à une intéressante critique : il avait traité, sans antiseptiques, plus de deux cents cas de plaies infectées et de suppurations de tout ordre, et il se félicitait des résultats. Depuis, à mesure que l'asepsie opératoire faisait ses preuves et qu'elle s'émondait peu à peu des procédés mixtes de transition, la méthode s'étendait aussi aux plaies infectées, et la discussion présente nous dira quelle place elle occupe aujourd'hui dans la pratique générale des chirurgiens. Pour ma part, j'ai cessé entièrement, depuis deux ans, de me servir de tout antiseptique dans le traitement des plaies, quelles qu'elles soient, et je ne fais d'exception que pour l'eau oxygénée, dans certains cas particuliers dont nous parlerons bientôt.

Devant une plaie infectée, nous devons nous proposer un double but : mettre à l'air et déterger le foyer, sur toute sa surface, c'est la besogne initiale, surtout *mécanique;* assurer l'exosmose, le drainage continu, sur toute cette surface : c'est le rôle du pansement, un rôle surtout *physique.*

La formule pratique se résume dans les termes suivants :

On ne touchera jamais à une plaie infectée, à une plaie qui suppure, sans avoir pris les mêmes soins de « préparation » manuelle, les mêmes précautions à l'endroit des souillures ou des contacts étrangers, que pour le pansement d'une plaie aseptique. La désinfection de la peau ambiante, par le brossage au savon et le lavage à l'alcool, est un temps préliminaire de rigueur.

Le foyer sera, s'il le faut, élargi, débridé, contre-ouvert, pour devenir accessible sur toutes ses parois, et, s'il est profond, pour permettre un drainage effectif.

Ici encore, l'eau stérile, l'eau salée à 7 ‰, les compresses et tampons stérilisés seront les meilleurs agents de la détersion initiale. Le lavage, seul utilisable dans certaines plaies cavitaires, mais dangereux parfois dans un foyer mal clos, sera toujours réalisé avec le souci d'en faire un procédé de nettoyage mécanique, de « mise au net »; sous ce rapport, il ne vaut pas, d'ailleurs, la détersion aux tampons et aux compresses, qui essuient, assèchent et frottent légèrement : longue et minutieuse besogne, qui supprime les corps étrangers, les îlots purulents, les épaves de tissus sphacélés, tous les nids microbiens, tous les milieux de culture, et qui, bien faite, est autrement utile et positive que le rapide contact d'une solution antiseptique forte, — et cela, sans nuire aux cellules vivantes, sans fausser les armes de défense.

C'est dans le même esprit que sera conçu le pansement : on ne cherchera pas à exercer une action chimique, bactéricide, permanente, — toujours courte, en fait, car les substances actives se neutralisent, se transforment ou s'évaporent au contact des tissus — et souvent nocive. On pansera la plaie de telle sorte qu'elle soit isolée et protégée, d'abord, et que l'exosmose continue, dont elle est le siège, soit entretenue, activée, accélérée.

La gaze stérilisée, humide, remplit au mieux ces indications; mollement chiffonnée, dans les foyers profonds, autour des drains, étalée en lamelles à la surface des plaies, elle sera recouverte d'une couche suffisante d'ouate hydrophile, puis d'ouate ordinaire. La bande ou le bandage fermeront le pansement en haut et en bas, et préviendront les glissements, les frottements, l'éversion des bords qui ouvre la route aux contacts septiques du voisinage. *On ne mettra jamais d'imperméable.*

De fait, le pansement doit être, avant tout, un organe d'absorption, de drainage lent et continu : *il ne le sera que si le liquide, dont il s'imbibe par sa face profonde, peut s'évaporer librement par sa face superficielle.*

Préobrajensky (2) a eu le grand mérite de préciser scientifiquement ces données. Il a démontré que, « si le pansement réalise des conditions d'absorption et d'évaporation suffisantes, cela seul suffit à empêcher la pénétration des substances toxiques dans l'organisme ». La strychnine en grand excès, à la surface d'une plaie expérimentale, ne provoque aucun accident sous un pansement de gaze humide, sans imperméable ; supprime-t-on l'évaporation, l'animal meurt. Les résultats sont les mêmes, avec le sang putride, avec les cultures de charbon ou de microbes pyogènes. Un entonnoir, rempli de gaze, plonge par son col dans un flacon renfermant une couche de bouillon ; l'ouverture du flacon est fermée avec un tampon d'ouate, et tout l'appareil stérilisé à l'autoclave. Ceci fait, la gaze, devenue humide par aspiration capillaire, est infectée avec une culture de colibacille, et le tout est abandonné à l'évaporation à l'air sec. Le bouillon sera peu à peu aspiré et restera stérile jusqu'aux dernières gouttes. « Dans l'air humide, à l'étuve, sous une cloche, il se troublera, au contraire, bientôt, parce qu'alors la vitesse de propagation des bactéries, de haut en bas, dépassera la vitesse d'ascension du liquide de bas en haut ». L'influence de l'humidité atmosphérique se trouve donc expliquée, et l'on doit reconnaître, avec l'auteur, toute l'importance des propriétés physiques du pansement et du milieu ambiant, dans la lutte contre les microorganismes.

Bien entendu, pour être d'efficacité durable, le pansement doit être renouvelé souvent, au moins durant la première période, et tant que la plaie reste en puissance de résorption septique. A une date qui varie, en effet, la surface traumatisée cesse de se prêter à la pénétration des microbes et même à celle des toxines : Nœtzel (1) a démontré expérimentalement que les plaies granuleuses, intactes, dès le cinquième ou sixième jour, ont acquis cette propriété. Dès lors, le pansement remplira surtout une fonction protectrice et préviendra les effractions de la couche bourgeonnante, qui serviraient de portes d'entrée à de nouvelles inoculations.

III

Tels sont les éléments du traitement aseptique des plaies infectées; il suppose, à titre de condition nécessaire, la stérilisation certaine de l'eau et des pièces de pansement, et, en somme, sous ce rapport, l'ébullition prolongée suffit. Pourtant, si quelque difficulté, quelque incertitude se présentait, de ce chef, dans la pratique courante, dans la pratique isolée, dans la chirurgie de guerre, les solutions antiseptiques retrouveraient leur emploi, mais à titre faible, toujours, et comme agents de détersion simple.

Dans certaines *plaies cavitaires*, au fond des conduits muqueux, dans la bouche, le vagin et le rectum, bien que les lavages à l'eau bouillie chaude, s'ils sont bien faits, abondants et répétés, suffisent le plus souvent, certains antiseptiques pourront devenir parfois d'une réelle utilité : ils interviendront surtout, en pareils milieux, comme antiputrescibles.

L'*eau oxygénée* réalise — et mieux encore — ces premiers effets, et, de plus, elle exerce, sur les plaies gangreneuses, putrides, dans les suppurations diffuses et sanieuses, une action puissante, que l'expérience clinique a démontrée.

Depuis les faits déjà anciens de Stöhr, de Nicaise, de Péan et Baldy, les études de J. Lucas-Championnière, celles de Thiriar, les discussions et les recherches de ces derniers temps ont mis hors de doute les résultats heureux, souvent inattendus, qui succèdent à l'emploi de l'hyperoxyde d'hydrogène; et, s'il nous est permis d'apporter notre contribution personnelle, dans plusieurs cas de phlegmons diffus, dans des écrasements infectés des membres, nous lui avons dû, croyons-nous, le salut de nos malades. Elle sert, à la fois, en irrigations, en lavages et en applications continues, dans les foyers cavitaires ou à la surface des plaies.

Quant au mécanisme de son action, il reste discutable, et, dans un récent mémoire, un assistant de M. le professeur von Bruns, M. B. Honsell (2), l'a étudié longuement. *In vitro*, l'eau oxygénée est un antiseptique très actif et se place tout à côté de la solution de sublimé à 1 ‰; sur les plaies, elle fait preuve d'une puissance bactéricide beaucoup moindre, et, pas plus que les autres antiseptiques, elle n'entraîne ces destructions microbiennes, rapides et totales, que l'on avait longtemps escomptées. L'oxygène naissant, qui résulte de la décomposition du peroxyde au contact du sang, du pus, des tissus, est-il susceptible d'agir sur les microbes, ou sur certains d'entre eux, les anaérobies ? Peut-être, et l'hypothèse, certes, est séduisante. Peut-être agit-il aussi sur les cellules vivantes ? D'après M. Honsell, il faudrait voir là, encore une fois, une action surtout mécanique, et le

(1) H. Zeidler. Ueber aseptische Behandlung von Eiterungen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 6 avril 1895, p. 345, et *Semaine Médicale*, 1895, p. 159-160.

(1) Egbert Braatz. Die Therapie infizierter Wunden. (Comptes rendus du douzième Congrès international de médecine, Moscou, 1897, et *Berliner Klinik*, oct. 1897.)

(2) Préobrajensky. Les bases physiques du traitement antiparasitaire des plaies. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept. 1897, p. 699, et *Semaine Médicale*, 1897, p. 423-424.)

(1) W. Nœtzel. Ueber die Infektion granulirender Wunden. (*Arch. f. klin. Chir.*, 1897, LV, 3, p. 543.)

(2) B. Honsell. Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Verwertbarkeit des Wasserstoffsuperoxydes in der Chirurgie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, 1899, XXVII, 1, p. 127.)

brassage des sécrétions de la plaie, qui succède au dégagement et à l'irruption de milliers de bulles gazeuses, deviendrait une sorte de procédé tout spécial de détersion intime et profonde.

Les faits cliniques sont indéniables, si la théorie n'est pas encore définitive, et l'eau oxygénée nous rend les meilleurs services; mais il est intéressant de relever que toutes les recherches viennent aboutir aux mêmes conclusions, et démontrer l'importance prépondérante des conditions mécaniques et physiques, dans le traitement des plaies.

Les données qui précèdent s'appliquent de tout point aux *plaies en pleine suppuration*, et, ajouterons-nous, à tous les foyers suppurés.

Chercher à tarir la suppuration par un procédé chimique, par l'emploi local de tel ou tel agent, c'est là une pratique illusoire, dangereuse souvent, car elle s'attaque empiriquement aux effets, non à la cause, et risque de vicier et de compromettre le mécanisme naturel de réaction et de guérison. La suppuration cesse quand les microbes pyogènes ont cessé d'être virulents; or, dans les plaies suppurées, dans la paroi des phlegmons de tout ordre, ces microbes sont d'autant moins sensibles aux topiques qu'ils se sont diffusés, sur une zone plus ou moins large, dans les tissus ambiants.

Cette fois encore, c'est l'organisme qui se défend, par des procédés multiples, sans doute, dont la phagocytose est le mieux connu : pour l'aider, sans lui nuire, le drainage précoce, total, continu est notre principale ressource.

Quand une suppuration ne cède pas ou se prolonge au delà du terme commun, elle est entretenue, (en mettant à part la tuberculose et les affections spécifiques), par l'une ou l'autre des causes que voici : par la présence de corps étrangers, qui servent eux-mêmes d'habitats et de centres de colonisation aux microbes; — par celle de séquestres, mous ou durs, séquestres osseux ou débris de tissus, mortifiés d'emblée ou sphacélés secondairement, corps étrangers encore, imprégnés de microorganismes; — par la topographie du foyer, ses culs-de-sac déclives, ses anfractuosités couvertes, qui réalisent autant de milieux de culture.

Assurer au drainage, par des incisions larges et bien placées, les conditions physiques de sa permanence; déterger, à l'eau bouillie, tous les recoins du foyer; panser avec la gaze stérilisée *humide, sans imperméable;* faire un pansement réellement protecteur, fixe, absorbant, et le renouveler souvent, pendant la phase de pleine suppuration : telle est la thérapeutique la plus simple et la plus efficace. Mais, je tiens à le noter, elle n'aura de valeur que si l'asepsie est rigoureuse, et si l'on apporte au pansement de ces foyers suppurés les mêmes soins qu'au traitement des plaies opératoires aseptiques.

Enfin, quels que soient les résultats, la méthode attend encore son complément, et, devant certaines infections de virulence exaltée, elle n'est plus qu'une arme assez précaire. C'est à la *sérothérapie antitoxique*, à la méthode biologique, qu'il faudrait alors demander un secours que tous les traitements locaux sont impuissants à nous fournir; il suffit de rappeler les merveilleux succès du sérum antidiphtéritique, et, dans un cadre plus voisin, le sérum antivenimeux, pour indiquer la voie où nous devons chercher, sans doute, les solutions espérées.

A l'heure présente, dans les infections traumatiques, nous n'avons encore à notre disposition que le sérum antitétanique et le sérum antistreptococcique de Marmorek.

L'injection préventive de sérum antitétanique devrait passer en règle constante dans le traitement des plaies souillées de terre, des plaies par armes à feu, de toutes les plaies suspectes, des écrasements, des fractures compliquées; car nous savons trop combien la situation change dès que l'infection tétanique est confirmée, et nous ne possédons pas encore de méthode certaine de guérir.

Quant au sérum de Marmorek, expérimenté surtout dans les infections puerpérales, il n'a été utilisé que rarement dans les faits qui nous occupent, et, bien qu'il vaille, à notre sens, d'être employé plus souvent et à haute dose, nous ne pourrions enregistrer encore que des essais.

Il y a donc tout un côté de la question — et le plus important peut-être — qui reste à l'étude.

Et ce desideratum se fait sentir surtout en présence des *plaies infectées, qui se compliquent d'infection générale grave*, des *septicémies traumatiques.*

Ici encore, si notre action est fort restreinte, et s'il est irrationnel d'entraver ou de compromettre, par des agressions locales destructives ou par l'emploi de médicaments soi-disant énergiques, ce qui reste de résistance vitale, nous ne devons pas renoncer au traitement direct, à la détersion, totale et permanente, du foyer ou des foyers, originels ou secondaires; et, d'autre part, nous devons seconder, par tous les moyens possibles, la défense naturelle de l'organisme.

C'est à cette indication que répond la *sérothérapie artificielle*, qui restaure la pression sanguine et active la diurèse, et, de ce fait, devient, dans les infections, une méthode bienfaisante.

Je ne terminerai pas ce rapport par des conclusions intransigeantes, qui ressemblent à des arrêts. Le temps n'est plus des systèmes irréductibles, et de ces doctrines qu'on croyait immuables comme l'honneur. Nous ne savons pas toute la vérité : à mesure qu'elle se révèle, la pratique chirurgicale se transforme, et c'est la caractéristique de la chirurgie moderne que de suivre la science pas à pas et d'en recevoir à tout instant l'impulsion directrice. Entre l'antisepsie et l'asepsie, il n'y a pas de fossé, pas de heurt : ce ne sont que les termes enchaînés et les étapes successives d'une même évolution. Cette évolution, nous avons conscience qu'elle nous conduit au mieux, parce que chaque jour nous pénétrons plus avant dans l'intimité de la nature, et que notre pratique s'assimile de plus en plus les méthodes de la vie.

FÉLIX LEJARS,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Tenon.

BULLETIN

Les entraves que la diversité de la terminologie médicale apporte à la coopération scientifique internationale.

A la veille de la réunion du treizième Congrès international des sciences médicales, il faut reconnaître que, si plusieurs des difficultés inhérentes à la coopération scientifique internationale sont actuellement aplanies, il en est une, la plus importante de toutes, sur laquelle l'invention humaine n'a eu jusqu'ici que fort peu de prise : c'est la diversité des langues. Non seulement la langue varie pour chaque pays ou groupe de race, mais aussi le langage médical; de telle sorte qu'il est parfois difficile de se rendre un compte exact des idées exprimées.

Depuis quelque temps, l'usage un peu abusif de désigner par des noms propres certains organes, des manifestations morbides, etc., a contribué à rendre la nomenclature médicale très confuse.

Certes, l'idée d'honorer la mémoire de l'auteur qui a le premier décrit un organe, un phénomène physiologique ou pathologique, un procédé opératoire, etc., est très respectable, et, à première vue, il peut paraître rationnel de donner, par exemple, aux follicules clos de l'intestin grêle le nom de *plaques de Peyer*, puisque c'est à cet anatomiste qu'on doit la première description exacte des glandes vésiculeuses. Mais — et c'est là où la chose cesse d'être indifférente — les mêmes follicules clos se trouvent souvent désignés, en Angleterre, sous le nom de *Pecklin's glands*, dénomination rappelant l'anatomiste qui a, le premier, signalé lesdits follicules, vingt ans avant Peyer. Que si, dans le même but, on tient à dire *maladie de Basedow* au lieu de *goitre exophtalmique*, il ne saurait, à la rigueur, en résulter un grand inconvénient. Le malheur est que ce même goitre exophtalmique, appelé communément, en Allemagne, en France et en Russie, maladie de Basedow, est désigné, en Angleterre, de préférence sous le nom de *maladie de Graves* et, en Italie, sous celui de *maladie de Flajani.*

Il arrive, en outre, que les noms d'auteurs, en dépassant les frontières, sont plus ou moins dénaturés : ainsi, la maladie des tics convulsifs, décrite par M. Gilles de la Tourette, porte, en Angleterre, le nom de *Tourette's disease.*

C'est pour remédier, dans une certaine mesure, à cet état de choses que la *Semaine Médicale* a publié l'année dernière un « Répertoire terminologique des noms propres servant à désigner des maladies internes, des symptômes cliniques et des méthodes de traitement ».

Mais la profusion des noms propres qui varient souvent, pour la même notion à désigner, d'un pays à l'autre est loin d'être le seul élément défectueux de la terminologie médicale. La même variabilité se remarque également dans les noms communs.

Dans quelques pays, et non des moins avancés, la médecine conserve encore certains vestiges de la nomenclature ancienne, basée le plus souvent sur des analogies grossières et qui se trouve complètement en désaccord avec les notions scientifiques que nous possédons aujourd'hui. Qu'est-ce que c'est que cette *pneumonie croupale* (*kruppöse Pneumonie*) de nos confrères d'outre-Rhin, sinon la pneumonie classique, la pneumonie fibrineuse ou lobaire des auteurs français, et pourquoi ce qualificatif de *croupale* qui n'est rien moins que justifié par la nature de la maladie, lorsque la terminologie allemande possède les dénominations de *lobäre, fibrinöse Pneumonie?*

Il n'en est, du reste, pas toujours ainsi, et il existe des termes médicaux étrangers qui n'ont pas d'équivalents français, de sorte que leur traduction est susceptible d'embarrasser quelque peu même un médecin polyglotte et expérimenté en la matière. C'est ainsi que, en chirurgie, sans parler de certaines fractures épiphysaires qui ont fait l'objet des classifications les plus disparates et pour ne prendre qu'un exemple très simple, la description du *spina bifida* est essentiellement différente suivant les pays. Les auteurs allemands, anglais, russes distinguent le *spina bifida* proprement dit (occlusion incomplète du rachis avec tumeur faisant hernie à travers la fente) et la *rachischisis posterior* (simple défaut d'occlusion du rachis sans qu'il y ait tumeur). Or, ce terme de *rachischisis* n'a pas d'expression adéquate française, puisque nos classiques ne mentionnent même pas la division dont il s'agit.

En gynécologie, on est loin de s'entendre sur la signification des noms les plus usuels, et il suffira, à cet égard, de rappeler les vicissitudes du mot *castration*, qui s'applique tantôt à l'ablation des ovaires réputés sains et tantôt à l'extirpation des annexes enflammées, cette dernière intervention étant, de plus, souvent appelée *oophorectomie* ou *salpingo-oophorectomie*, tandis que les auteurs américains désignent la castration, appliquée à l'ablation de l'ovaire présumé sain, sous le nom de *normal ovariotomy.*

Il n'est pas jusqu'à l'obstétrique qui n'ait à souffrir de ce manque d'unité dans la terminologie. La description du bassin, qui constitue la base des études obstétricales, est elle-même entachée de ce vice rédhibitoire, puisque, pour les diamètres du détroit supérieur par exemple, on désigne, en France, sous le nom de *diamètre oblique droit* celui qui s'étend de l'éminence ilio-pectinée *droite* à la symphyse sacro-iliaque gauche, tandis qu'en Allemagne c'est celui qui va de la symphyse sacro-iliaque droite à l'éminence ilio-pectinée *gauche*, confusion d'autant plus fâcheuse que ces deux diamètres ne sont pas tout à fait égaux, le diamètre oblique gauche (droit des Allemands) l'emportant quelque peu sur son congénère.

Il serait facile d'allonger la liste de ces exemples, mais ceux que nous venons de mentionner suffisent pour montrer combien le mal est grand. Il n'épargne aucune branche de la médecine; aussi les anatomistes ont-ils compris depuis longtemps combien la nomenclature de cette partie de la science, variable suivant les pays, les époques et même les auteurs, rendait compliquée l'étude de l'anatomie. En 1891, au Congrès de Bâle, ils ont décidé la publication d'une nomenclature anatomique (*nomina anatomica*) qui a paru en 1896. Ce qui a été réalisé pour l'anatomie peut être tenté pour toutes les autres branches des sciences médicales. C'est là une tâche qui semble devoir incomber aux Congrès *internationaux :* il y a dans ces réunions triennales une série de sections qui, chacune dans sa branche, est on ne peut plus compétente pour jeter les bases d'une dénomination internationale. De la sorte, la science y gagnerait en clarté et la tâche des journalistes futurs serait grandement facilitée. Le siècle prochain verra incontestablement s'accomplir cette œuvre. C'est à la presse médicale de signaler le mal et nous pensons que les journalistes médicaux de tous les pays, qui viennent de se réunir à Paris la semaine dernière en Congrès et qui ont voté la création d'une Association internationale de la presse médicale, pourraient avoir quelque influence pour hâter la réalisation de cette œuvre, en montrant qu'il faut épurer le langage médical, établir une certaine harmonie entre les nomenclatures admises dans chaque pays, élaborer, en un mot, une terminologie en rapport non seulement avec l'état actuel de la science, mais encore avec les besoins internationaux propres à notre époque.

TREIZIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL

DES

SCIENCES MÉDICALES

Tenu à Paris du 2 au 9 août 1900.

SECTION DE PATHOLOGIE INTERNE

Ulcérations gastriques.

M. Dieulafoy (de Paris), *rapporteur*. — L'estomac peut être le siège d'ulcérations de dimensions très diverses, depuis la minime érosion aussi petite qu'une piqûre d'aiguille, jusqu'aux vastes ulcérations atteignant la largeur de la paume de la main.

Par ulcérations gastriques *aiguës*, il faut entendre les ulcérations stomacales qui, en quelques jours, suscitent un ensemble de lésions et de symptômes leur assignant une place à part dans l'histoire des ulcérations gastriques. A quelques exceptions près, le processus pathogénique de ces ulcérations aiguës (nécrose hémorrhagique) est le résultat d'une toxi-infection.

L'érosion stomacale pneumococcique est un type d'érosion infectieuse. En clinique, elle se traduit par l'apparition, au cours d'une pneumonie ou d'une pneumococcie généralisée, d'une abondante hématémèse constituée par du sang noir, marc de café. Dans un des cas que j'ai eu l'occasion d'observer, l'hémorrhagie se reproduisit quelques heures plus tard et le malade succomba à une troisième hématémèse, au douzième jour de son affection pneumococcique. A l'autopsie, on constata l'existence d'une multitude d'érosions hémorrhagiques dont la muqueuse de l'estomac était parsemée et qui avaient les dimensions de coups d'épingles. Au microscope, ces érosions, entamant toute la muqueuse et ne s'arrêtant qu'aux confins de la *muscularis mucosæ*, présentaient un bas-fond formé par du tissu glandulaire nécrosé en voie d'élimination. On trouvait, en outre, des pneumocoques en amas et en traînées infiltrant non seulement les bords de l'érosion, mais encore le tissu voisin. A l'érosion gastrique aiguë ainsi prise en flagrant délit rien ne manquait, ni la rapidité du processus, ni la présence de l'agent pathogène infectieux. Ces érosions gastriques pneumococciques peuvent être reproduites expérimentalement.

A côté de ces érosions gastriques aiguës pneumococciques, il en existe d'autres qui surviennent au cours de l'appendicite et de la hernie étranglée, l'une et l'autre constituant une cavité close favorable au développement d'un foyer de toxi-infection. Cliniquement, la toxicité de l'appendicite se traduit par de l'urobilinurie (ictère) et par de l'albuminurie. Mais l'action du poison est parfois plus généralisée, l'intoxication appendiculaire atteignant le système nerveux et se manifestant par des symptômes délirants, épileptiformes, méningitiques ou comateux. Quand la toxi-infection atteint l'estomac, les hématémèses peuvent devenir extrêmement abondantes. Survenant chez des sujets ayant la jaunisse, elles rappellent de loin le vomissement de la fièvre jaune; aussi, ai-je dénommé cet état *vomito negro appendiculaire;* ces hématémèses sont bien dues à des érosions de l'estomac, ainsi que j'ai pu tout récemment m'en assurer au cours de l'autopsie d'un malade atteint de hernie étranglée et qui succomba malgré l'opération avec des symptômes d'intoxication herniaire (ictère, albuminurie et grandes hématémèses). L'érosion avait entamé une des petites artérioles qui rampent sous la *muscularis mucosæ*.

Dans bien des cas, la cause et l'origine des érosions aiguës de l'estomac nous échappent. C'est à cette variété que j'ai donné le nom d'*exulceratio simplex*, celle-ci étant aux ulcérations stomacales aiguës ce que l'*ulcus simplex* est aux ulcères chroniques. Au point de vue clinique, il s'agit le plus souvent d'un individu jeune, n'ayant eu antérieurement ni troubles gastriques ni troubles dyspeptiques, vierge en apparence de toute lésion stomacale, et qui est pris à l'improviste de vertiges, d'état nauséeux, de pesanteurs stomacales et vomit à flot du sang liquide ou en caillots, mélangé ou non à des aliments. Ces hématémèses se répétant, il s'ensuit une anémie extrême et le nombre des hématies peut tomber à 1,200,000 et au-dessous. Le processus qui aboutit à l'*exulceratio* a toutes les allures d'un processus aigu; il détruit la muqueuse, y compris la *muscularis mucosæ* et il entame une des artérioles sous-jacentes.

A ces hématémèses qui sont souvent le seul symptôme de la lésion stomacale, il faut opposer d'abord un traitement médical, c'est-à-dire la diète absolue, le repos complet de l'estomac. On supplée aux boissons et aux aliments par des lavements d'eau lactosée (200 grammes d'eau pour 15 grammes de lactose, quatre fois par jour) et par de grandes injections de sérum, auxquelles on ajoute 0 gr. 05 centigr. de benzoate de caféine par injection. Au cas où les hématémèses, par leur abondance et leur ténacité, menacent la vie du malade, il faut agir chirurgicalement et porter une ligature sur le territoire de l'*exulceratio simplex*, ce qui a sauvé un de mes malades.

Bien que dans l'immense majorité des cas l'hématémèse soit le symptôme dominant, sinon le seul, des ulcérations aiguës de l'estomac, on peut néanmoins parfois, surtout à la suite de brûlures étendues des téguments, constater à l'estomac ou à l'intestin des ulcérations aiguës aboutissant à la perforation.

En ce qui concerne les ulcères de l'estomac à marche chronique, le type en est représenté par l'*ulcus simplex* de Cruveilhier. A part les nombreuses différences cliniques et anatomiques qui séparent cette affection des lésions décrites jusqu'ici, elle possède presque en propre deux grandes complications : la perforation et la péritonite suraiguë consécutive, celle-ci relativement fréquente quand des adhérences protectrices n'ont pas limité le mal. La transformation cancéreuse de l'ulcère, que celui-ci soit encore vivace ou qu'il soit cicatrisé, est une éventualité qui paraît de plus en plus fréquente à mesure qu'on la connaît mieux.

L'ulcère *syphilitique* mérite de fixer l'attention en raison de l'importance qu'il y a à en porter le diagnostic. C'est ainsi qu'un de mes malades, ancien syphilitique, chez lequel un ulcère de l'estomac évoluant avec tous les symptômes classiques avait résisté pendant quinze mois au traitement habituel de l'*ulcus simplex*, a été guéri en quinze jours par des injections d'huile au bi-iodure de mercure.

M. Ewald (de Berlin). — Outre la perforation et la dégénérescence cancéreuse de la lésion, il peut survenir dans l'ulcère de l'estomac des complications éloignées qui entravent ou compromettent la guérison, notamment les cicatrices tardives, les adhérences et les péritonites chroniques. Ces accidents ne sont pas justiciables du traitement médical. Aussi suis-je d'accord avec M. Dieulafoy pour faire dans ces cas une part de plus en plus large à l'intervention chirurgicale, qui seule est à même de donner des résultats certains et durables. C'est ainsi qu'une jeune fille de dix-neuf ans, qui avait été traitée pour un ulcère de l'estomac par l'alimentation extra-buccale, dut être ultérieurement opérée pour des troubles ayant fait porter le diagnostic d'adhérences cicatricielles. Au cours de l'intervention, on constata effectivement l'existence de 4 rétrécissements cicatriciels qui nécessitèrent une gastro-entérostomie.

Le diagnostic de ces complications à longue échéance offre d'ailleurs les plus grandes difficultés. Quand il s'agit d'un estomac biloculaire, un des procédés les plus simples et en même temps les plus sûrs consiste dans l'examen diaphanique de l'estomac préalablement dilaté par un mélange effervescent.

M. Tourtoulis-Bey (du Caire). — J'ai eu l'occasion d'observer un cas d'hémorrhagie intestinale survenue au cours d'une pneumonie franche aiguë. Le malade étant mort le septième jour dans le coma, j'ai pu pratiquer l'autopsie et j'ai constaté la présence dans l'intestin de petites ulcérations analogues à celles que décrit M. Dieulafoy pour l'estomac. Il semble donc bien qu'au cours d'une pneumonie il puisse se produire des hémorrhagies gastro-intestinales d'origine pneumonique.

M. Doyen (de Paris). — Toute affection chronique de l'estomac qui entraîne un dépérissement grave de l'organisme et se montre rebelle à la thérapeutique médicale doit être opérée. L'ulcère de l'estomac est donc justiciable d'une intervention chirurgicale chaque fois que les gastrorrhagies deviennent fréquentes et abondantes ou que le traitement interne demeure impuissant à enrayer la déchéance du malade.

Dans l'opération faite de propos délibéré et non d'urgence, je crois préférable de négliger le traitement direct de l'ulcère et de pratiquer la gastro-entérostomie, plutôt que de rechercher l'ulcère et de faire l'hémostase des vaisseaux voisins, voire la résection de l'ulcération. J'attribue à ce procédé les bons résultats que j'ai obtenus dans plus de 200 cas. J'ai pu m'assurer, chez des malades opérés depuis plus de cinq ans et dont plusieurs avaient eu des phlébites cachectiques et des gastrorrhagies abondantes, que la digestion se faisait avec facilité, et qu'aucun d'eux n'avait présenté d'hémorrhagie gastrique depuis l'intervention. Ces résultats éloignés de la gastro-entérostomie dans les cas d'ulcère rond accompagné ou non de gastrorrhagies sont la meilleure preuve de la nécessité de l'intervention. Il convient de rejeter la ligature vasculaire et la résection de l'ulcère, opération impraticable en raison du siège si fréquent de la lésion au niveau de la petite courbure, ainsi que de ses dimensions souvent considérables. En ce qui concerne la technique, je préfère la méthode des simples sutures, qui ne demande en général pas plus de douze à quinze minutes.

Entérocolite muco-membraneuse.

M. Boas (de Berlin), *rapporteur*. — L'entérocolite muco-membraneuse s'observe surtout chez la femme, du moins en ce qui concerne les formes graves, car les formes légères se voient autant dans l'un que dans l'autre sexe. Cette fréquence de l'entérocolite muco-membraneuse chez la femme s'explique par la constipation chronique dont celle-ci est souvent atteinte. L'entérocolite muco-membraneuse est fréquemment associée à l'appendicite, à la pérityphlite aiguë et chronique, à la lithiase biliaire et intestinale. Dans un cas, je l'ai vue coexister avec un cancer de la base du crâne.

Il existe une seconde forme de l'affection, dite *colique muco-membraneuse*. Son existence est des plus discutées. Pour moi, l'évolution à elle seule est insuffisante pour trancher le différend. Ayant eu l'occasion d'observer un enfant chez qui une émotion violente avait déterminé des douleurs abdominales intenses avec évacuation de muco-membranes, je suis tout disposé à admettre l'existence d'une forme nerveuse pure. Mais la colite nerveuse est beaucoup plus rare que l'autre.

En outre, on peut décrire une *colite artificielle* ou *provoquée*, survenant par exemple à la suite d'injections de tannin ou de nitrate d'argent.

Chez les malades atteints d'entérocolite muco-membraneuse, la constipation est habituelle; les coliques sont fréquentes, mais elles peuvent faire défaut même dans des cas très avancés. Quand elles existent, elles précèdent la crise d'entérocolite de plusieurs jours.

Les membranes apparaissent spontanément ou à l'occasion des garde-robes. Elles peuvent manquer dans un certain nombre de selles.

Je considère l'état nerveux comme fréquent, mais non constant, chez les sujets atteints d'entérocolite muco-membraneuse et je crois que les deux conditions morbides sont absolument indépendantes l'une de l'autre.

Le diagnostic ne présente d'incertitude que lorsque les malades ignorent la présence de muco-membranes dans leurs selles. Par de grandes irrigations rectales, on peut alors en obtenir quelquefois des quantités considérables. Le diagnostic de la variété offre également quelques difficultés en raison des nombreuses formes de passage.

La marche est chronique ou intermittente et dépend de l'atonie intestinale. Il s'agit, en somme, d'une affection tenace, qui serait beaucoup moins fréquente si l'on abusait moins des purgatifs drastiques.

M. Mannaberg (de Vienne), *co-rapporteur*. — Je n'ai vu à Vienne que 10 ou 12 cas d'entérocolite muco-membraneuse en onze années. La cause d'une pareille divergence avec les autres statistiques tient vraisemblablement à une différence dans la conception de la maladie. Toute entérite étant accompagnée d'une expulsion de muco-membranes, je ne pense pas qu'il soit possible de baser une entité morbide sur l'abondance plus ou moins grande de ces produits pathologiques. Il n'est pas admissible non

plus que l'on établisse deux grandes catégories, suivant que la colite est douloureuse ou non. J'en conclus, par conséquent, que les auteurs réunissent des faits dissemblables qui n'ont rien à voir ensemble, et qu'il faut distinguer la *colite* de la *colique* muco-membraneuse.

La *colite* muco-membraneuse est due à une véritable inflammation catarrhale de l'intestin. En raison de la fréquence et de cette affection et de la constipation, il ne me semble pas qu'il y ait lieu d'admettre un rapport de cause à effet entre les deux.

La *colique*, au contraire, prend naissance sur un terrain prédisposé, elle n'est que l'expression de la névropathie. Sur cette base névropathique, la maladie évolue, associée à des affections génitales ou psychiques qui jouent le rôle de causes occasionnelles. Il serait important d'asseoir ces vues sur un contrôle anatomique précis. La rareté des autopsies ne l'a pas encore permis.

M. A. Mathieu (de Paris), *co-rapporteur*. — Contrairement à l'opinion émise par M. Boas, je ne crois pas que la *colique* muco-membraneuse ait une existence propre et une pathogénie spéciale et qu'on puisse l'opposer à la *colite* muco-membraneuse, pas plus qu'il ne me semble possible d'opposer à la colite muco-membraneuse due à l'inflammation superficielle de la muqueuse une autre forme, véritable névrose primitive ayant son origine dans le gros intestin. Bien que dans certains cas les phénomènes névropathiques locaux et généraux prennent une importance considérable, je ne considère pas comme démontré que les manifestations coliques soient l'expression directe d'une viciation de l'innervation gastro-intestinale et représentent une névrose sécrétoire du gros intestin. Pour moi, le point de départ est encore ici l'irritation de la muqueuse intestinale, et l'intensité de la douleur, l'hypersécrétion muqueuse et le spasme du côlon doivent être mis sur le compte du terrain particulier sur lequel évolue la maladie. Quoi qu'il en soit, il est certain que primitivement ou secondairement la névropathie joue un rôle considérable dans la genèse et la séméiologie de certaines formes graves de colite muco-membraneuse, et que le traitement doit tenir un large compte de cet élément.

Il est important de combattre la constipation, l'un des symptômes capitaux de l'entérocolite muco-membraneuse, sans provoquer une excitation de l'intestin qui puisse augmenter son irritation sensitive, sécrétoire et spasmodique. Pour cela, on régularisera les évacuations alvines par des moyens purement hygiéniques ou tout au moins d'ordre physique, sans avoir recours aux purgatifs; en tout cas, on doit exclure d'emblée l'usage des purgatifs drastiques. On conseille généralement une alimentation ne laissant que peu de résidus. Dès qu'il existe, en effet, une colite muco-membraneuse de quelque intensité, l'alimentation végétale, riche en détritus rebelles à la digestion, est souvent mal tolérée et provoque des douleurs, des coliques, des poussées diarrhéiques. Mais dans les cas légers l'utilité d'un régime végétal n'est pas douteuse. Souvent il convient d'augmenter le taux de l'alimentation, car les malades, insuffisamment nourris, s'affaiblissent, s'amaigrissent et deviennent plus nerveux. Dans les cas de ce genre, le beurre, s'il est bien supporté, représente un aliment d'une richesse calorique très grande; il aide, en même temps, à combattre la constipation.

Le massage, qui n'est pas toujours bien toléré, ne doit jamais être douloureux. Il est contre-indiqué par l'hyperesthésie et la contracture douloureuse de l'intestin.

Souvent très utiles, les grands lavements chauds, ou mieux les grands lavages de l'intestin, représentent l'un des facteurs les plus importants de la cure de la colite muco-membraneuse. Par leur température, ils produisent une action calmante sur la muqueuse et tendent à diminuer le spasme musculaire. De plus, ils font souvent cesser la constipation et, en déterminant l'évacuation des nombreux germes morbides contenus dans l'intestin, amènent une asepsie relative de cette cavité. Pour obtenir de ces lavages les meilleurs résultats, il importe de les donner sous faible pression et à une température de 38 à 40°.

Quand les grands lavements ne produisent pas une évacuation suffisante des matières fécales, on se trouve bien de faire prendre le soir un lavement avec 100 à 150 grammes d'huile pure (huile d'olive vierge ou huile d'amandes douces) à garder toute la nuit, suivi le lendemain matin de l'administration d'un grand lavement.

Si malgré tout on est obligé d'avoir recours aux laxatifs, il convient de n'employer que des substances peu irritantes et de proscrire tous les drastiques. Je donne la préférence à l'huile de ricin, administrée le matin à raison d'une ou deux cuillerées à café dans du sirop de cassis qui en masque parfaitement le goût désagréable.

Les purgatifs salins me paraissent devoir être réservés aux cas dans lesquels surviennent des alternatives de diarrhée et de constipation ou de la fausse diarrhée.

La belladone est indiquée lorsqu'il existe un degré accentué de contracture et surtout de contracture douloureuse du côlon. Elle calme la douleur et le spasme et amène ainsi souvent des évacuations intestinales.

L'hyperesthésie de la muqueuse et la contraction spasmodique de l'intestin expliquent que parfois l'usage de l'opium et de la morphine, loin d'aggraver la constipation, exerce une action véritablement laxative.

Parmi les médicaments modificateurs et antiseptiques, l'ichtyol et le nitrate d'argent méritent seuls d'être retenus. L'ichtyol, sous la forme de grands lavages avec une solution neutre d'ichtyolate d'ammoniaque à $^1/_5$e, fait le plus souvent diminuer beaucoup dans les selles les muco-membranes, en même temps que se produit une véritable détente des manifestations douloureuses. Sous l'influence d'un lavement ne contenant pas plus de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 centigrammes d'azotate d'argent, les phénomènes dysentériformes rétrocèdent rapidement, les douleurs se calment, les mucosités disparaissent ou perdent tout au moins leurs caractères dysentériques.

Pour calmer la douleur, il suffit le plus souvent, lorsqu'elle est modérée, de combattre la constipation par les moyens précédemment indiqués. Les grands lavements chauds sont très utiles à ce point de vue. Quand il existe des indices de spasme du côlon, la belladone est particulièrement efficace. La diminution de la douleur et des phénomènes spasmodiques peut aussi être obtenue par l'administration de l'opium et de ses alcaloïdes. La codéine a sur la morphine l'avantage de produire moins facilement la constipation.

Contre le nervosisme en général, il faut mettre au premier rang l'hydrothérapie et plus particulièrement l'hydrothérapie chaude. Quant aux antinervins, tels que les bromures alcalins, il faut craindre, en les employant, de provoquer ou d'aggraver des accidents de dyspepsie stomacale. Aussi vaut-il mieux s'en abstenir.

Dans les accidents névropathiques, l'amélioration doit être recherchée beaucoup plus par l'hygiène générale et par les moyens physiques que par une action médicamenteuse; les malades ont souvent d'autant plus de tendance à la dépression psychique qu'ils sont des prédisposés, que leurs souffrances se prolongent pendant de longues périodes et que leurs rechutes sont fréquentes. Le meilleur moyen de les remonter moralement, c'est de les améliorer physiquement; pour cela, il faut veiller à ce qu'ils se nourrissent suffisamment et leur recommander d'éviter, dans la mesure du possible, les fatigues, le surmenage et l'épuisement moral résultant des grandes préoccupations et des travaux intellectuels. Chez quelques-uns même l'isolement s'impose en raison de l'intensité des phénomènes neurasthéniques.

Tel est le traitement général de la colite muco-membraneuse. Mais dans certaines formes ce traitement devra subir des modifications appropriées : c'est ainsi que dans les formes légères, bénignes, il suffira de traiter la constipation. C'est dans ces conditions qu'on voit la colite muco-membraneuse disparaître sous l'influence d'un régime plus riche en substances végétales, et par l'usage de quelques laxatifs légers et du massage de l'abdomen.

Dans les formes douloureuses graves, formes continues ou à rechutes incessantes et prolongées, on insistera sur les moyens calmants locaux et généraux : applications chaudes répétées sur l'abdomen, grands bains fréquents et suffisamment prolongés, belladone, codéine, valérianate d'ammoniaque, plus rarement bromures alcalins. Le traitement moral, quelquefois un changement de milieu, voire l'isolement médical, ne devra pas être négligé. Les formes graves étant relativement fréquentes chez les sujets atteints de ptoses abdominales, il ne faut pas hésiter au début de la cure à condamner le malade, le cas échéant, à un séjour absolu au lit pendant quinze à vingt jours; on ne lui permettra de se lever que lorsque l'endolorissement de l'abdomen aura sensiblement diminué.

Quant au traitement chirurgical, consistant en l'établissement d'un anus contre nature, il a été appliqué avec succès dans 2 cas graves; ce bon résultat semble indiquer qu'il s'agissait dans ces cas d'un spasme sous-jacent à l'orifice établi par le chirurgien et que ce rétrécissement était la cause de la constipation et de l'irritation de l'intestin.

M. de Langenhagen (de Plombières). — Sur les 600 cas d'entérocolite muco-membraneuse que j'ai eu l'occasion d'étudier, 88 ne présentaient que la forme la plus légère de l'affection, constituant un état plutôt qu'une maladie et ne se manifestant que par une constipation plus ou moins opiniâtre, mais sans douleurs ni phénomènes nerveux.

Si les hommes sont plus fréquemment atteints qu'on ne le pense communément (23.5 % par rapport au nombre total, à peu près le tiers du chiffre fourni par les femmes), la presque totalité des malades (560) ont offert ceci de commun qu'ils avaient des stigmates nerveux et arthritiques caractérisés, soit isolément, soit associés. Ce n'est que dans 6 % des cas que l'analyse clinique la plus minutieuse n'a pu déceler de signe bien net de neuro-arthritisme, les maladies infectieuses, notamment la fièvre typhoïde, se retrouvant alors à l'origine de la colite.

Les phénomènes nerveux, toujours notablement renforcés et exagérés par la colite, peuvent aboutir à une neurasthénie franche dont la régression est généralement parallèle à celle de l'affection intestinale.

La métrite et les inflammations annexielles notées dans 19 % des cas seulement (86 sur 435), ne sauraient figurer que comme causes adjuvantes, accessoires et nullement prépondérantes dans la production de l'entérocolite.

Tandis que la douleur fait défaut dans un cinquième des cas environ, la perturbation des fonctions intestinales est, au contraire, constante. Dans un petit nombre de faits (32 fois, soit une proportion de 5 %), il existait une diarrhée permanente et il n'y eut à aucun moment de constipation, ni avant ni après l'apparition des muco-membranes. C'est là une forme diarrhéique de l'entérite muco-membraneuse.

Dans 2 ou 3 % à peine des cas, j'ai constaté une augmentation de volume du foie, alors que dans la moitié au moins des observations j'ai pu noter une diminution plus ou moins marquée des dimensions de cet organe, réduction qui me paraît en rapport avec des phénomènes d'oligocholie relevée 9 fois sur cent.

Le rein flottant est assez commun à droite (136 fois), il est beaucoup moins souvent double (9 cas).

Alors que les gingivites et les aphtes buccaux sont relativement rares (6 %), les troubles nerveux réflexes (palpitations, vertiges, syncopes, etc.) sont d'une grande fréquence (106 cas).

La lithiase intestinale, que nous avons notée chez 9 % de nos malades, constitue une complication, un épiphénomène fréquent dans le cours de l'entérocolite. Etant donné que celle-ci ne fait jamais défaut dans les antécédents de la lithiase intestinale, il semble plus légitime de faire de la lithiase un effet de l'entérite que de l'élever au rang de manifestation isolée et indépendante de la diathèse.

Sur 8 de mes malades qui ont été atteints simultanément ou successivement d'entérocolite muco-membraneuse et d'appendicite, 7 ont vu, après l'ablation de l'appendice, leur colite continuer comme par le passé. Ces faits démontrent qu'il s'agit dans ces cas d'une simple coïncidence, bien plutôt que d'une véritable association morbide.

M. Dieulafoy. — L'entérocolite et la colotyphlite n'accompagnent presque jamais l'appendicite; sur 105 opérations d'appendicite que j'ai fait exécuter, je n'ai vu qu'un seul cas où le malade avait eu antérieurement de l'entérocolite.

M. Ewald. — Je souscris aux conclusions de M. Dieulafoy, et je suis d'accord avec M. Man-

naberg. L'entérocolite est très souvent associée à des affections utérines ainsi qu'à l'achylie. Dans le choléra du porc, on trouve des muco-membranes de tous points analogues à celles de l'entérocolite.

Traitement des rétrécissements du pylore et du duodénum par l'ingestion d'huile d'olive.

M. P. Cohnheim (de Berlin). — Quand la dilatation de l'estomac n'est pas due à un obstacle organique, mais à un simple spasme fonctionnel du pylore consécutif à un ulcère ou à une fissure orificielle, l'ingestion de grandes quantités d'huile d'olive (de 100 à 150 grammes par jour) amène une guérison rapide ou tout au moins une amélioration notable. Dans les cas de rétrécissement cicatriciel du pylore ou du duodénum avec dilatation stomacale consécutive, l'administration d'huile d'olive donne également de bons résultats, vraisemblablement en vertu de l'action lubrifiante de l'huile, qui facilite le glissement du bol alimentaire le long des parois digestives. Les malades atteints de rétrécissement du pylore ou du duodénum avec gastrosucorrhée et spasme pylorique post-cibique retirent également un grand bénéfice du traitement par l'huile d'olive. Celle-ci doit de préférence être prise (ou administrée par la sonde) à la dose de 50 c.c. trois fois par jour, une heure avant le repas. On peut aussi donner l'huile à jeun en une dose massive de 100 à 150 c.c. par jour, à la température du corps. Ainsi administrée, l'huile d'olive est bien supportée; elle ne provoque ni renvois, ni diarrhée, et les malades la prennent volontiers. Elle semble agir à la façon d'un narcotique. Son inefficacité contre les troubles gastriques de nature hystérique mérite d'être notée, car elle peut aider au diagnostic différentiel des lésions organiques de l'estomac d'avec les spasmes nerveux de cet organe.

M. Mathieu. — Je demande à appuyer les conclusions de M. Cohnheim. Cherchant à mesurer la rapidité avec laquelle s'évacue le contenu stomacal après le repas, j'avais imaginé d'ajouter de l'huile au repas d'Ewald. La diminution de la sécrétion chlorhydrique a toujours été la conséquence de cette addition. S'il est vrai que les phénomènes spasmodiques et douloureux du côté du pylore doivent être mis sur le compte de l'hyperchlorhydrie, il semble légitime d'admettre que cette affection peut être améliorée par l'ingestion d'une certaine quantité d'huile d'olive.

La présure du suc gastrique.

M. L. Meunier (de Paris). — A l'aide d'un procédé particulier, j'ai étudié les variations de la présure chez 42 malades atteints d'affections gastriques. La disparition complète de la présure semble indiquer la destruction des éléments glandulaires de la muqueuse. D'ailleurs, la quantité de présure que renferme le suc gastrique d'un sujet déterminé suit le plus souvent la courbe des autres sécrétions (acide chlorhydrique et pepsine) de la muqueuse stomacale. Quand il y a discordance entre les sécrétions chlorhydrique et pepsique, la présure suit les variations de la pepsine.

Indications et résultats de la gastro-entérostomie.

M. Bourget (de Lausanne). — Chaque fois que le calibre du pylore est devenu insuffisant pour permettre aux aliments de passer de l'estomac dans l'intestin, la gastro-entérostomie s'impose, que le rétrécissement soit dû à une tumeur, à une bride, à une cicatrice d'ulcère ou à un anneau fibreux. Cette opération est contre-indiquée dans les cas de rétrécissement passager du pylore, comme le spasme pylorique des neurasthéniques, et dans la stase stomacale par ptose ou par atonie des parois. Quand il y a lieu de soupçonner une cause passagère de stricture, telle que le nervosisme, l'intervention doit être précédée de l'examen de la motricité de l'estomac, aux différentes phases de la digestion; ces explorations devront être fréquemment répétées, notamment à la suite d'un bain tiède prolongé, après l'administration de bromure de potassium ou même pendant le sommeil hypnotique. Pour obtenir des renseignements sur les cas de ptose gastrique ou sur le degré de la dilatation, il est nécessaire d'avoir recours à l'insufflation stomacale.

Curative dans les cas de rétrécissement du pylore par cicatrice d'ulcère rond, par anneau fibreux ou par adhérence péripylorique, la gastro-entérostomie n'est que palliative quand il s'agit de tumeur maligne du pylore; mais même dans ce cas elle peut prolonger l'existence du malade d'une façon appréciable. Au contraire, chez les nerveux et les ptosés les résultats ont été peu satisfaisants. Quoi qu'il en soit, le travail chimique de l'estomac est peu influencé par l'opération, bien que le taux de l'acidité tende à diminuer. L'évacuation du contenu stomacal après la gastro-entérostomie se fait normalement et rythmiquement, comme si elle était réglée par un pylore sain, et la durée de la digestion gastrique reste la même que chez l'individu normal.

Dr Francis Munch (de Paris).

SECTION DE NEUROLOGIE

De l'aphasie motrice pure sans agraphie.

M. Ladame (de Genève), *rapporteur*. — Je n'insisterai pas sur la description clinique de l'aphasie motrice exempte de complications ou aphémie pure. Je rappellerai seulement qu'elle se manifeste par la perte de la parole spontanée, de la parole répétée et de la lecture à haute voix.

L'écriture spontanée et sous dictée, la faculté de copier et la compréhension des mots sont au contraire conservées.

En un mot, il y a intégrité complète du langage intérieur. Il existe toutefois un symptôme qui n'est pas signalé et que j'ai constaté dans tous les cas typiques d'aphasie motrice pure que j'ai observés, c'est la perte absolue de la parole, le *mutisme complet*. Ce signe suffit à lui seul, à mon avis, pour différencier les aphasiques moteurs purs de ceux qui sont atteints de l'aphasie motrice vulgaire (type Bouillaud-Broca), où l'on constate la conservation de quelques mots, d'un membre de phrase ou d'une phrase.

On conçoit, d'après ce que je viens de dire, que l'aphasie motrice pure puisse être confondue avec le *mutisme hystérique* et la *simulation* du mutisme.

L'aphasie motrice pure sans agraphie se distingue de l'aphasie de nature hystérique par son étiologie, par les symptômes concomitants, par la marche de la maladie et sa terminaison, enfin par les résultats du traitement.

La simulation du mutisme, plus rare qu'on ne le croit, peut être facilement déjouée par une observation attentive du malade et par une étude soigneuse des commémoratifs.

Il me reste maintenant à examiner la question, encore controversée, du siège de la lésion qui donne lieu au syndrome de l'aphasie motrice pure.

Tous les auteurs admettent que le centre de Broca, où siègent les lésions de l'aphasie motrice, renferme surtout des fibres d'association qui le mettent en communication avec les divers autres centres corticaux, sensoriels et moteurs, du langage articulé : centre auditif verbal, centre visuel des mots, centre des mouvements de la main éduquée pour l'écriture et centres moteurs phonétiques bilatéraux du larynx, de la langue et des lèvres, etc.

Dans l'aphasie motrice ordinaire (type Bouillaud-Broca), la plupart des voies d'association de la circonvolution de Broca sont plus ou moins touchées et les symptômes qui en découlent sont en rapport avec la complication des lésions.

Dans l'aphasie motrice pure (sans agraphie) ou aphémie pure, la lésion est localisée dans les neurones d'association qui mettent le centre de Broca en communication avec les centres phonétiques des circonvolutions rolandiques des deux hémisphères. Le faisceau d'association qui relie le pied de la troisième frontale au centre moteur de l'écriture reste alors tout à fait indemne.

Il résulte de ces considérations que, contrairement à ce qu'on admet généralement, l'aphasie motrice pure peut être aussi bien *corticale* que *sous-corticale*. Ce qui en fait la particularité, ce n'est pas, comme on l'a enseigné, le siège de la lésion dans les faisceaux blancs sous-jacents à l'écorce du pied de la troisième circonvolution frontale (faisceau pédiculo-frontal inférieur de Pitres), mais plutôt la localisation de la lésion dans les faisceaux que nous pourrions appeler *faisceaux d'association psycho-moteurs phonétiques*, aussi bien au niveau de leur origine corticale que dans leur trajet sous-cortical, ou plus justement inter-cortical, et même inter-hémisphérique par l'intermédiaire du corps calleux.

Ma conclusion est donc qu'il faut abandonner complètement les termes impropres d'*aphasie motrice corticale* et *sous-corticale* qui prêtent à l'équivoque et confondent dans une même catégorie les anarthries centrales et les aphasies motrices proprement dites.

Réservant le nom d'aphasie au trouble provoqué par la lésion des neurones d'association dans la zone du langage, nous proposons en conséquence de classer les aphasies motrices d'après le siège des lésions dans les faisceaux d'association qui aboutissent à la circonvolution de Broca ou qui en émanent, que ces lésions atteignent les cellules d'origine des neurones ou les voies conductrices de la substance blanche.

En tenant compte des réalités cliniques connues, on est conduit, d'après ces principes, à classer les aphasies motrices en deux groupes : les *aphasies motrices pures* (aphémie pure et agraphie pure) et les *aphasies motrices complexes* (aphasie motrice vulgaire, aphasie sensorio-motrice et aphasie avec troubles intellectuels).

Il nous faut mentionner en terminant une variété particulière d'aphasie motrice vulgaire décrite souvent sous le nom d'aphasie motrice sous-corticale et qui est une conséquence de la lésion des neurones phonétiques de projection de la région des opercules, combinée à l'altération des faisceaux d'association de la circonvolution de Broca avec ces centres. Il résulte de cette complication une *aphémie-anarthrie* avec troubles moteurs des organes de l'articulation des mots, parésies variables des cordes vocales, du voile du palais, de la langue et des lèvres, etc., etc. C'est ici que peut se produire l'équivoque que je signalais plus haut, puisque le syndrome de l'anarthrie corticale et celui de l'aphasie motrice se confondent.

M. Dejerine (de Paris). — Je ne partage pas les appréhensions de M. Ladame. Selon moi, il n'y a pas de confusion possible entre un aphasique et un anarthrique. L'aphasique moteur ne parle pas parce qu'il a perdu la mémoire des mouvements nécessaires à l'articulation des mots. Chez l'anarthrique, au contraire, la mémoire de ces mouvements n'est nullement compromise, et ce qui empêche la parole, c'est la paralysie des muscles qui servent à la phonation. Le mécanisme du trouble du langage dans l'un et l'autre cas est donc totalement différent. Quant à la division des aphasies motrices en aphasies *corticales* et *sous-corticales*, je crois, contrairement à l'opinion de M. Ladame, qu'elle doit être maintenue, parce qu'il existe entre ces deux variétés d'aphasie de très grandes différences. Pour n'en citer qu'une, je rappellerai que, dans l'immense majorité des cas, les aphasiques moteurs présentent au moins autant de troubles du côté de l'entendement que du côté de la parole. L'intelligence est au contraire complètement indemne chez les aphasiques moteurs sous-corticaux. En d'autres termes, le langage intérieur est conservé dans l'aphasie motrice sous-corticale, alors qu'il est toujours gravement compromis dans l'aphasie motrice corticale.

M. Magalhaes de Lemos (de Porto). — J'ai observé il y a quatre ans un homme de soixante-dix-huit ans qui était atteint d'aphasie motrice pure sans agraphie. En effet, ce sujet avait perdu à peu près complètement l'usage de la parole spontanée, et les mots qu'il prononçait encore étaient pour la plupart détournés de leur sens ou fabriqués par lui (paraphasie et jargonaphasie). La parole répétée était partiellement conservée et la lecture complètement impossible.

Par contre, il n'existait ni surdité verbale, ni cécité verbale, ni agraphie. Ce malade, qui n'était pas hémiplégique, pouvait écrire tout ce qu'on lui demandait. Il n'existait pas non plus de troubles de la mimique.

A l'autopsie, je n'ai trouvé qu'un seul foyer de ramollissement limité à la moitié inférieure du pied de la troisième frontale gauche. La lésion était purement corticale.

Cette observation prouve que l'aphasie motrice corticale n'est pas toujours compliquée d'agraphie et, par conséquent, que le centre moteur de l'écriture fonctionne indépendamment du centre moteur du langage.

M. Dejerine. — Les aphasiques moteurs écrivent aussi mal qu'ils parlent. A cette règle, déjà énoncée autrefois par Trousseau, je n'ai pas encore rencontré d'exceptions. La possibilité pour un malade d'écrire à peu près convenablement son nom, le pays où il est né, etc., ne prouve pas qu'il ait conservé la faculté d'écrire. Pour qu'on puisse dire qu'il n'y a pas agraphie, il faut que le sujet soit capable d'écrire plusieurs phrases d'une façon courante, automatiquement. Ainsi envisagée, l'incapacité d'écrire est la règle dans l'aphasie motrice.

De l'importance du centre auditif gauche comme organe d'arrêt du mécanisme du langage.

M. A. Pick (de Prague), *rapporteur.* — C'est un fait connu que certains malades atteints de surdité verbale survenue brusquement présentent, en dehors de la paraphasie, un trouble tout spécial du langage, consistant en un bredouillement ininterrompu de mots plus ou moins inintelligibles et le plus souvent sans lien les uns avec les autres.

Cette logorrhée, qui se manifeste spontanément ou à l'occasion d'une question quelconque, peut être attribuée soit à une excitabilité exagérée du centre moteur du langage, soit à l'abolition d'une fonction d'arrêt dévolue au centre auditif.

La première hypothèse ne peut plus guère être soutenue, car on sait aujourd'hui que la logorrhée est toujours en rapport avec une lésion du centre auditif et qu'elle n'est jamais la conséquence d'une altération isolée du centre moteur.

Outre qu'elle nous rend mieux compte de la marche du phénomène, la seconde hypothèse a pour elle l'avantage de s'appuyer sur des faits cliniques. Wernicke et Broadbent n'ont pas seulement établi que les fonctions du centre moteur du langage sont sous la dépendance du centre auditif; leurs observations prouvent encore que ce dernier centre joue un rôle d'arrêt vis-à-vis du premier. On s'explique ainsi pourquoi, après la destruction ou l'affaiblissement de leur centre auditif, certains malades présentent une loquacité intarissable et le plus souvent dénuée de sens.

La rareté relative de la logorrhée n'a pas lieu de nous surprendre, car sa production dépend de l'influence de maladies bien déterminées agissant sur le centre auditif ou la région avoisinante. On pourrait prouver également que d'autres troubles, en partie fonctionnels, du même genre (certaines formes d'écholalie, la logorrhée paraphasique du petit mal ou de l'hémicrânie) non seulement se comprennent mieux avec cette hypothèse, mais encore paraissent ainsi en connexion plus étroite avec les phénomènes morbides qui les accompagnent.

La démonstration du rôle d'arrêt du centre auditif vis-à-vis du centre moteur du langage a une portée considérable. Elle nous prouve en effet, et cela pour la première fois, la possibilité de l'intervention, dans le domaine des phénomènes psychiques supérieurs, de mécanismes frénateurs identiques à ceux que l'on a signalés depuis longtemps déjà dans le territoire des fonctions nerveuses inférieures.

Les centres de projection et d'association du cerveau humain.

M. Flechsig (de Leipzig), *rapporteur.* — La division de l'écorce cérébrale en centres de projection ou sensoriels et en centres d'association ou intellectuels, que j'ai proposée en 1895, repose sur ce fait d'observation que les fibres nerveuses de mêmes fonctions reçoivent leur gaine de myéline sensiblement à la même époque, tandis que les éléments dissemblables se recouvrent de myéline à des moments différents.

Depuis mes premières recherches, j'ai admis, en me fondant sur la chronologie du développement des fibres nerveuses, que l'on peut distinguer à la surface du cerveau 40 territoires répartis en trois groupes suivant leur ordre d'apparition, et désignés sous les noms de territoires à développement précoce, territoires à développement rapide et territoires dont le développement s'effectue à une époque intermédiaire à celle des deux groupes précédents.

Ces études ne s'appliquent qu'au cerveau de l'homme, et elles ne peuvent être vérifiées dans toute leur rigueur que chez le fœtus ou chez les jeunes enfants. Chez ces derniers, il y a de 18 à 20 champs corticaux où une couronne rayonnante est facile à mettre en évidence, et à côté d'eux on en trouve d'autres où la présence d'une couronne rayonnante ne peut jamais être démontrée. Ces derniers champs sont riches en fibres d'association, lesquelles font au contraire totalement défaut, ou à peu près, dans les territoires possédant une couronne rayonnante.

On peut donc, au point de vue anatomique, diviser les champs corticaux en centres de projection et en centres d'association. La présence de fibres de projection isolées dans les centres d'association ne rend pas caduque cette classification, puisque les dénominations dont il s'agit n'impliquent qu'une question de prédominance de l'un des deux éléments.

D'après mes récentes découvertes, chacun des centres de projection, exception faite de celui de la sphère auditive, est formé par le groupement de plusieurs champs corticaux myélogénétiques.

En ce qui concerne les centres d'association, je crois devoir maintenir leur groupement en centre frontal, centre pariétal, centre temporal et centre insulaire. Le seul point nouveau sur lequel je désire attirer l'attention à ce sujet est que sur les centres pariétal et temporal il est facile d'établir une subdivision en territoires périphériques arrivant de bonne heure à leur développement complet et en territoires centraux qui n'atteignent que plus tard l'état adulte.

Les territoires périphériques avoisinent les centres sensoriels et leur sont unis par de nombreuses fibres arquées. Peut-être constituent-ils des formations de transition entre les régions riches en fibres de projection et celles qui en sont dépourvues.

Chacun des territoires centraux est en relation plus ou moins directe avec plusieurs zones sensorielles; ces territoires combinent vraisemblablement l'activité des centres sensoriels; après leur destruction bilatérale, l'intelligence se montre affaiblie. Les territoires centraux sont donc, suivant toute apparence, d'une haute importance pour la formation des images mentales et pour l'exercice des facultés intellectuelles.

M. Hitzig (de Halle), *co-rapporteur.* — La doctrine de M. Flechsig, sur l'existence dans l'écorce cérébrale de centres de projection et de centres d'association, ne peut plus être soutenue, au moins dans toute sa rigueur; tout ce qu'on peut dire, c'est que certains territoires de l'écorce sont beaucoup moins riches en fibres de projection que d'autres, mais aucun n'en est totalement dépourvu. Ce qui paraît encore à peu près incontestable, c'est que les régions où abondent les fibres de projection sont en connexion plus ou moins directe avec les terminaisons des nerfs sensitifs ou sensoriels.

Mais est-il exact de soutenir, comme le fait M. Flechsig, que les fibres de projection et les fibres d'association reçoivent leur gaine de myéline à des époques différentes? Ici encore, M. Flechsig a été beaucoup trop loin et lui-même a reconnu qu'il existe à cet égard de grandes différences individuelles. Il est vrai qu'il explique ces variations par des influences pathologiques, ce qui leur ôterait toute valeur; mais tel n'est pas l'avis de ses contradicteurs qui les considèrent, au contraire, comme étant d'ordre physiologique.

M. Flechsig base enfin sa doctrine sur les différences de structure que l'on constate entre les centres de projection et les centres d'association. Les avis des histologistes étant, sur ce point, les uns conformes et les autres complètement opposés aux vues de M. Flechsig, la question reste en suspens.

Quant à la nature des fonctions attribuées par M. Flechsig aux centres de projection et aux centres d'association, elle ne paraît pas non plus complètement justifiée. J'admets bien que les centres de projection soient plus spécialement réservés à l'emmagasinement des impressions sensorielles, mais il n'est nullement prouvé que les centres d'association soient le siège des opérations intellectuelles.

M. von Monakow (de Zurich), *co-rapporteur.* — La doctrine que soutenait autrefois M. Flechsig sur les centres d'association et de projection a subi dans ces derniers temps un remaniement complet. A la suite de nouvelles recherches, M. Flechsig partage la surface du cerveau en quarante districts au niveau desquels la myélinisation s'effectuerait à des époques différentes. Cette nouvelle conception fait perdre une partie de leur précision aux caractères anatomiques fondamentaux sur lesquels s'était appuyé M. Flechsig pour distinguer les centres de projection des centres d'association, si bien qu'on peut se demander aujourd'hui si les fibres de projection sont réellement beaucoup moins nombreuses dans les centres d'association que dans les centres sensoriels.

Voici les résultats auxquels m'ont conduit mes recherches sur cette question :

La somme des fibres de projection réunies dans la couronne rayonnante ne se trouve en relation directe qu'avec un nombre relativement restreint de points de la surface du cerveau.

Dans toutes les circonvolutions, les fibres de projection ne forment qu'une petite fraction de la masse des fibres de la substance médullaire limitante. Il existe, en conséquence, sur toute la surface cérébrale, des espaces considérables où l'on ne trouve aucune fibre de projection. On peut désigner l'ensemble de ces parties corticales privées de fibres de projection sous le nom de centres d'association, en opposition avec les régions où se réunissent les fibres de projection. Mais il n'est pas possible de délimiter exactement les territoires qui sont pauvres en fibres de projection et ceux qui en renferment abondamment. Pas plus que d'autres auteurs, je n'ai trouvé de différences anatomiques fondamentales entre ces deux sortes de territoires. Du reste, il existe dans d'autres régions cérébrales, la substance grise centrale en particulier, des parties d'une moindre étendue, il est vrai, mais qui sont aussi dépourvues de fibres de projection et pour lesquelles il n'est pas d'usage de distinguer des centres de projection et des centres d'association. On peut encore reprocher à M. Flechsig de ne pas tenir un compte suffisant des multiples postulats anatomiques de la structure du cerveau. Sa doctrine ne jette aucune lumière sur la représentation du cervelet, de la substance noire de Sœmmering, du noyau rouge, de maintes régions des couches optiques, etc., etc.

La méthode d'étude basée sur l'époque de la myélinisation, quelque brillants qu'apparaissent au premier abord ses résultats, est donc loin d'être suffisante pour résoudre le problème physiologique de l'organisation intime des neurones dans le cerveau. Si l'on veut bien, d'autre part, tenir compte des grandes variations individuelles que l'on constate dans le mode de succession du revêtement de la myéline dans les faisceaux de fibres nerveuses, on conviendra que le matériel des recherches actuelles est vraiment trop restreint pour que l'on puisse en déduire des lois relatives au développement des voies conductrices et des centres.

Tout ce que l'on peut dire d'une manière générale, c'est qu'il est vraisemblable que le développement des centres sensoriels précède celui des régions de l'écorce qui servent de base à l'intelligence.

Quant à l'hypothèse qui place les fonctions psychiques supérieures dans certaines régions bien délimitées de l'écorce, elle ne compte guère de partisans. La plupart des auteurs s'accordent, au contraire, pour reconnaître que les éléments qui servent à l'élaboration des processus psychiques sont répandus sur la totalité de la surface de l'écorce.

M. O. Vogt (de Berlin). — Toutes mes recherches, faites en collaboration avec Mme Vogt, tendent à infirmer la théorie de M. Flechsig. Contrairement à ce qu'a avancé cet auteur, il n'est pas exact que toutes les fibres de même nature se myélinisent en même temps. La myélinisation s'effectue progressivement de la périphérie aux centres, mais sans jamais subir de temps d'arrêt : il est donc impossible de diviser l'écorce cérébrale en un certain nombre de districts d'après l'époque de leur myélinisation.

Sans pouvoir en donner la preuve — car la méthode en question est incapable de nous la fournir —, je pense que la plupart des fibres qui s'entourent les premières d'une gaine de myéline sont des fibres de projection, mais il y a également des fibres d'association dont la myélinisation est précoce.

Contrairement encore à ce que soutient M. Flechsig, aussi longtemps qu'il y a des régions corticales non myélinisées, il y a également des parties de la capsule interne où la myéline est absente et ces parties sont justement celles dont les dégénérescences secondaires nous montrent des connexions avec les régions corticales à myélinisation tardive. En outre, les régions de la capsule interne qui ne reçoivent leur myéline que tardivement sont assez étendues pour qu'on soit en droit de conclure que les régions corticales correspondantes possèdent des fibres de projection en grand nombre.

Enfin, en opposition également avec l'enseignement de Flechsig, j'ai pu constater que chez les carnivores la myélinisation était identique dans ses grandes lignes à ce qu'elle est chez l'homme. Chez ces animaux, toutes les régions corticales possèdent des fibres de projection et un nombre encore plus grand de fibres d'association et de fibres commissurales. Le petit nombre des fibres de projection situées au niveau de l'écorce n'est donc pas une particularité du cerveau humain.

D'autre part, j'ai pu m'assurer par la méthode des dégénérescences secondaires que le centre ovale des carnivores contient des fibres d'association d'autant plus longues qu'elles se rapprochent davantage de l'épendyme; on peut les grouper, comme chez l'homme, en faisceaux distincts.

Je me borne aujourd'hui à ces critiques qui ne visent que les particularités anatomiques sur lesquelles M. Flechsig a édifié sa théorie, me réservant de combattre ailleurs les conclusions physiologiques et psychologiques qu'il en a déduites.

De la nature des réflexes tendineux.

M. Sherrington (de Liverpool), *rapporteur*. — Les phénomènes désignés communément en clinique sous le nom de *réflexes tendineux* et dont le type est le mouvement d'extension de la jambe qui succède à la percussion du tendon rotulien ne sont pas de vrais réflexes; ce sont des pseudo-réflexes, c'est-à-dire de simples contractions musculaires se produisant en dehors de toute intervention des centres nerveux. Cette contraction ou cette « secousse du genou », pour me servir de l'expression usitée en Angleterre et en Amérique, est une réponse *directe* du muscle à une excitation mécanique brusque du tendon du triceps crural. La conservation du tonus musculaire est indispensable à la production de cette secousse. L'arc réflexe dont dépend le tonus du muscle est composé de fibres nerveuses afférentes venant du muscle lui-même (le triceps crural dans le cas de la secousse du genou) et des neurones spinaux moteurs qui l'innervent. Lorsque ce muscle est séparé de ses neurones, sa tonicité est trop amoindrie pour que la réponse à la percussion du tendon rotulien se produise. Au contraire, la secousse du genou est exagérée à la suite de l'ablation des hémisphères cérébraux, parce que cette mutilation a pour conséquence une très grande exaltation du tonus musculaire.

Ce qui prouve encore que la secousse du genou est un phénomène indépendant du névraxe, c'est qu'il est facile de l'inhiber en excitant les muscles fléchisseurs de la jambe, par exemple le demi-membraneux. En d'autres termes, l'activité des cellules motrices du triceps crural peut être supprimée du fait de la mise en jeu des neurones moteurs des muscles antagonistes.

M. Jendrassik (de Budapest), *co-rapporteur*. — Avec la majorité des auteurs français et allemands, je crois, contrairement à l'opinion défendue par M. Sherrington, que les réflexes tendineux sont de véritables réflexes résultant de la transmission aux centres nerveux, par les voies centripètes, d'excitations qui sont ensuite réfléchies à la périphérie par les nerfs centrifuges.

Il a été prouvé expérimentalement, en effet, que le réflexe rotulien, et les réflexes tendineux en général, sont le résultat d'une excitation brusque des nerfs sensitifs des tissus environnant le tendon, et non l'effet d'une transmission au muscle des vibrations de ce tendon.

Je reconnais toutefois qu'il n'est pas possible d'assimiler, au point de vue de leur mécanisme, les réflexes tendineux aux autres réflexes. Les réflexes cutanés ordinaires, par exemple, sont des réflexes dont l'arc remonte jusqu'au cerveau, probablement au niveau de l'écorce, tandis que les mouvements qu'on observe chez les paraplégiques à la suite d'une excitation cutanée quelque peu prolongée, et qui consistent en flexion de la cuisse, de la jambe et du pied, sont des phénomènes pathologiques résultant d'une sorte de débordement du courant nerveux dû à l'interruption de ses communications avec le cerveau, ou encore à l'excitabilité accrue de la moelle séparée des centres supérieurs.

Je suis, au contraire, d'accord avec M. Sherrington sur le rôle important que joue le tonus musculaire dans la production des phénomènes réflexes. Ceux-ci sont plus intenses lorsque le tonus est augmenté; ils s'affaiblissent, au contraire, quand le tonus est amoindri. Je vais même plus loin, et je crois que cet amoindrissement est la cause habituelle de l'abolition du réflexe patellaire au cours du tabes. Il n'est pas non plus démontré, pour moi, que la disparition du réflexe rotulien soit toujours la preuve d'une lésion transversale totale de la moelle. L'abolition de ce phénomène à la suite des lésions traumatiques de la moelle cervicale ou dorsale prouve seulement que la substance grise est atteinte, et encore avec cette restriction qu'un simple *shock* nerveux peut, dans quelques circonstances, avoir le même résultat.

M. Van Gehuchten (de Louvain). — La distinction que vient d'établir M. Jendrassik entre les réflexes tendineux et les réflexes cutanés a une importance physiologique considérable. Jusqu'à ces derniers temps, l'étude des réflexes cutanés a été, on peut le dire, négligée au profit de celle des réflexes tendineux. Depuis que M. Babinski a démontré la haute signification du phénomène des orteils, j'ai exploré très minutieusement chez tous mes malades l'état des réflexes cutanés comparativement à celui des réflexes tendineux. Or, la conclusion qui découle de mes recherches est que dans l'immense majorité des cas les réflexes tendineux et cutanés sont modifiés en sens inverse, ce qui nous conduit forcément à admettre que les voies nerveuses dont l'intégrité est nécessaire pour la production des uns et des autres sont différentes.

C'est en me basant sur ces constatations que j'ai été amené à considérer les réflexes cutanés comme liés à l'intégrité de la voie cortico-spinale et les réflexes tendineux à celle de la voie rubro-spinale; les premiers auraient une origine corticale, tandis que les seconds ne remonteraient pas au delà du mésencéphale. Ce n'est là, il est vrai, qu'une hypothèse, mais qui trouve en partie au moins sa confirmation dans ce fait que, chez la plupart des hémiplégiques, les réflexes tendineux sont exagérés et les réflexes cutanés abolis ou diminués.

M. Bruns (de Hanovre). — Je crois devoir faire remarquer qu'aucun fait indiscutable n'a pu encore être produit contre la théorie de Bastian, admettant que la destruction transversale totale de la moelle, au-dessus de la région lombaire, détermine une paraplégie flasque et une abolition des réflexes rotuliens.

Les affections aiguës de la moelle, surtout les lésions traumatiques, les ramollissements et les inflammations subaiguës, ainsi que les compressions et les proliférations lentes résultant, par exemple, d'une tumeur, se comportent sous ce rapport d'une manière identique : si la destruction transversale des éléments de la moelle est totale, les réflexes rotuliens disparaissent et demeurent abolis.

Les expériences sur les animaux confirment également la théorie de Bastian. Chez le singe, le réflexe rotulien disparaît souvent pendant plusieurs semaines à la suite d'une section complète de la moelle cervicale. Il n'en est pas de même, il est vrai, chez le chien et chez le lapin, mais cette différence tient à ce que ces derniers animaux sont déjà d'un ordre moins élevé. On sait, en effet, que, pour Bastian, plus l'espèce à laquelle appartient un animal est supérieure, plus les réflexes tendineux de cet animal sont soumis à l'action dynamogène du cerveau sur les parties inférieures de la moelle.

M. P. Marie (de Paris). — Voici un malade atteint de syringomyélie, chez lequel le réflexe rotulien est exagéré à droite et aboli à gauche. Or, lorsqu'on percute le tendon rotulien gauche, c'est-à-dire celui dont l'excitabilité est abolie, on provoque de petits mouvements de latéralité de l'extrémité du pied droit. Il me semble que cette particularité est un nouvel argument en faveur de la théorie nerveuse des réflexes tendineux.

De l'état des réflexes tendineux dans la chorée de Sydenham.

M. Oddo (de Marseille). — J'ai étudié l'état des réflexes tendineux chez un très grand nombre de choréiques. Dans la grande majorité des cas (116 fois sur 147), j'ai trouvé ces réflexes diminués ou abolis. Chez les autres malades, ils étaient exagérés ou normaux. Ordinairement, les modifications des réflexes rotuliens et achilléens sont parallèles. Je ferai enfin remarquer que l'exagération des réflexes peut faire place à leur abolition, et *vice versa*, chez le même sujet. Il me semble que l'intervention de deux centres à action antagoniste (cerveau et cervelet) est seule capable d'expliquer ces états opposés et si variables de la réflectivité tendineuse au cours de la chorée.

M. Babinski (de Paris). — Je suis surpris des résultats que M. Oddo vient de nous exposer. Pour ma part, j'ai constaté également des modifications en plus ou en moins de la réflectivité tendineuse chez les choréiques, mais seulement dans un très petit nombre de cas.

Un cas de paralysie bulbaire asthénique.

M. Thomas (de Paris). — J'ai observé avec M. Dejerine une malade qui réalisait l'ensemble symptomatique décrit sous le nom de *syndrome d'Erb* ou de *paralysie bulbaire asthénique*.

Agée de cinquante-neuf ans, cette femme, qui ne présentait aucun antécédent héréditaire ou personnel digne d'être noté, commença, il y a quatre ans, à éprouver de la difficulté à parler. A cette dysarthrie vinrent s'ajouter quelque temps après une ophtalmoplégie externe, une paralysie du facial (supérieur et inférieur), une paralysie presque complète des muscles de la langue, du larynx, du voile du palais, etc.

Pendant les derniers temps de la vie, la déglutition s'accompagnait de quintes de toux et de reflux des liquides par le nez: une salive abondante s'écoulait des commissures labiales affaissées.

Assez fréquemment, la malade était prise d'accès de rire ou de pleurer spasmodiques. Les réflexes tendineux étaient exagérés aux membres supérieurs et inférieurs. Il n'y avait pas d'atrophie musculaire.

A l'autopsie, on ne constata aucune lésion en foyer et l'examen microscopique de coupes sériées du cerveau ne décela que quelques altérations très circonscrites des circonvolutions motrices du côté gauche et une atrophie partielle des faisceaux pyramidaux dans leur trajet bulbo-protubérantiel et dans la moelle (faisceaux pyramidaux croisés). Les noyaux des nerfs crâniens étaient sains, mais il existait une dégénérescence granulo-graisseuse des muscles du larynx et de la langue.

Ces altérations ne sont pas assez caractéristiques pour qu'on puisse conclure d'une façon définitive à la nature organique de la paralysie bulbaire asthénique, qui est peut-être moins une entité morbide qu'un syndrome déterminé par des affections de nature et d'origine différentes.

Etude cinématographique des troubles de la marche dans les maladies nerveuses.

M. Marinesco (de Bucharest). — La chronophotographie, créée par Muybrige et perfectionnée par Marey, a été appliquée à l'étude de la marche normale par Marey, Richer et Londe; depuis, j'ai pu confirmer leurs recherches dans tous leurs détails. Mais, pour la marche dans les états pathologiques, il n'y a encore que très peu de documents. Aussi ai-je essayé d'utiliser le cinématographe pour l'étude des troubles de la marche, quand il s'agit de mouvements rapides. La chronophotographie nous permet de bien étudier les différentes phases des mouvements complexes, d'en saisir les caractères et de fixer ces mouvements pendant un temps illimité. Dans diverses formes d'hémiplégie organique, j'ai pu étudier le jeu des différentes articulations de la jambe malade, du torse et de la tête (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 225-228). Ainsi, j'ai trouvé que le pas de la jambe malade varie suivant les circonstances, tandis que le torse, penché en avant au commencement du pas postérieur de la jambe malade, se redresse à la fin du pas antérieur de celle-ci. Pour les paraplégies organiques, en dehors du type en flexion, j'ai décrit une forme spéciale qui consiste dans

l'hypotonie des fléchisseurs de la jambe avec hypertonie ou conservation du tonus des extenseurs et exagération des réflexes patellaires (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 71-75). Le trouble de la marche dans l'hémiplégie hystérique, outre la forme si bien décrite par Todd, Charcot et Gilles de la Tourette, offre d'autres allures moins connues; parmi celles-ci, il y en a une dans laquelle le sujet fait glisser son pied dans le pas antérieur de la jambe malade. J'ai étudié ensuite les troubles de la marche dans le tabes, dans les polynévrites avec steppage, dans la maladie de Little, puis les troubles de la mimique dans les différentes affections.

(M. Marinesco fait suivre sa communication d'une démonstration cinématographique des faits qu'il vient d'exposer).

Dr G. Deny,
Médecin de l'hospice de la Salpêtrière.

SECTION DE MÉDECINE DE L'ENFANCE

Infections et intoxications gastro-intestinales chez les enfants du premier âge.

M. A. Baginsky (de Berlin), *rapporteur*. — J'ai à vous entretenir des gastro-entérites des nourrissons, principalement au point de vue de l'anatomie pathologique. Les faits peuvent être groupés en deux grandes classes, suivant qu'il s'agit de troubles purement fonctionnels ou d'altérations anatomiques. En réalité, même dans la première catégorie, il y a toujours des lésions, consistant surtout en un léger degré d'hyperhémie, mais elles sont d'importance minime; au point de vue clinique, on observe alors des symptômes qui relèvent de la diminution des sécrétions digestives, des fermentations anormales se produisant dans la cavité gastro-intestinale, des troubles de l'assimilation; il survient des vomissements, de la diarrhée souvent précédée de constipation, quelquefois de la fièvre et des symptômes généraux, de peu d'intensité dans la plupart des cas. Quand il existe des altérations anatomiques, celles-ci peuvent être de nature catarrhale ou bien se localiser aux éléments folliculaires.

Les lésions catarrhales comprennent plusieurs variétés, et on doit distinguer : 1° un *catarrhe subaigu dyspeptique*, caractérisé par l'hyperhémie et un gonflement œdémateux de la muqueuse, accompagné de sécrétion catarrhale et d'infiltration leucocytaire de la paroi; 2° un *catarrhe suraigu* ou *choléra infantile*, dans lequel l'épithélium gastro-intestinal est abrasé sur de grandes surfaces; les cellules glandulaires sont gonflées, granuleuses et même nécrosées, et les follicules souvent infiltrés; 3° un *catarrhe chronique gastro-intestinal* caractérisé par l'hyperhémie et l'infiltration leucocytaire de toute la muqueuse, et ultérieurement par une hyperplasie des villosités et des glandes; 4° l'*atrophie intestinale*, correspondant à l'*athrepsie* de Parrot, où l'appareil glandulaire a disparu par places, où la muqueuse est infiltrée, où la sous-muqueuse et la musculeuse sont souvent amincies. Dans ces diverses formes, principalement dans les trois dernières, il existe généralement des lésions secondaires du foie, des reins, des poumons, etc. Au point de vue symptomatique, on peut noter des vomissements, de la diarrhée, des évacuations muqueuses, une perte d'eau souvent considérable, qui, joints aux troubles du foie, du pancréas et des autres organes, entraînent une altération profonde de l'état général.

Les lésions folliculaires peuvent coexister avec les altérations catarrhales précédemment décrites. Quand elles sont isolées ou du moins prédominantes, elles constituent, suivant leur intensité, l'*entérite folliculaire simple*, dans laquelle les follicules sont simplement saillants et infiltrés, surtout dans le gros intestin, et l'*entérite folliculaire infectieuse grave* ou *dysentérique*, qui s'accompagne de destruction des follicules avec formation d'abcès et de nécroses plus ou moins étendues de la muqueuse. Dans ces entérites folliculaires la fièvre peut être modérée, mais il y a des coliques, du ténesme, des évacuations muco-sanguinolentes.

Telle est, à mon avis, la classification la plus rationnelle des gastro-entérites. Je n'insisterai pas sur les causes de ces divers processus morbides. Ils relèvent d'infections ou d'intoxications qui peuvent être d'origine endogène ou d'origine exogène. Dans le premier cas, ce sont les microbes saprophytes de l'intestin (colibacille, bacille lactique, etc.) qui acquièrent une virulence plus grande ou déterminent la formation de produits toxiques aux dépens des matières alimentaires; dans le second, interviennent des microbes saprophytes ou infectieux vulgaires ou des substances toxiques introduits avec les aliments. Je crois que le plus souvent il s'agit de processus endogènes, prenant généralement naissance sous l'influence d'une haute température. Dans certains cas, des germes spéciaux peuvent intervenir; mais ces infections sortent du cadre habituel des diarrhées d'été.

M. Escherich (de Gratz), *co-rapporteur*. — Le peu de temps dont je dispose m'empêche d'exposer d'une manière complète la question des infections et des intoxications exogènes. Aussi me bornerai-je à indiquer l'esprit qui m'a guidé dans la série des recherches poursuivies à ma clinique, par mes élèves et par moi-même, depuis que je m'occupe de pédiatrie.

Pour résoudre le problème de la pathogénie des maladies digestives des nourrissons, il fallait rechercher et différencier les bactéries trouvées dans les matières fécales. En 1885, j'ai démontré, que la flore intestinale du nourrisson sain est d'une simplicité surprenante; que, par contre, dans les selles des enfants atteints de gastro-entérite on trouve des bactéries bien différentes et bien plus variées. Une étude attentive permet d'isoler les bactéries pathogènes des autres, à condition de s'adresser aux cas aigus, primitifs, que j'ai seuls en vue actuellement. Guidé par les recherches de M. Baginsky, qui venait d'établir le rôle joué par la chaleur de l'été et par l'alimentation artificielle dans la pathogénie de ces maladies, j'étudiai la végétation des bactéries dans le lait et les fermentations qui s'y produisent. J'arrivai à la division des fermentations du lait en *fermentations endogènes* et en *fermentations exogènes*.

Parmi ces dernières, la plus caractéristique est le *choléra infantile*, à condition de réserver ce nom aux troubles digestifs résultant d'une intoxication due au lait altéré par la grande chaleur. D'ailleurs ce n'est là qu'une partie relativement faible des diarrhées d'été; d'autres paraissent relever d'infections rapides.

Quant aux fermentations endogènes, elles feront l'objet du rapport de M. Marfan; je me bornerai à rappeler que je range sous cette dénomination toutes celles qui se passent dans l'intérieur du corps, sans les limiter, comme lui, à celles que produisent les microbes saprophytes normaux de l'intestin, car les microbes étant introduits sans cesse dans l'intestin avec les aliments, la majeure partie de ces fermentations sont, à proprement parler, d'origine exogène; aussi, pour plus de clarté, je propose de donner à ces dernières le nom de *Chymus-infection*. D'ailleurs, à l'heure actuelle, la différenciation ne peut être faite d'une façon précise, et on doit admettre que la plupart des fermentations intestinales sont produites par un mélange des bactéries normales de l'intestin et des bactéries introduites accidentellement avec les aliments.

A côté de ces processus de fermentation, il existe des maladies intestinales de nature infectieuse comparables à la fièvre typhoïde et au choléra asiatique, sur lesquelles Ritter, Epstein, Czerny et Fischl ont attiré l'attention. L'existence d'épidémies de diarrhée infantile en est une preuve. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire de supposer que ces infections soient spécifiques; des bactéries banales peuvent les produire, d'autant plus facilement que les muqueuses des nourrissons sont plus particulièrement sensibles aux infections. Elles sont, dans une certaine mesure, indépendantes de l'alimentation et peuvent atteindre les enfants au sein. A l'aide de la méthode de coloration des selles que j'ai proposée, j'ai pu distinguer certaines de ces bactéries pathogènes; en associant les examens bactériologiques au tableau symptomatique et aux constatations anatomiques, j'ai pu établir une classification étiologique des infections dues aux staphylocoques, aux streptocoques, au bacille pyocyanique, à certaines variétés de colibacille, etc. Dans tous ces cas, il s'agit vraisemblablement d'infections exogènes par des bactéries pathogènes répandues autour de l'homme ou contenues dans le lait de vache.

Comme conclusion de mes recherches bactériologiques, je propose la classification étiologique suivante des troubles gastro-intestinaux aigus, primitifs, d'origine bactérienne, des nourrissons : 1° intoxications exogènes, donnant lieu au catarrhe toxique de l'estomac et de l'intestin ou choléra infantile; 2° infections du chyme, produisant le catarrhe dyspeptique d'origine alimentaire (diarrhée catarrhale de West); 3° infections intestinales vraies, comprenant le catarrhe inflammatoire (diarrhée inflammatoire de West), et des inflammations plus ou moins localisées (gastrite, entérite, colite). Cette classification est conforme à celle qu'ont proposée des cliniciens célèbres avant la période bactériologique et c'est elle qui correspond le mieux au groupement rationnel des faits.

M. Vargas (de Barcelone), *co-rapporteur*. — L'étiologie et la pathogénie des gastro-entérites des nourrissons ont subi pendant ces dernières années une transformation complète. L'influence de la dentition, de la suralimentation, des vers, de la chaleur, etc., a fait place à des facteurs plus précis et plus immédiats, aux microbes et à leurs sécrétions; au terme générique de diarrhée s'est substituée l'idée plus précise d'infection et d'intoxication intestinales. Dans l'étiologie des troubles digestifs interviennent deux ordres de facteurs : 1° des causes essentielles (microbes et toxines); 2° des causes secondaires (alimentation, chaleur, malpropreté, âge, etc.).

Les microbes producteurs des infections intestinales sont des saprophytes de l'intestin ou des microbes pathogènes; parmi les premiers, se placent le bacillus lactis aerogenes, le colibacille, le bacille pyocyanique, le streptocoque, le staphylocoque, les proteus vulgaris, mirabilis et Zenckeri, le bacillus mesentericus vulgatus, le bacillus subtilis, le bacille butyrique et quelques autres encore mal déterminés. A l'heure actuelle, on n'a pas encore précisé si une espèce microbienne est susceptible de déterminer une forme spéciale d'infection; d'ailleurs, quelques-uns de ces microbes s'associent entre eux (et le colibacille est un des principaux agents de ces associations), donnant lieu à des phénomènes de symbiose, à des infections mixtes ou à des infections secondaires. Ces divers micro-organismes agissent sur le contenu de l'intestin comme sur des milieux de culture, principalement sur la lactose et la caséine, et produisent des fermentations et des putréfactions; ce sont là des fermentations *endogènes*. A côté d'elles existent des fermentations *exogènes*, qui déterminent dans le lait l'apparition d'une substance toxique; le *tyrotoxinon* de Vaughan est une de ces substances; il y en a d'ailleurs de multiples, encore inconnues.

Parmi les causes secondaires, l'âge joue un rôle très important dans le développement des infections gastro-intestinales : les plus nombreuses et les plus graves atteignent principalement les enfants au-dessous de dix-huit mois, et l'expérimentation montre que les effets pathogènes de plusieurs bactéries sont plus marqués sur les jeunes animaux que sur des animaux plus âgés. La contagion tient également une place importante; elle ne saurait faire de doute et doit nécessiter les mêmes règles prophylactiques que pour les autres maladies infectieuses. L'alimentation est une cause de haute valeur : avec les aliments et les boissons pénètrent dans le tube digestif à la fois des microbes et des bouillons de culture; parmi les enfants qui meurent d'infections gastro-intestinales, 3 % seulement sont allaités au sein. Enfin, interviennent la malpropreté, la chaleur, l'humidité du sol, l'absence de vent pendant les grandes chaleurs, les mauvaises conditions sociales, le séjour dans des rues mal orientées et mal drainées. Quant à la dentition, on doit lui refuser tout rôle, contrairement à ce qu'on croyait autrefois.

Pour réaliser l'infection gastro-intestinale, les microbes ont à lutter contre une série de défenses de l'organisme : les sécrétions digestives, l'absence d'oxygène dans l'intestin, les barrières formées par les épithéliums, les organes lymphoïdes, le foie, le pouvoir bactéricide du sang, etc., etc. Il faut que ces défenses soient affaiblies ou supprimées pour que les phénomènes morbides apparaissent. Les acides résultant de la fermentation, les produits de putréfaction déterminent l'inflammation et la chute des épithéliums, l'hyperhémie de la muqueuse, etc.; puis les produits toxiques sont absorbés, les microbes traversent la paroi intestinale, et les uns et les autres déterminent les phénomènes d'intoxication générale et des localisations septiques.

M. Marfan (de Paris), *co-rapporteur*. — Au lieu de vous entretenir d'une façon générale de l'étiologie et de la pathogénie des gastro-entérites des nourrissons, je me bornerai à vous exposer mes idées relativement à une forme très grave et assez bien caractérisée de ces infections, le choléra infantile. Je le définis une maladie des nourrissons, c'est-à-dire des enfants au-dessous de deux ans, survenant principalement, sinon exclusivement, l'été, caractérisée par un catarrhe gastro intestinal suraigu et par des phénomènes généraux graves rappelant ceux du choléra asiatique. Je n'insisterai pas sur les symptômes de cette affection dont Trousseau a donné une description restée classique; je rappellerai seulement que l'évolution des symptômes permet de diviser la maladie en deux phases : la première, à manifestations toxiques, et la deuxième, où l'organisme est envahi par les microbes qui vivent en saprophytes à la surface des téguments et donnent lieu à des infections secondaires. Je ne retiens que ce point, c'est que le choléra infantile est une affection toxique, car c'est là l'élément important qui permet de remonter à la cause du choléra infantile. Le poison provient manifestement de l'intestin; mais comment y arrive-t-il? Il faut se rappeler : 1° que le choléra infantile est une maladie propre aux enfants allaités artificiellement; je ne l'ai jamais vu survenir chez les enfants nourris au sein; 2° que c'est pendant l'été qu'il exerce surtout ses ravages, tandis que dans les autres saisons on n'en observe que des cas sporadiques. Trois théories se trouvent en présence : celle de l'intoxication endogène, celle de l'infection exogène, celle de l'intoxication exogène. Il me paraît impossible d'admettre la toxi-infection endogène, due à la pullulation et à l'exaltation de virulence des germes intestinaux sous l'influence des chaleurs de l'été, comme cause efficiente du choléra infantile, car en pareil cas, on devrait l'observer aussi fréquemment chez l'enfant nourri au sein que chez l'enfant alimenté artificiellement. L'infection exogène ne me paraît pas non plus démontrée, car la preuve n'est faite pour aucun des microbes dont l'action a été invoquée : colibacille, streptocoque, bactéries protéolytiques, proteus, etc.; l'existence d'un microbe spécifique encore inconnu me paraît très douteuse à cause de l'absence de contagion dans le choléra infantile. Reste l'hypothèse d'une intoxication exogène, les poisons du choléra infantile se formant dans le lait par suite de la pullulation des bactéries qui le souillent dès le moment de la traite sous l'influence de la haute température de l'été. Cette théorie permet d'expliquer les cas de choléra infantile survenant à la suite de l'ingestion de lait stérilisé, alors que celui-ci ne l'a été qu'au bout d'un laps de temps assez long. C'est cette hypothèse que j'adopte. A la vérité, nous ne connaissons pas encore la nature du poison, et sa présence dans le lait n'a pas encore été démontrée expérimentalement. Comme conséquence pratique, je conclus que le lait doit être stérilisé le plus tôt possible après la traite.

En terminant, j'objecterai à M. Escherich que, dans la pratique, au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique, il est difficile de tracer la limite entre ce qui relève de l'infection du contenu intestinal et ce qui appartient à l'infection de la paroi. On peut se demander si les troubles dyspeptiques même les plus légers ne s'accompagnent pas de lésions superficielles de la muqueuse, s'il y a des troubles purement fonctionnels. C'est pourquoi je groupe tous les troubles digestifs sous le terme générique de gastro-entérites.

M. Escherich. — Dans les infections du chyme, suivant le terme que je propose, on ne trouve dans les selles ni globules rouges, ni leucocytes. Il n'y a pas de fièvre. Enfin, les examens bactériologiques révèlent seulement la présence des bactéries de fermentation.

Quand il y a inflammation de la paroi, il existe, au contraire, de la fièvre, on trouve du sang, du pus, du mucus, des cellules épithéliales dans les selles, et, enfin, dans quelques cas, on rencontre des bactéries spéciales.

M. Vargas. — Il me semble que M. Marfan rejette trop facilement le caractère contagieux du choléra infantile; ce serait un tort de laisser se répandre une telle opinion dans le public, ce qui empêcherait de prendre les précautions nécessaires.

M. Hutinel (de Paris). — Je crois que, dans toutes ces questions d'infections gastro-intestinales, nous sommes séparés par une question de mots plutôt que par une question de faits. Nous voyons trop la lésion et pas assez la cause. Celle-ci doit être cherchée dans le contenu de l'intestin, dans les germes et dans les ferments sécrétés par eux et capables de transformer les aliments en poisons. Il y a une première phase, dans laquelle se forment dans l'intestin des substances toxiques qui altèrent l'épithélium et modifient la circulation de la muqueuse. Ces troubles peuvent être passagers. Mais si l'infection s'accentue, entretenue par une mauvaise alimentation, on entre dans une deuxième phase, où apparaissent des lésions plus profondes de la paroi intestinale, avec pénétration des microbes dans son épaisseur et détermination de types cliniques et anatomiques plus ou moins caractérisés. Ainsi donc, ce ne sont là que des étapes successives.

M. d'Espine (de Genève). — Je ne puis suivre M. Marfan quand il sépare l'infection de l'intoxication. Les maladies digestives des nourrissons sont dues à des fermentations anormales, qui sont fonctions de germes, lesquels peuvent exister dans l'intestin ou venir du dehors. Pour nous en tenir au choléra infantile survenant à la suite de l'ingestion de lait stérilisé, j'ai toujours constaté, dans les faits que j'ai observés, soit que les bouteilles avaient été laissé débouchées un certain temps, soit, en dehors de ces cas, que l'enfant était soumis à une suralimentatien évidente.

Dr P. Nobécourt,
Chef du laboratoire de l'hospice des Enfants-Assistés.

SECTION DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Traitement de la fièvre typhoïde au moyen de sérum artificiel.

M. Bosc (de Montpellier). — En me basant sur un nombre assez considérable d'essais cliniques, j'estime qu'à côté des deux grandes méthodes usuelles de traitement de la fièvre typhoïde — la balnéation froide et l'emploi de la caféine — il convient de faire une place importante aux injections sous-cutanées d'eau salée. C'est un procédé thérapeutique dont l'application réunit, pour ainsi dire, les effets des bains froids et ceux de la caféine; il offre, de plus, l'avantage de pouvoir être utilisé à toutes les périodes de l'affection et à tous les âges.

Employé en injections sous-cutanées, à la dose quotidienne de 800 à 1,000 c. c., le sérum artificiel détermine chez les typhoïdiques deux ordres de phénomènes. En premier lieu on voit se manifester des *phénomènes réactionnels* (sueurs, mictions abondantes, nausées, etc.), qui sont relativement peu importants et ne tardent pas à céder la place aux *phénomènes post-réactionnels*. Ceux-ci sont beaucoup plus durables et peuvent persister pendant douze à vingt-quatre, voire même quarante-huit heures. Ils se caractérisent par une élévation de la pression sanguine, par une augmentation de l'énergie cardiaque, un abaissement de la température et, enfin, par une activité plus grande des émonctoires.

Dès la troisième ou quatrième injection on voit la tension artérielle, qui n'était auparavant que de 8 à 10 centimètres, par exemple, s'élever à 17 ou 18 centimètres pour se maintenir plus tard à 14 centimètres environ.

Quant à l'action antipyrétique des injections d'eau salée, elle est non seulement très marquée comme intensité, mais encore souvent plus durable que celle des bains froids.

Du côté de l'appareil rénal, on observe de véritables débâcles urinaires; de plus, la quantité d'urine excrétée en vingt-quatre heures augmente d'une façon considérable.

Enfin, les injections hypodermiques de sérum artificiel exercent dans la fièvre typhoïde, comme dans toutes les maladies infectieuses en général, une action tonique manifeste.

J'ajoute que, dans deux cas de dothiénentérie avec hémorrhagies intestinales, j'ai vu ces injections produire un effet hémostatique remarquable.

La seule contre-indication qu'on pourrait voir à l'emploi des injections sous-cutanées d'eau salée contre la dothiénentérie est la crainte de forcer la tension artérielle dans certains cas accompagnés de congestions viscérales; mais il convient de faire remarquer que cette crainte ne serait guère justifiée, attendu que les effets de l'hypertension artérielle provoquée par les injections se trouvent, dans une certaine mesure, compensés par la diurèse à laquelle donne lieu l'application de ce procédé thérapeutique.

M. Charrin (de Paris). — En pratiquant, sur des animaux, des injections de matières minéralisées, j'ai noté que le sérum de ces animaux devient plus bactéricide. Je tiendrais à savoir si M. Bosc a eu l'occasion de faire une constatation analogue en ce qui concerne le sérum des dothiénentériques.

M. Bosc. — Je n'ai pas étudié les propriétés bactéricides du sérum de mes malades, mais j'estime que le fait indiqué par M. Charrin cadre bien avec les effets thérapeutiques que j'ai obtenus.

M. Balthazard (de Paris). — L'évaluation volumétrique de la diurèse ne permet pas, à elle seule, d'apprécier la valeur thérapeutique des injections de sérum artificiel, car elle ne préjuge en rien de la qualité de l'urine excrétée. Dans un cas de diphtérie toxique traité, dans le service de M. Richardière, par des injections d'eau salée, nous avons vu, sous l'influence de ces injections, la toxicité urinaire s'accroître dans de notables proportions. Le sérum artificiel agit, par conséquent, surtout en favorisant l'élimination des poisons.

M. Baylac (de Toulouse). — Je crois qu'en injectant à un typhoïdique, sous la peau, tous les jours 1 litre environ de sérum artificiel, et cela pendant trois à quatre semaines, on s'expose à voir survenir des accidents septiques. Pour ma part, je préfère recourir aux lavements d'eau salée. Je me sers d'une solution contenant 5 grammes de chlorure de sodium par litre d'eau bouillie, et je fais donner deux fois par jour un lavement de cette eau salée, à la température de 15° et sous une pression très faible (de 0 m. 30 à 0 m. 40). Ces lavements sont très bien tolérés à la condition d'être administrés à l'aide d'une canule ayant une longueur de 25 centimètres et un calibre correspondant au n° 30 de la filière Charrière. Ils produisent de très bons effets sur la température, sur la tension sanguine, sur les fonctions de l'appareil digestif et du système nerveux, ainsi que sur l'état général. Mais c'est surtout la diurèse qui se trouve influencée favorablement par les lavements d'eau salée : la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures s'élève rapidement à 1,500 ou 2,000 c.c. pour atteindre parfois, pendant la convalescence, le taux de 3,000 à 4,000 c.c.

Cela étant, les injections intrarectales de sérum artificiel, qui constituent un moyen pratique, simple et facilement accepté par le malade ainsi que par son entourage, semblent devoir être préférées aux injections hypodermiques.

M. Bosc est d'avis que, dans l'emploi des injections sous-cutanées, les accidents septiques sont faciles à éviter, pourvu qu'on observe rigoureusement toutes les règles d'antisepsie et qu'on ait soin d'enfoncer l'aiguille profondément dans les masses musculaires. Quant aux lavements d'eau salée, leur action ne lui paraît pas assez énergique pour qu'on puisse les utiliser dans les cas graves; ceux-ci sont justiciables des injections hypodermiques de sérum artificiel et parfois même de la saignée-transfusion.

M. Fuster (de Montpellier) fait remarquer que, d'après les détails techniques que M. Bosc vient de fournir, on voit qu'il s'agit, en réalité, non pas d'injections sous-cutanées, mais d'injections intramusculaires; or, les effets sont loin d'être les mêmes dans les deux cas.

M. Baylac. — Tout en reconnaissant avec M. Bosc que, dans certains cas où il s'agit d'obtenir un effet immédiat et intense (pour combattre les effets d'une hémorrhagie intestinale, par exemple), les injections hypodermiques et, au besoin, intraveineuses sont tout indiquées, j'estime que, comme méthode de traitement *systématique* de la dothiénentérie, les lavements d'eau salée doivent leur être préférés.

Action des toxines microbiennes sur le myocarde.

M. Chantemesse (de Paris). — Afin d'étudier l'influence que les toxines microbiennes exercent sur le myocarde, nous avons institué,

avec M. Lamy, des circulations artificielles à travers le cœur de la tortue séparé de l'animal, et nous avons ensuite enregistré, à l'aide de la méthode graphique, les changements de volume et de rythme du cœur. Cet organe, ainsi isolé, peut fonctionner plusieurs jours quand on lui fournit du sang frais; il est, comme on sait, d'une grande sensibilité à l'égard des poisons.

Les toxines typhique et diphtérique n'agissent directement sur lui qu'avec lenteur et après une période latente durant laquelle le fonctionnement du cœur n'est nullement troublé : tout se passe comme si les éléments anatomiques s'imprégnaient graduellement du poison, et comme si leur fonctionnement ne commençait à être contrarié que lorsqu'ils en sont saturés. En employant des doses très fortes de toxines, on obtient ainsi l'arrêt du cœur, avec inexcitabilité absolue, au bout d'une à deux heures.

Tout autre et non moins curieux est le résultat, si, au lieu de laisser agir la toxine directement, on la fait préalablement passer par un animal (en injection intra-vasculaire), et si on emploie comme liquide de circulation artificielle le sang de cet animal, soustrait *en pleine réaction*. Le cœur manifeste, dans ces conditions, une excitation violente : il bat quatre à cinq fois plus vite, reste contracté en systole et se dilate à peine. On pourrait, en un mot, penser qu'il est sous l'influence d'un poison tétanisant. Pourtant, après une heure ou deux de tachycardie, l'organe se détend graduellement, se ralentit, présente des diastoles de plus en plus complètes, et finalement revient à son état premier.

Vient-on alors à remplacer le sang qui circule par du sang frais de même provenance, des phénomènes identiques (tachycardie, état systolique) se reproduisent exactement comme la première fois, pour le même laps de temps, et se dissipent de même.

Reste à savoir quel est l'agent excito-cardiaque dont la présence dans le sang de l'animal injecté se manifeste de cette façon. Est-ce la toxine modifiée par l'organisme ou bien un produit de réaction de celui-ci, un *anticorps* prenant naissance dans les cellules vivantes à mesure que celles-ci s'imprègnent du poison microbien? Cette seconde hypothèse nous paraît plus plausible.

Sur la fixation du sérum antipneumococcique dans l'organisme et sur la multiplicité de ses composants.

M. Centanni (de Ferrara). — Parmi les principes actifs d'un sérum antitoxique, il y a lieu de distinguer des *anticorps primaires* résultant de l'action directe de l'agent pathogène sur les éléments de l'organisme, et des *anticorps secondaires* provenant de produits de destruction cellulaire et qui agissent à leur tour comme vaccins.

En ce qui concerne les anticorps primaires du sérum antipneumococcique, j'ai constaté que, sous l'influence du contact avec une culture de l'agent pathogène en question, ce sérum perd son activité; mais, comme le pouvoir pathogène et végétatif des microorganismes reste, à la suite de cette expérience, à peu près intact, il faut en conclure que les pneumocoques n'ont absorbé qu'une partie des principes actifs du sérum. Quant à l'autre partie, les recherches que j'ai instituées sur le sort du sérum introduit dans le système circulatoire me portent à croire qu'elle est destinée à être absorbée par les éléments de l'organisme. En d'autres termes, les anticorps primaires du sérum antipneumococcique comprendraient une partie *bactériophile* et une partie *histophile*. La première serait analogue à la substance sensibilisatrice de Bordet; toutefois, tandis que pour d'autres sérums bactériolytiques et cytolytiques la substance dissolvante appartient aux alexines faisant normalement partie de l'économie, il s'agit dans le cas actuel d'un produit de réaction que l'organisme ne possédait pas auparavant.

A l'aide du contact direct du sérum antipneumococcique employé à dose convenable, on peut sensibiliser un nombre illimité de bactéries; par contre, le pouvoir actif des tissus influencés par la substance histophile est limité. C'est ce qui explique pourquoi, dans les cas où l'infection a été réalisée au moyen de doses élevées de culture ou bien lorsqu'on intervient à une période avancée de la maladie, on ne parvient pas à retarder la mort de l'animal, quelle que soit la quantité de sérum utilisée.

Pour les anticorps secondaires, mes expériences ont porté sur les globules blancs et rouges du sang, particulièrement sensibles à l'égard du pneumocoque. J'ai constaté que le sérum antipneumococcique, qui n'exerce aucune influence sur les éléments du sang normal, dissout facilement ces mêmes éléments après qu'ils ont subi l'action des produits du pneumocoque.

Etant donné ces faits, j'estime que, dans les manifestations pneumococciques ainsi que probablement dans d'autres états infectieux, les effets pathogènes sont dûs, pour la plupart, moins à l'action directe du corps bactérien qu'à l'apport rapide dans le sang des poisons secondaires provenant de tissus altérés.

Les résultats de mes recherches font également ressortir, à côté de la multiplicité des composants des sérums antitoxiques, la participation active que l'organisme prend au mécanisme de l'immunité.

Des sources de l'immunité naturelle.

M. Phisalix (de Paris). — Lorsqu'on injecte sous la peau de la cuisse d'un chien adulte et vigoureux une culture jeune, non sporulée, de charbon virulent, et qu'au bout d'un laps de temps variant de cinq à dix-huit jours on sacrifie l'animal pour ensemencer les ganglions de l'aine, on obtient de nouvelles cultures dont les propriétés sont complètement différentes de celles du bacille charbonneux inoculé. Ces cultures ganglionnaires sont dépourvues de toute virulence; mais, selon la durée du passage dans le ganglion, suivant aussi l'intensité plus ou moins grande de la réaction locale, les caractères morphologiques du microbe sont tantôt encore reconnaissables et tantôt tellement modifiés qu'un observateur non prévenu croirait avoir affaire à une espèce n'ayant aucun rapport avec le bacille charbonneux. En effet, il se présente sous la forme d'un microcoque à articles isolés ou réunis en chaînettes, qui est dénué de toute virulence, se colore par la méthode de Gram et ne forme pas de spores.

Pour démontrer la filiation de ce microcoque avec le bacille charbonneux, j'ai employé la méthode des cultures en sac de collodion ou de roseau introduits dans la cavité péritonéale des chiens. Un sac rempli de bouillon ensemencé avec du charbon virulent et retiré après un séjour de trois mois dans le péritoine d'un chien ne contient plus que des microcoques pouvant se propager indéfiniment en cultures successives.

Ce fait prouve non seulement que le bacille charbonneux s'est transformé, mais encore que la transformation dont il s'agit a lieu sous l'influence de substances solubles dialysables. Pourquoi cette modification est-elle si lente à l'intérieur des sacs, tandis qu'elle se fait si rapidement dans l'organisme même du chien et, en particulier, dans le sang *in vivo?* En employant du sérum de chien comme milieu de culture dans les sacs de collodion, j'ai constaté que la transformation en microcoques était beaucoup plus rapide. Elle est plus rapide encore quand, par une ouverture accidentelle de la paroi du sac, les globules blancs peuvent y pénétrer. Il est donc probable que, chez l'animal vivant, le pouvoir bactéricide et modificateur du sang s'accroît et se renouvelle par l'apport continu de principes favorisants, dont l'élaboration se fait principalement dans les ganglions et les globules blancs.

Diagnostic de la lèpre nerveuse pure par biopsie d'un filet nerveux; rôle des moustiques dans l'inoculation de la maladie.

M. Sabrazès (de Bordeaux). — Si le diagnostic de la lèpre nodulaire ou infiltrée est très facile, il est loin d'en être de même pour la lèpre nerveuse pure, surtout au début de son évolution, lorsque l'affection ne donne encore lieu qu'à des symptômes peu accentués. Dans un cas de ce genre, chez un homme de trente-deux ans qui présentait des troubles sensitivo-moteurs limités au territoire du nerf sciatique poplité externe gauche, j'ai pu établir le diagnostic en pratiquant la biopsie d'un filet nerveux sensitif excisé au niveau de la zone analgésique.

Cet homme avait contracté son mal à la Guyane, où les cas de lèpre sont nombreux. A propos de ce fait, je crois utile de rappeler que partout où la lèpre est endémique, diverses espèces de moustiques abondent. D'autre part, des affections transmises par l'intermédiaire des moustiques (filariose, paludisme) sont également endémiques, de sorte qu'on peut se demander si ces insectes ne sont pas susceptibles de transporter dans les téguments de sujets bien portants, par des piqûres répétées, de nombreux bacilles de Hansen, puisés à la surface des lépromes, et d'inoculer de cette façon la maladie. Cette hypothèse paraît d'autant plus plausible que, si l'on fait à la surface d'un léprome *nodulaire* ou *infiltré* une piqûre, même insignifiante, la gouttelette de sang qui s'en échappe contient toujours des bacilles en très grand nombre.

M. Babes (de Bucharest) déclare avoir signalé, il y a longtemps, la présence de bacilles de Hansen dans les filets nerveux de lépreux. Il avait également émis l'hypothèse de la pénétration directe de ces bacilles à travers les téguments.

Accidents pyosepticémiques consécutifs aux cancers.

M. Etienne (de Nancy). — Tout néoplasme peut devenir la porte d'entrée d'une infection du type pyohémique ou du type septicémique, quand il est externe ou lorsqu'il siège dans une cavité susceptible d'être infectée, la bouche par exemple.

L'infection peut se faire *in situ* dans les cas où se greffe sur un cancer un processus suppuré atteignant l'organe lésé lui-même (gastrite phlegmoneuse consécutive au cancer de l'estomac). Elle peut aussi avoir lieu *par extension de voisinage*, lorsque le néoplasme ouvre une cavité infectée dans un autre viscère (par exemple, le côlon dans le péritoine), ou bien quand l'élément microbien végétant sur la lésion cancéreuse envahit un organe avec lequel il est en relation par les voies lymphatiques (infection du péritoine dans le cancer de l'estomac sans perforation, infection de la plèvre par les néoplasmes de l'abdomen), ou sanguine (cancer de l'abdomen provoquant par infection de la veine porte des abcès du foie ou une pyléphlébite). Enfin, l'infection peut se produire *par généralisation :* dans ce cas, la pyosepticémie se présente sous différentes formes cliniques, suivant que l'infection atteint d'emblée tout l'organisme sans qu'aucun accident attire l'attention sur un organe quelconque, ou qu'elle intéresse, au contraire, plus spécialement un organe en revêtant la symptomatologie correspondante (type ictère grave, type endocardite, etc., etc.).

Béribéri et une variété particulière de staphylocoque.

M. Nepveu (de Marseille). — Dans 3 cas de béribéri j'ai noté la présence d'une variété de staphylococcus albus, qu'on peut désigner sous le nom de *tetragenicus*, chaque vésicule se divisant deux fois en deux. Ce microbe, qui paraît voisin du *staphylococcus quadrigeminus* signalé par Czaplevsky dans la vaccine, est facilement colorable; il se décolore par la méthode de Gram et se cultive très bien sur le sérum sanguin gélatiné de bœuf à une température de 36°. Il n'est d'ailleurs nullement pathogène.

M. Bosc relate un cas de *phlébite purulente du cordon suivie de septicémie suraiguë* de nature staphylo-streptococcique; il fait remarquer que les accidents de cet ordre sont très rares, puisqu'on n'en a publié jusqu'à présent que 3 observations, se rapportant toutes à des sujets originaires des pays chauds et atteints de varicocèle. Il en était encore de même dans le cas dont il s'agit.

Dr L. Cheinisse,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE

Chirurgie du pancréas.

M. Mayo Robson (de Leeds), *rapporteur*. — Je crois que les affections du pancréas sont beaucoup plus communes qu'on ne le pense généralement. J'en ai, en effet, opéré 40 cas pour ma part, et j'ai vu en outre un certain nombre d'autres malades pour lesquels l'opération était contre-indiquée ou a été refusée.

Pour le *cancer*, je pense que l'amputation de la glande est rarement praticable ou justifiée, sauf quand la lésion est limitée au corps ou à la queue de l'organe, et alors seulement que l'on peut intervenir dès le début de la maladie. J'ai fait 13 fois la cholécystotomie ou la cholécystentérostomie, pour atténuer les symptômes; 9 de mes opérés ont vécu quelque temps très soulagés.

Il me suffirait, pour conseiller l'opération dans tous les cas récents, de songer aux faits dans lesquels on est intervenu chez des malades qu'on croyait atteints de cancer de la tête du pancréas, et qui ont parfaitement et définitivement guéri, parce que la tumeur était constituée simplement par une pancréatite chronique.

J'ai opéré 5 *kystes du pancréas*, et je préconise comme traitement de choix l'incision et le drainage, que j'ai pratiqués dans 4 cas avec 3 guérisons; une fois seulement j'ai pu faire l'extirpation, avec plein succès.

J'ai observé 1 cas de *pancréatite aiguë* et 4 cas de *pancréatite suppurée*, pour lesquels je suis intervenu : dans 2 cas où l'incision a été faite par la voie lombaire, la guérison a été obtenue; dans les 2 autres où l'incision a été antérieure, les malades sont morts, un écoulement de pus s'étant produit dans l'estomac.

En terminant, je désire appeler votre attention sur la *pancréatite interstitielle chronique*, qui a été souvent confondue, je crois, avec le cancer de la tête du pancréas. L'expérience que j'ai acquise de cette affection est le résultat des nombreuses interventions que j'ai pratiquées pour des cas d'ictère résultant de l'obstruction du cholédoque, dans lesquels on avait soupçonné l'existence de calculs biliaires. J'ai opéré 15 malades atteints de cette affection, avec 14 guérisons et 1 mort; dans ce cas, l'autopsie démontra qu'il existait une cirrhose de la tête du pancréas.

Je crois que la pancréatite interstitielle chronique avec inflammation des canaux pancréatiques est une complication régulière de la lithiase du cholédoque, et que cet état persiste fréquemment après que la cause première a disparu; la cholécystostomie fait cesser la tension de l'angiocholite infectieuse ou suppurée et permet l'évacuation des produits infectieux.

La confusion possible du cancer de la tête du pancréas avec la pancréatite chronique autorise le chirurgien à intervenir dans tous les cas d'ictère avec distension de la vésicule biliaire, à condition que le malade soit en état de supporter l'opération; en effet, si le résultat de l'intervention est presque nul pour le sujet atteint de cancer, on obtiendra, par contre, une guérison réelle et durable en cas d'affection simplement inflammatoire.

M. Ceccherelli (de Parme), *co-rapporteur*. — Les interventions sur le pancréas sont indiquées dans les cas de néoplasmes malins, de kystes, d'inflammations suppuratives, gangreneuses, hémorrhagiques ou nécrotiques, et enfin dans certains traumatismes.

En ce qui concerne les tumeurs malignes, nous sommes en droit de nous demander si l'extirpation totale de la glande est possible et compatible avec l'existence, comme cela a été démontré expérimentalement pour les animaux. Chez l'homme, la chose est loin d'être certaine, étant donné le petit nombre d'observations probantes que l'on peut invoquer à cet égard. D'ailleurs, dans le cas de cancer, l'infiltration néoplasique envahit pour ainsi dire constamment les parties voisines pour peu que les lésions soient avancées; l'extirpation complète du cancer pancréatique est donc bien rarement réalisable.

Les tumeurs les plus fréquentes du pancréas sont les kystes : kystes *hydatiques*, kystes *par rétention* et kystes *hématiques*, c'est-à-dire consécutifs aux traumatismes ou à l'apoplexie. Pour ces différentes formes, l'intervention est indiquée, mais l'extirpation de la glande n'est pas nécessaire, et il suffit de pratiquer l'ablation de la poche kystique, si elle est possible, ou, sinon, l'excision simple. L'extirpation du kyste soulève la question de l'ouverture du canal de Wirsung et du déversement probable du suc pancréatique dans la cavité abdominale. Lorsqu'on fait seulement l'incision du sac, il est prudent de suturer ses parois à la plaie cutanée; si on ne peut le faire, il faut oblitérer la poche par des points de suture, de façon à fermer complètement la cavité du kyste.

Dans les *pancréatites*, la règle est de s'abstenir pendant la période aiguë; s'il se produit un abcès ou de la gangrène, il est indispensable d'intervenir, et l'on a le choix entre les voies lombaire, transpleurale et médiane sus-ombilicale.

Enfin, après les contusions et les blessures du pancréas, l'opération peut être nécessaire, surtout s'il survient une hémorrhagie; dans ce dernier cas, on doit faire l'hémostase soit par la suture, soit en liant les vaisseaux qui saignent.

M. J. Bœckel (de Strasbourg), *co-rapporteur*. — Dans les traumatismes récents du pancréas, le rôle du chirurgien est des plus limités, les blessures de cet organe étant généralement mortelles à bref délai, soit par suite d'hémorrhagies graves, soit en raison de l'existence de lésions concomitantes des organes voisins. Le seul traitement rationnel consiste à tamponner la plaie; la recherche et la ligature des vaisseaux intéressés sont pratiquement impossibles dans la majorité des cas, à cause de l'état précaire du blessé.

Pour les tumeurs et les inflammations du pancréas, on choisira, suivant les cas, soit la voie sus-gastrique, applicable aux cas rares dans lesquels la tumeur émerge au-dessus de la petite courbure de l'estomac, soit la voie gastro-colique, qui constitue le procédé de choix, soit la voie transmésocolique, indiquée lorsque la tumeur s'est insinuée entre les feuillets du méso. Exceptionnellement, pour certains néoplasmes de la queue du pancréas, on peut avoir recours à l'incision par le flanc, de façon à opérer en dehors du péritoine.

Les statistiques restreintes que nous possédons prouvent que les affections pancréatiques, que l'on considérait, il y a peu de temps encore, comme incurables, peuvent aujourd'hui être traitées avec succès, grâce à une intervention chirurgicale faite en temps opportun. C'est ainsi que la *pancréatite suppurée* et *gangreneuse* a fourni 11 guérisons et 9 morts sur 20 cas; la *pancréatite hémorrhagique*, 5 guérisons et 18 morts sur 23 cas.

Les *tumeurs solides* ont donné 8 guérisons (dont 4 durables) et 3 morts sur 11 interventions.

Les 144 cas de *kystes* opérés se décomposent ainsi :

Opération en un temps : 99 cas, 92 guérisons et 7 morts (dont 2 opératoires).

Opération en deux temps : 16 cas tous guéris.

Extirpation totale ou partielle : 25 cas, 21 guérisons et 4 morts.

4 cas sans détails ont fourni 3 guérisons et 1 décès.

L'extirpation, rarement applicable, est plus grave, plus laborieuse et souvent incomplète. Loin d'être préconisée comme méthode de choix, elle ne devra être tentée que très exceptionnellement, lorsque le kyste est mobile et facilement pédiculisable.

Outre ces opérations radicales, on peut pratiquer certaines interventions palliatives si des phénomènes de compression du cholédoque ou du duodénum mettent la vie du malade en danger (tumeurs et inflammations chroniques de la tête). Mais les risques sérieux de ces opérations et les avantages très minimes qu'elles procurent ne nous engagent guère à les recommander.

En effet, dans les tumeurs solides, la *cholécystentérostomie* a fourni, sur 15 cas, 7 morts rapides et 8 guérisons avec une survie maxima de quatorze mois. Quant à la *cholécystogastrostomie* (4 cas avec amélioration très passagère), à la *pancréatico-entérostomie* (1 cas, 1 insuccès) et à la *gastro-entérostomie* (2 cas, 1 mort rapide, 1 survie de quatre mois), elles ne doivent être citées que pour mémoire. La *jéjunostomie*, que Maydl vient de préconiser, semble donner des résultats plus favorables.

Ces mêmes opérations peuvent être faites avec succès dans la pancréatite chronique de la tête, qui en impose si souvent pour un cancer du pancréas. De palliatives elles deviennent même curatives lorsque la régression du processus inflammatoire s'opère, ce qui peut s'observer quand les lésions ne sont pas trop anciennes; la guérison est alors définitive.

M. Michaux (de Paris). — Dans une laparotomie pour contusion grave de l'abdomen, j'ai trouvé une rupture du pancréas, pour laquelle j'ai dû me contenter de mettre une pince sur un vaisseau qui saignait et de pratiquer ensuite un tamponnement; malgré cela le blessé a succombé. Je crois que ces lésions traumatiques du pancréas échappent le plus souvent à l'action chirurgicale.

Dans un cas de kyste pancréatique, j'ai essayé de pratiquer l'extirpation, mais celle-ci s'est accompagnée dès le début d'une telle hémorrhagie que j'ai dû me contenter de drainer le kyste après avoir fait l'hémostase.

M. Villar (de Bordeaux). — Pour le traitement des kystes du pancréas, deux méthodes sont en présence : la marsupialisation et l'extirpation. Celle-ci, en réalité, n'est véritablement possible que dans les cas de kystes pédiculés, et, le plus souvent, il faut se borner à pratiquer la marsupialisation.

Pour les tumeurs solides, on peut facilement enlever la queue ou même une partie du corps du pancréas; quant aux néoplasmes de la tête, l'ablation ne pourrait en être faite qu'à la condition de ménager le canal excréteur.

M. Soubovitch (de Belgrade). — J'ai opéré un cas de kyste hématique du pancréas dont l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une pancréatite chronique compliquée de la formation de plusieurs kystes et d'une hémorrhagie intra-kystique, ayant déterminé la production d'une collection volumineuse.

De la radiographie dans l'étude des fractures et des luxations.

M. von Bergmann (de Berlin), *rapporteur*. — L'anatomie pathologique des fractures a fait de grands progrès dans ces dernières années grâce à la radioscopie et à la radiographie.

Parmi les causes locales qui entravent la consolidation des fractures, il en est évidemment qui échappent à l'exploration faite à l'aide des rayons de Röntgen; c'est ainsi que dans les cas d'interposition musculaire dans une fracture du fémur, nous ne pouvons que supposer cette interposition, lorsque l'image projetée sur l'écran nous montre des surfaces déviées qui, au lieu de se toucher, laissent entre elles un espace conservant toujours la même étendue, quelle que soit la position donnée au membre fracturé.

Mais il est, en revanche, d'autres causes locales de défaut de consolidation, qui sont clairement démontrées par l'exploration radioscopique et cela notamment dans les fractures articulaires et dans les fractures des petits os.

Pour les fractures récentes de la rotule, par exemple, la radiographie permet de découvrir trois obstacles à la guérison :

1° L'inégalité des deux fragments; le fragment supérieur étant beaucoup plus volumineux que le fragment inférieur, il est évident que les deux ne pourront se coapter qu'au moyen d'une suture;

2° La multiplicité des fragments, à laquelle on ne pourra également remédier que par une intervention sanglante;

3° Le déplacement par rotation d'un des fragments, qui oppose ainsi sa face externe et non pas sa surface fracturée à la surface fracturée de l'autre fragment.

Chaque fois que la radiographie indiquera l'existence d'un de ces obstacles à la consolidation, on pourra immédiatement se convaincre de la nécessité d'une opération destinée à détruire l'obstacle constaté et à réunir les fragments au moyen de fils métalliques.

Les fractures des métatarsiens et des os du tarse étaient presque entièrement inconnues avant la découverte de Röntgen. On prenait les symptômes de ces fractures pour un gonflement inflammatoire du pied ou pour une contusion, et, en les traitant au moyen du massage, on augmentait le déplacement des fragments, alors que la fracture pouvant être maintenant reconnue facilement on l'immobilise complètement au lieu de la mobiliser.

M. Maunoury (de Chartres), *co-rapporteur*. — Pour avoir une connaissance précise de la disposition d'une fracture, il est nécessaire de la radiographier sous deux angles différents. Généralement on la prend de face (plan frontal) et de profil (plan sagittal); mais il n'y a rien d'absolu à cet égard, et chaque fracture peut exiger une position spéciale du tube. Très exceptionnellement une fracture peut ne pas être aperçue, même quand on examine l'os dans différentes directions.

La radiographie a joué un rôle particulièrement important pour l'étude de certaines fractures, parmi lesquelles nous devons signaler :

les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, qui expliquent si souvent les raideurs et les ankyloses attribuées à une péri-arthrite; les fractures de l'extrémité inférieure du radius, qui s'accompagnent fréquemment de lésions du carpe; les fractures de jambe, notamment celles qui intéressent l'articulation tibio-tarsienne, et pour lesquelles la radiographie est seule capable de nous renseigner exactement sur les rapports de l'astragale avec la mortaise tibio-péronière, élément capital dans le pronostic et le traitement de ces fractures; les fractures de l'astragale, qui étaient, il y a quelques années, considérées à tort comme très rares; enfin les fractures des métatarsiens, qui constituent la lésion anatomique d'une affection bien connue des médecins militaires, mais sur la pathogénie de laquelle on discutait depuis longtemps sans en soupçonner la véritable nature.

La formation du cal est très intéressante à étudier avec la radiographie. La première période échappe, mais au bout d'une douzaine de jours on voit apparaître à l'extrémité des fragments un léger nuage qui devient de plus en plus foncé. Si les fragments sont bien coaptés, le cal forme au niveau du trait de fracture une masse globuleuse diffuse qui peu à peu se transforme en gaine fusiforme bien limitée faisant corps avec le tissu compact. S'il existe un léger chevauchement, le dépôt nuageux ferme sur chaque fragment le canal médullaire et constitue une couche épaisse au niveau du contact latéral des fragments. Si le chevauchement est très étendu, ce cal interfragmentaire latéral ne s'étendra pas sur toute la hauteur de la ligne de contact, mais ne se produira qu'au niveau d'une des extrémités fracturées qui semblera prendre une part prépondérante dans le travail de consolidation osseuse.

La radiographie nous fait apercevoir sur le vivant toutes les variétés de cal étudiées par l'anatomie pathologique et nous montre comment certains cals peuvent donner l'illusion d'une coaptation parfaite de deux fragments pourtant fort mal réduits. Elle nous permet de constater que chez l'enfant le travail de consolidation osseuse, au lieu de se limiter, comme chez l'adulte, au voisinage immédiat du trait de fracture, s'étend fort loin sur les fragments. Enfin elle nous donne des indications plus précises sur l'architecture intime du cal.

La radiographie n'est pas moins utile dans le traitement que pour le diagnostic. Grâce à elle, on réduit mieux les fractures, et l'on voit jusqu'à quel point cette réduction est possible; il est facile de surveiller la position des fragments et de la rectifier au besoin pendant le travail de consolidation; enfin, quand le blessé peut être considéré comme guéri, nous savons à quoi nous en tenir sur le résultat obtenu. La radiographie a montré que si les appareils sont souvent très efficaces, ils sont loin de toujours donner des résultats anatomiques parfaits; heureusement la perfection de la forme n'est pas indispensable pour que le rétablissement de la fonction soit satisfaisant. La radiographie nous dit encore dans quels cas il y a lieu de pratiquer la suture osseuse. C'est surtout dans les fractures communiquant avec une articulation que son intervention est précieuse; nous signalerons à ce point de vue les fractures du coude et celles du cou-de-pied.

Les luxations ont moins bénéficié que les fractures de la découverte de Röntgen. Cependant on a pu, grâce à la radiographie, diagnostiquer un certain nombre de luxations méconnues. Malheureusement, cette méthode d'exploration ne nous donne aucun renseignement sur les causes les plus fréquentes d'irréductibilité, qui résident surtout dans les parties molles.

Dans les luxations anciennes, elle nous montre les productions osseuses de nouvelle formation qui s'opposent à la réduction.

Enfin, elle a permis de mieux étudier et de mieux traiter les luxations congénitales de la hanche. Elle donne également des renseignements intéressants sur les luxations survenues dans la coxalgie.

M. Tuffier (de Paris). — Les études que je poursuis depuis dix-huit mois sur la réduction des fractures, avec le contrôle de la radiographie, portent actuellement sur plus de 200 cas. Elles m'ont démontré que nos appareils réduisent incomplètement les fractures; ils ont une action sur la *direction* des deux fragments, mais ils n'en ont aucune sur la *coaptation* exacte de ces fragments, celle-ci n'étant d'ailleurs pas indispensable au bon fonctionnement du membre.

J'ai étudié les résultats de la suture des fragments diaphysaires après ouverture du foyer de la fracture, et, dans mes interventions, j'ai pu facilement me rendre compte des désordres qui s'opposent à la réduction : esquilles, interpositions fibreuses ou musculaires, implantation de fragments dans les masses musculaires.

Pour les fractures épiphysaires, je crois que, au moins pour le coude et le genou, l'avenir appartient à la suture osseuse, la réduction de ces fractures et leur maintien par les appareils étant à peu près impossibles.

M. Thiéry (de Paris). — Bien qu'un cal vicieux puisse ne pas entraver la fonction du membre, dans un grand nombre de cas il n'en est pas moins désirable d'obtenir la consolidation des fractures avec une rectitude aussi parfaite que possible. Pour cela, je pense que rien n'est plus sûr que la suture osseuse, qui seule peut permettre de rétablir la continuité d'une diaphyse fracturée, à la cuisse et à la jambe notamment.

M. Destot (de Lyon). — Indépendamment des fractures des métatarsiens, du scaphoïde, de l'astragale, la radiographie a permis de reconnaître un grand nombre d'autres fractures méconnues auparavant, par exemple certaines fractures partielles du calcanéum, les fractures isolées des condyles tibiaux par pénétration de la diaphyse dans l'apophyse, les fractures de Dupuytren avec troisième fragment tibial antérieur ou postérieur, certaines fractures du fémur chez le nourrisson, les fractures du bassin portant sur le cotyle, enfin, au membre supérieur, les fractures fréquentes de l'extrémité postérieure des métacarpiens. On peut dire qu'aujourd'hui le diagnostic, le pronostic et le traitement des fractures ont pour substratum obligatoire l'examen radiographique.

M. Ollier (de Lyon) déclare avoir appliqué la radiographie à l'étude de la structure des néarthroses consécutives aux résections sous-périostées, et avoir pu suivre ainsi d'une façon très précise l'évolution du processus réparateur.

De l'anesthésie par les injections de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire.

M. Severeanu (de Bucharest). — J'ai obtenu environ 70 fois l'anesthésie chirurgicale par injection de chlorhydrate de cocaïne dans le canal vertébral; cette méthode m'a paru présenter un certain nombre d'inconvénients que je tiens à signaler. La quantité de cocaïne que j'ai employée a varié de 0 gr. 01 centigramme à 0 gr. 04 centigr. Dans tous les cas, j'ai observé une faiblesse générale se prolongeant pendant un ou deux jours, et parfois très inquiétante; les vomissements se sont montrés très fréquents, ainsi que la céphalalgie, en général intense. Indépendamment des dangers de l'emploi de la cocaïne, je trouve à ce procédé d'anesthésie un inconvénient sérieux, celui de faire assister le patient à son opération.

M. Tuffier. — J'ai pratiqué actuellement 125 opérations, dont 58 laparotomies, après anesthésie cocaïnique par la méthode de Bier. Les accidents qui surviennent à la suite de l'injection sont des nausées, pouvant aller jusqu'au vomissement lorsqu'on a injecté une dose trop forte, de la pâleur de la face, de l'anxiété respiratoire, une augmentation de la fréquence du pouls. Dans la journée qui suit l'anesthésie, il peut se produire aussi quelques vomissements, et on observe pour ainsi dire constamment une céphalalgie plus ou moins violente, qui dure de quinze à vingt-quatre heures (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 168).

Sur mes 125 opérés, 5 sont morts, dont 4 sans qu'on puisse incriminer en aucune façon la méthode d'anesthésie; le dernier avait succombé le jour même de l'opération; or, l'autopsie montra l'existence d'une lésion cardiaque compliquée d'accidents pulmonaires, et je ne pense pas qu'on puisse dans ce cas accuser l'injection de cocaïne d'avoir déterminé la mort.

M. V. Nicoletti (de Naples). — J'ai pu constater par de nombreuses expériences sur le lapin et le chien qu'il n'existe aucune lésion histo-pathologique du système nerveux, à la suite des injections de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire. Cette absence de lésions permet d'admettre que la propriété anesthésique de la cocaïne résulte uniquement de son action sur le système vasculaire de la moelle. J'ai pu, d'ailleurs, déterminer des effets anesthésiques chez les animaux en injectant dans l'arachnoïde lombaire, non plus de la cocaïne, mais de l'ergotine, de l'antipyrine, de la quinine.

M. Racoviceanu-Pitesci (de Bucharest). — J'ai opéré, comme M. Tuffier, 125 malades après anesthésie par la méthode de Bier, en employant des doses qui ont varié de 0 gr. 01 à 0 gr. 04 centigrammes. Dans 80 cas, j'ai constaté des accidents d'intoxication légère, qui ont persisté quelquefois quatre et cinq jours. Chez 3 sujets, j'ai observé des accidents graves, ayant nécessité la respiration artificielle et les injections sous-cutanées d'éther. Enfin je dois dire que j'ai eu connaissance de 2 cas de mort survenus en Roumanie à la suite de l'anesthésie cocaïnique par voie lombaire. Je ne pense donc pas que ce procédé soit appelé à remplacer l'anesthésie chloroformique.

Pathogénie et traitement des abcès du foie.

M. Giordano (de Venise). — Depuis 1884, je n'ai pas opéré moins de 72 abcès du foie. Il ne s'agit donc pas là d'une affection purement exotique. La plupart de mes malades étaient des alcooliques, et je crois que les cirrhoses déterminées par l'alcool prédisposent aux suppurations hépatiques.

Pour accéder au foie, il faut ouvrir largement le péritoine sans intéresser le cul-de-sac costo-diaphragmatique; le foie étant mis à découvert, on l'isole soigneusement du reste de la cavité péritonéale à l'aide de compresses stérilisées; il ne reste plus qu'à inciser l'abcès et à le drainer, sans faire de lavages.

Sur mes 72 interventions, j'ai eu 42 guérisons et 30 morts, survenues pour la plupart à la suite d'opérations trop tardives.

M. Adamidi (du Caire). — L'alcoolisme joue évidemment un rôle prédisposant dans la production des abcès hépatiques, mais la cause déterminante de ces abcès est une angiocholite ascendante d'origine intestinale.

On a cité un certain nombre de faits de guérisons spontanées à la suite de l'ouverture des abcès du foie dans les bronches; mais, en revanche, combien de morts ont été causées par ce mode de terminaison! Le seul traitement des abcès hépatiques consiste dans l'ouverture large et précoce par le procédé lent, qui certainement donne de meilleurs résultats que le procédé rapide. Lorsque l'abcès siège très haut, il suffit de faire une résection costale pour pouvoir l'aborder facilement.

M. Hache (de Beyrouth). — Je crois que l'on finira par abandonner complètement la méthode de Little, si séduisante pourtant; il est rare, en effet, qu'il y ait des adhérences suffisamment résistantes pour protéger la grande cavité péritonéale, et l'on ne peut en aucune façon prévoir l'existence ou l'absence de ces adhérences. Je puis, pour ma part, vous citer deux cas de mort par péritonite nettement consécutive à l'ouverture rapide par la méthode de Little.

Le meilleur moyen d'éviter l'infection du péritoine est la suture préventive du foie à la paroi abdominale, ainsi que cela résulte de la dernière discussion à la Société de chirurgie de Paris sur le traitement des abcès du foie.

Lithiase biliaire prise pour une appendicite; cholécystotomie transhépatique.

M. Reynès (de Marseille). — J'ai observé avec M. Villeneuve une femme de soixante ans atteinte de lithiase biliaire et chez laquelle il existait une douleur vive à la pression, très exactement localisée au point de McBurney. Nous crûmes à une appendicite; or, la laparotomie montra une vésicule biliaire remplie de calculs et tout à fait inaccessible à cause d'adhérences nombreuses; je dus, pour l'ouvrir, inciser 2 ou 3 centimètres de tissu hépatique et faire ainsi une cholécystotomie transhépatique; la malade a succombé un mois après l'opération.

Résultats immédiats et éloignés de la cholécystectomie.

M. Michaux. — J'ai fait 45 opérations sur les voies biliaires, dont 32 cholécystectomies avec 4 morts et 28 guérisons; je n'ai observé aucune complication sérieuse, en dehors d'un réflexe cardiaque qui est survenu chez 3 ou 4 malades et qui m'a même inquiété dans 2 cas.

Après la cholécystectomie, les écoulements de bile sont généralement beaucoup moins abondants qu'après la cholécystostomie. Deux ou trois fois seulement, j'ai vu quelques petits calculs être éliminés dans les jours qui ont suivi l'opération.

Les résultats de la cholécystectomie sont des plus satisfaisants, soit qu'on les considère immédiatement après l'intervention, soit qu'on les recherche au bout de plusieurs années. Tous mes opérés, en effet, ont été revus longtemps après l'intervention et j'ai pu m'assurer de leur parfait état.

Le cancer de la joue.

M. Morestin (de Paris). — J'ai eu l'occasion d'observer 12 malades atteints de cancer primitif de la joue. Sur ces 12 malades, il y avait une femme et 11 hommes, dont 10 fumeurs; le onzième ne fumait pas, mais il avait l'habitude de chiquer. Tous avaient des dents déplorables, quelques-uns présentaient des plaques leucoplasiques au voisinage immédiat de la tumeur, ou sur la joue de l'autre côté.

10 fois sur 12, c'est au voisinage immédiat du cul-de-sac gingivo-génien inférieur que le néoplasme a pris naissance, remontant ensuite d'une part à la face interne de la joue, et envahissant d'autre part la muqueuse de la portion alvéolaire du maxillaire. Les ganglions sont engorgés d'une façon précoce; ils se fusionnent entre eux et avec la glande sous-maxillaire, adhérant aussi de bonne heure à la mâchoire. Quant au cul-de-sac gingivo-génien supérieur, il est respecté, et même au-dessous de lui on trouve encore une bande de muqueuse saine. De même, le plancher de la bouche demeure en général intact pendant assez longtemps.

Le pronostic du cancer de la joue est toujours très grave. Son évolution se fait en quelques mois, et de bonne heure il échappe au traitement chirurgical. Dans les cas où il y a lieu d'intervenir, on sera conduit le plus souvent à enlever en bloc la tumeur génienne, la masse ganglionnaire sous-maxillaire et la partie correspondante du maxillaire.

Sur mes 12 malades, 7 étaient inopérables; j'ai opéré les 5 autres, et l'un d'eux, qui était absolument cachectique, est mort le jour même de l'opération. Les 4 autres ont très bien supporté l'intervention; 3 ont eu une récidive et ont succombé au bout de trois à huit mois; le quatrième n'a pas été revu.

La chirurgie du cancer.

M. Faure (de Paris). — Le cancer est une maladie locale, qui peut guérir par une opération locale; mais il faut pour cela faire une ablation large, car le cancer ne récidive pas, il continue. J'ai opéré 93 malades atteints de tumeurs malignes de tout siège et de toute gravité, avec 20 % de guérisons datant de plus d'un an; 18 patients, en effet, ont été opérés sans récidive depuis un laps de temps variant entre douze et quarante-sept mois; sur ces 18 sujets, 2, qui étaient atteints d'épithélioma fort grave du maxillaire supérieur et du plancher de la bouche, sont morts au bout de vingt-cinq et quarante mois d'une maladie intercurrente, sans récidive.

Je sais bien que la durée de la survie de mes opérés n'est pas encore assez longue pour qu'on puisse parler de guérison définitive; cependant je n'ai jamais vu, au moins pour les cancers externes, la récidive survenir après un an de guérison apparente.

Trépanation pour traumatismes anciens de la région crânienne.

M. Péraire (de Paris). — J'ai eu l'occasion de pratiquer la trépanation dans deux cas de traumatismes anciens de la région crânienne. Dans le premier cas, il s'agissait d'un traumatisme datant de sept ans, et le malade présentait des troubles encéphaliques; la trépanation me permit de découvrir un abcès du cerveau, dont l'ouverture et le drainage furent rapidement suivis de guérison. Dans le second cas, les accidents cérébraux étaient déterminés par une balle de revolver, logée dans le crâne depuis douze ans. Guidé par la radiographie, j'ai pu extraire le projectile par la trépanation; aussitôt après, tous les accidents ont disparu.

Dr MAURICE CAZIN,
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE

Etiologie et nature des septicémies puerpérales.

M. Doléris (de Paris), *rapporteur*. — Depuis Pasteur, nous avons connaissance de la nature microbienne des septicémies puerpérales. Relativement à leur nature, les agents à incriminer sont les uns aérobies, les autres anaérobies. Parmi les premiers, il convient de signaler le streptocoque pyogène, le staphylocoque doré, le gonocoque et le colibacille.

A la seconde catégorie appartiennent le bacille septique ordinaire, le bacille putride et d'autres espèces moins bien déterminées.

Actuellement, on doit admettre, en outre, que certains saprophytes anaérobies peuvent agir comme de véritables pathogènes, en particulier dans la rétention placentaire.

L'association d'espèces diverses paraît concourir plus sûrement à l'infection.

Quant à la question de l'auto et de l'hétéroinfection, elle est encore discutée, mais je suis disposé à admettre que les microbes pathogènes, préexistant dans les voies génitales, peuvent subir une reviviscence après l'accouchement et généraliser l'infection sans nouvel apport de microbes pathogènes extérieurs.

MM. Menge et **Krönig** (de Leipzig), *co-rapporteurs*, pensent que les bactéries pathogènes, susceptibles de produire la fièvre puerpérale, sont le streptocoque pyogène, le staphylocoque doré, le gonocoque, le colibacille, le bacille de la diphtérie, le diplocoque de la pneumonie et, en outre, certains germes anaérobies.

Tout en faisant quelques réserves, ils ne sont guère partisans de l'infection autogène. Par contre, l'infection puerpérale hétérogène a, pour eux, la plus grande importance. Ce n'est probablement pas l'air qui intervient dans l'éclosion de cette infection, mais (quand les instruments obstétricaux ont été dûment stérilisés) les mains des personnes qui dirigent l'accouchement.

Abstraction faite des prédispositions générales aux infections, une prédisposition locale est réalisée par une hémostase insuffisante et par des lésions étendues des voies génitales.

L'expansion et la généralisation de l'infection se produisent ordinairement quand l'endométrium et la plaie placentaire sont infectés, et la propagation des microbes infectieux se fait également par la voie lymphatique et par la voie sanguine.

Le streptocoque a tendance à dépasser le foyer primitif; cependant, des infections streptococciques se limitent fréquemment à l'endométrium et guérissent seules.

M. Pestalozza (de Florence), *co-rapporteur*, admet principalement l'infection par le streptocoque; il pense qu'en cas d'infection il faut d'abord bien en rechercher le point de départ (périnée, vulve, vagin, col ou matrice). Pour éviter l'infection, il faut avant tout faire une asepsie parfaite, puis avoir soin de suturer immédiatement toute plaie génitale, ne laisser aucun lambeau membraneux, débris placentaire ou caillot sanguin dans la cavité de l'utérus, s'abstenir soigneusement d'injections vaginales ou utérines avant et après l'accouchement.

M. Veit (de Leyde) estime que divers microorganismes, insuffisamment déterminés jusqu'à présent, concourent à la production de l'infection puerpérale. Mais il pense que l'auto-infection n'existe guère et que les muqueuses génitales se défendent elles-mêmes contre ces microbes *in situ*. L'infection doit presque toujours être attribuée à quelque faute opératoire.

M. Simpson (d'Edimbourg) n'est pas entièrement de cet avis et croit que la fatigue d'un accouchement prolongé, les traumatismes locaux, la quantité de sang perdu ont une certaine action, sans qu'on puisse contester, bien entendu, le rôle beaucoup plus considérable de l'apport de produits septiques.

M. Döderlein (de Tubingue) est convaincu que l'unique facteur des infections est hétérogène; aussi a-t-il soin de mettre des gants préservateurs dans toutes ses interventions obstétricales; c'est à cette précaution qu'il attribue la notable diminution des cas d'infection dans sa pratique.

M. Hofmeier (de Wurtzbourg) est encore partisan des anciennes manières de faire. Il fait remarquer, d'ailleurs, que MM. Menge et Krönig ont plusieurs fois changé d'opinion. Pour sa part, il considère que les saprophytes du vagin peuvent devenir nocifs, et qu'il n'est pas inutile de procéder à une désinfection préalable de cette cavité.

M. Menge répond que, pas plus que M. Krönig, il n'a changé d'avis depuis qu'il a acquis la conviction que le point de départ de l'infection est toujours hétérogène et que dès lors il est inutile et même nuisible de recourir à des lavages du vagin.

M. Brindeau (de Paris). — Dans 8 cas d'infection s'accompagnant de fétidité lochiale nous avons, avec M. Macé, recherché la nature des microbes. Nous avons reconnu un grand nombre d'espèces différentes : streptocoque et colibacille, streptocoque anaérobie, streptococcus tenuis, staphylocoque blanc, bacille ressemblant au vibrion septique, et plusieurs autres bacilles non décrits. Nous pensons, en résumé, que la putréfaction des lochies n'est pas due à un microbe spécifique et que de nombreux microorganismes aérobies et anaérobies peuvent la produire.

M. Doyen (de Paris). — La fièvre puerpérale est presque toujours due au streptocoque pyogène, identifiable au streptocoque de l'érysipèle. Les cas les plus graves d'infection puerpérale sont ceux où le streptocoque existe seul dans la cavité utérine. Dans ces conditions, l'écoulement utérin n'a pas d'odeur.

M. Pinard (de Paris). — J'admets que le plus souvent c'est le streptocoque pyogène qui détermine l'infection; mais il faut se garder d'être trop absolu et de prétendre que c'est toujours à ce microbe que nous avons affaire. Il serait facile de se défendre si l'on connaissait bien le seul ennemi qu'on ait; le sérum antistreptococcique, qui réussit merveilleusement quelquefois, n'échouerait jamais. Or, comme son action est douteuse dans certaines formes d'infection puerpérale, il faut admettre qu'il intervient diverses espèces microbiennes.

M. Doyen. — La preuve par le sérum antistreptococcique n'est pas concluante, car l'efficacité de ce sérum est insuffisante. Je l'ai essayé sans grand succès dans maints cas d'infection chirurgicale à streptocoques. Il a réussi à M. Marmorek contre les microbes cultivés par cet auteur et paraît donner de bons résultats chez les animaux; mais il ne se comporte pas toujours de même chez l'homme. De ce qu'il échoue chez des infectées après couches, il n'en faut pas déduire qu'il s'agit d'une infection non streptococcique.

M. Valenzuela (de Mexico) estime que la cause la plus ordinaire de l'infection puerpérale est l'abandon dans l'utérus de résidus placentaires ou membraneux, et que la pratique la meilleure serait l'exploration et le grattage digital après toute délivrance.

M. Draghiescu (de Bucharest) croit à la nécessité du traitement local immédiat de l'infection. Dès les premières manifestations, il fait une irrigation intra-utérine prolongée, puis tamponne avec de la gaze iodoformée imbibée de solution phéniquée à 5 ou 10 %. Ses résultats sont les suivants : en 1896, 0.12 % de mortalité; en 1897, 0.20 %; en 1898, 0.05 %; en 1899, 0.13 %.

M. Pecker (de Maule). — Chez les femmes infectées, je me suis toujours bien trouvé des injections hypodermiques de sérum artificiel qui, d'abord, relèvent la résistance de l'organisme, puis stimulent la contraction des fibres musculaires et favorisent l'expulsion des matières septiques contenues dans l'utérus.

M. Cortejarena (de Madrid). — On a décrit sous bien des noms la fièvre puerpérale. Maintenant, nous savons que c'est une affection microbienne, mais il y a encore des cas dont l'explication est des plus difficiles.

Dr L. TISSIER,
Accoucheur des hôpitaux de Paris.

SECTION DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

L'origine parasitaire des eczémas.

M. Brocq (de Paris), *rapporteur*. — Avant d'aborder l'étude du problème étiologique des eczémas, et particulièrement du rôle des microbes dans la genèse de ces dermatoses, il importerait de nous entendre sur la signification du mot eczéma. Malheureusement, l'accord est loin d'être fait sur ce point, et sa discussion nous entraînerait trop loin. Nous nous contenterons de dire qu'à notre avis l'eczéma est une affection caractérisée par un érythème tendant

à la desquamation, et surtout par la formation de vésicules tantôt très développées, tantôt réduites à une simple modification histologique de l'épiderme.

M. Unna, le premier, a considéré dès 1890 les eczémas comme des affections parasitaires, et ses recherches l'avaient conduit, à cette époque, à admettre comme agent pathogène de ces dermatoses un staphylocoque spécial qu'il avait nommé *morococcus*, à cause de sa disposition en amas mûriformes dans l'épaisseur de l'épiderme atteint.

Mais, tout récemment, notre confrère a été amené à modifier ses conclusions premières; à l'heure actuelle, il estime que la forme morocoque est non pas une espèce botanique distincte, mais un simple mode de groupement commun à plusieurs microorganismes. Par contre, ses derniers travaux lui ont permis d'isoler, dans les produits eczémateux, cinq groupes de cocci répartis en 23 variétés; les trois premiers de ces groupes — ceux des monocoques, des diplocoques et des tétrades — appartiendraient au genre staphylocoque, tandis que les deux derniers — ceux des octades et des hexadécades — seraient des sarcines. D'ailleurs, ces 23 variétés bactériologiques seraient loin d'avoir la même valeur au point de vue pathogénique; 12, en effet, seraient purement saprophytes; les 11 autres auraient fourni des inoculations positives soit chez le chien, soit chez l'homme, mais 2 d'entre elles seulement auraient reproduit les lésions caractéristiques de l'eczéma.

En effet, leur inoculation à l'homme provoquerait régulièrement, au bout de deux jours, l'apparition de papules et de vésicules à contenu clair, ayant les dimensions, la forme et l'aspect des vésicules eczémateuses spontanées; cette éruption s'accompagnerait de démangeaisons survenant par accès; la dessiccation de ces éléments donnerait lieu à des squames qui ne deviendraient jamais verdâtres ni purulentes; dans aucun cas, l'exanthème papulo-vésiculeux ainsi produit ne se serait transformé en impétigo purulent, en folliculites profondes ni en furoncles; enfin, plusieurs fois, on aurait vu apparaître, en outre de ces lésions, au voisinage mais en dehors du point d'inoculation, de nouvelles papules et vésicules très prurigineuses, représentant une propagation de l'eczéma expérimental tout à fait analogue à celle que manifeste l'eczéma spontané.

Je dois ajouter que ces résultats si intéressants n'ont pas entraîné la conviction générale, et que, bien au contraire, la plupart des expérimentateurs qui ont repris les recherches de M. Unna sont arrivés à des résultats diamétralement opposés. Je citerai notamment MM. Török, Jadassohn, Veillon, etc., pour qui, comme pour moi, la vésicule jeune de l'eczéma aurait toujours un contenu amicrobien. Les expériences que j'ai faites avec M. Veillon sont particulièrement démonstratives à cet égard : un placard d'eczéma typique, en pleine évolution, est soigneusement désinfecté par des lavages successifs à l'éther, à l'alcool, au sublimé, à l'alcool et à l'éther, puis recouvert d'une couche protectrice de colle gélatinée à l'oxyde de zinc; quand nous retirons ce pansement au bout d'un certain temps, il nous est facile de nous assurer que le placard est resté parfaitement aseptique; en outre, nous avons inoculé sur une région où siégeait un eczéma presque guéri, après l'avoir soigneusement désinfectée, des produits provenant d'autres placards eczémateux du même sujet, et nous avons recouvert le tout de colle à l'oxyde de zinc; or, dans ces conditions, il se produisit au point d'inoculation de toutes petites pustules miliaires n'ayant rien d'eczémateux, et la marche régressive des lésions préexistantes ne fut nullement entravée.

Enfin, les microbes très nombreux que nous avons isolés des plaques anciennes d'eczéma ne nous ont paru présenter aucun caractère spécial permettant d'en faire une espèce distincte; le staphylocoque doré est de beaucoup le plus abondant et le plus constant de ces microorganismes; on trouve aussi, quoique en plus petite quantité, un streptocoque et le staphylocoque blanc.

Aussi pouvons-nous apporter ici, comme conclusions fermes, les quelques propositions suivantes :

1° L'eczéma est caractérisé par une lésion primitivement amicrobienne;

2° La vésicule eczémateuse est rapidement envahie par des microbes banaux, ne jouant aucun rôle dans l'apparition de la maladie;

3° Ces microorganismes sont, au contraire, la cause efficiente des complications qui atteignent les eczémateux (pyodermites, etc.).

M. Kaposi (de Vienne). — Je ne saurais trop m'élever contre la théorie de l'origine parasitaire de l'eczéma, soutenue par M. Unna.

Hebra, le premier, parla d'eczéma parasitaire; mais l'espèce nosographique à laquelle il appliquait cette dénomination n'était autre que l'*eczema marginata*, affection qui n'a rien à voir avec l'eczéma légitime.

Quant à l'eczéma séborrhéique, je ne saurais non plus souscrire à l'opinion de M. Unna qui en fait une espèce distincte; il y a longtemps, en effet, que l'on connaît ces cas d'eczéma, d'ailleurs typique, auxquels l'intervention d'un élément séborrhéique donne une physionomie un peu spéciale.

Enfin, il est un argument qui, à mon sens, suffit à démontrer l'inanité de la théorie parasitaire de l'eczéma : c'est la production artificielle de lésions eczémateuses sous l'influence des irritations expérimentales les plus diverses, et cela sans l'intervention d'aucun élément microbien.

M. Unna (de Hambourg). — Je n'ajouterai rien à l'exposé que vous a fait tantôt M. Brocq de la théorie à laquelle j'ai été amené par une série continue de recherches. Le grand nombre d'espèces microbiennes que je rends responsable de l'eczéma peut paraître surprenant; en réalité, il faut avouer que les affections décrites sous le nom d'eczéma sont aussi des plus diverses, et je suis persuadé que l'avenir nous amènera à isoler de ce groupe obscur toute une série d'espèces morbides ayant chacune son agent pathogène.

On m'objecte aussi que les variétés microbiennes que je décris ne diffèrent du staphylocoque banal que par des caractères assez subtils; mais il faut seulement incriminer l'imperfection de nos moyens de recherches, car il paraît bien difficile d'attribuer à un seul agent pathogène, le staphylocoque doré en l'espèce, des dermatoses non suppurées, comme l'eczéma et l'impétigo, et des lésions purulentes de la peau (furoncles, folliculites, etc.) Aucun bactériologiste ne saurait distinguer sous le microscope le bacille de Koch d'avec celui de Hansen; cependant, il ne viendrait à l'esprit de personne d'en conclure que ces deux microorganismes sont identiques, et que l'on doit considérer la lèpre et la tuberculose comme une seule entité morbide.

M. Jadassohn (de Berne). — Je me rattache à peu près absolument à l'opinion de M. Brocq. Pour moi, il n'est pas douteux qu'il existe, dans le grand groupe des eczémas, des efflorescences dans lesquelles il est impossible de découvrir de microorganismes auxquels on puisse attribuer un rôle pathogénique quelconque. Pour ces formes, nous devons admettre comme facteurs des prédispositions locales et générales sur la nature desquelles nous sommes encore mal fixés.

Mais dans ces processus, comme dans la plupart des dermatoses, on peut voir survenir une invasion de microorganismes banaux qui, suivant leur virulence et l'état du terrain, déterminent les lésions cutanées les plus variables, depuis une irritation minime jusqu'à l'impétigénisation forte, depuis l'érythème passager jusqu'à l'eczéma grave et chronique.

M. Galloway (de Londres). — Mes recherches personnelles sur la bactériologie de l'eczéma m'ont amené à la conclusion que les cocci à cultures blanches que l'on peut isoler dans les placards eczémateux jeunes — et le morocoque d'Unna est du nombre — ne sauraient être différenciés nettement du staphylococcus pyogenes albus. Plus tard, les lésions sont envahies par des microbes variés, parmi lesquels le staphylocoque doré me paraît prédominer.

Sans nier le rôle important que jouent ces infections secondaires dans l'évolution de l'eczéma, notamment au point de vue de sa gravité et de sa chronicité, je crois qu'il existe deux facteurs prépondérants pour le développement des lésions eczémateuses : ce sont, d'une part, la prédisposition locale, réalisée souvent par un état séborrhéique de la peau, et, d'autre part, certaines conditions de métabolisme imparfait, liées le plus ordinairement à des troubles digestifs.

M. Audry (de Toulouse). — Les dermatoses que l'on réunit sous le nom d'eczéma forment un groupe hétéroclite composé d'affections absolument distinctes. A mon avis, il y a lieu de restreindre le cadre de l'eczéma tel que l'ont établi les travaux de M. Brocq, et, pour ma part, je ne considère comme eczéma légitime que deux des quatre variétés qu'il admet, à savoir la forme papulo-vésiculeuse et la forme vulgaire amorphe. C'est surtout l'évolution qui doit fournir les caractéristiques de l'affection qui nous occupe; aussi j'estime que toute dermatose que l'on peut guérir n'est pas un eczéma, que toute dermatose qui ne récidive pas n'est pas non plus un eczéma. Et je ne crains pas d'ajouter qu'il faudra séparer de l'eczéma vrai toute affection cutanée dont on démontrera qu'elle est due à une infection externe, le principe morbide de l'eczéma me paraissant arriver à la peau par la voie sanguine.

M. Sabouraud (de Paris). — Au point de vue histologique, l'eczéma a des lésions parfaitement caractérisées; celles-ci débutent dans la couche profonde de l'épiderme, sous forme d'un œdème intercellulaire qui dissocie les éléments cellulaires (*spongiose* de Besnier, *état spongoïde* de Unna); puis cet œdème se collecte pour former une vésicule qui, primitivement, est toujours amicrobienne. L'élément vésiculeux soulève la couche cornée hyperkératosée; il est ensuite expulsé par une néoformation kératosique qui se produit au-dessous de lui; mais, préalablement, la vésicule s'est contaminée par effraction, et à un certain stade de la maladie son contenu renferme en abondance les microbes vulgaires de la peau.

Quant à l'eczéma séborrhéique d'Unna, il diffère de la lésion que je viens de décrire par ce fait que la vésicule, tout à fait superficielle, est primitivement infectée; mes recherches ne m'ont pas permis d'y reconnaître le morocoque d'Unna, mais seulement le vulgaire staphylocoque doré; en tous cas, la différence histobactériologique capitale que je viens de signaler me paraît légitimer son élévation à la dignité d'espèce morbide distincte.

M. Petrini-Galatz (de Bucharest). — Je n'ai jamais pu retrouver de microorganismes dans la vésicule jeune, non plus que dans le sang des eczémateux. Par contre, les croûtes fourmillent de microbes, mais il s'agit là d'agents non spécifiques que l'on retrouve aussi sur la peau de sujets sains.

Pour moi, l'eczéma est une affection diathésique; aussi ce que l'on a appelé eczéma expérimental n'est en réalité, sauf chez les prédisposés, qu'une « eczématisation » de la peau.

M. Neisser (de Breslau). — J'estime qu'il est nécessaire de dissocier le groupe tout artificiel des eczémas; aussi ne puis-je qu'approuver Unna d'avoir élevé au rang d'entité distincte l'eczéma séborrhéique, qui n'a rien de commun avec l'eczéma vrai.

Au point de vue pathogénique, je crois qu'il y a lieu de distinguer un premier stade amicrobien, comme le veulent MM. Brocq et Sabouraud; mais ultérieurement il se produit des infections secondaires, dont le rôle me paraît plus important qu'on ne l'admet généralement.

M. Hallopeau (de Paris). — On ne saurait nier, à mon avis, la nature parasitaire de l'eczéma; à preuve, l'eczéma des blanchisseuses, qui, primitivement localisé aux mains, envahit presque toujours secondairement le visage. En outre, M. Perrin (de Marseille) a fait connaître des cas incontestables de contagion de l'eczéma séborrhéique.

M. Sabouraud. — Je ferai observer à M. Hallopeau qu'il faut distinguer soigneusement l'eczéma vrai, caractérisé par sa vésicule spongieuse amicrobienne, d'avec de très nombreuses formes d'épidermatites eczématiformes microbiennes, parmi lesquelles je citerai l'eczéma des blanchisseuses, la gale des épiciers, l'eczéma séborrhéique, etc.

M. Leredde (de Paris). — Nous nous trouvons en présence de deux groupes de dermatoses absolument distincts : d'une part, il s'agit de dermatoses microbiennes — ce sont les cas qu'envisage M. Unna — d'autre part, de dermatoses toxiques, d'origine interne (telles les formes que vise M. Audry). Il faudrait déterminer auquel de ces deux groupes doit être réservé le nom d'eczéma; pour moi, il n'est pas douteux que c'est au premier qu'il convient le mieux.

Dr F. Farnarier (de Paris).

(*A suivre.*)

TREIZIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL

DES

SCIENCES MÉDICALES

Tenu à Paris du 2 au 9 août 1900.

(Suite. — Voir notre précédent numéro.)

SECTION DE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la lithiase biliaire.

M. Naunyn (de Strasbourg), *rapporteur*. — Nos connaissances touchant la lithiase biliaire se sont complètement modifiées dans ces dix dernières années; en effet, tandis que la notion d'infection dominait entièrement l'étiologie et la pathogénie, la chirurgie réclamait une part dans le traitement de cette affection et son diagnostic tirait parti de la découverte de Röntgen.

Un premier point hors de doute à l'heure actuelle, c'est que les concrétions biliaires sont sécrétées par la vésicule ou les conduits excréteurs de la bile, qu'elles sont des productions locales, en un mot, et témoignent de l'existence d'un catarrhe lithogène, de nature très vraisemblablement infectieuse.

A la vérité, et malgré la reproduction chez les animaux de pierres biliaires à la suite d'infections expérimentales, on n'a pas de preuves décisives de l'origine microbienne de la lithiase. La présence même de microorganismes au sein des concrétions n'est pas absolument démonstrative, car ces microbes ont pu envahir secondairement un calcul préformé. Cependant, la nature infectieuse de la lithiase paraîtra vraisemblable, si l'on tient compte de ce fait que les agents pathogènes ainsi trouvés au sein des calculs sont le colibacille, le streptocoque et le staphylocoque, le bacille typhique, espèces dont l'importance dans le développement des cholécystites et des angiocholites est bien connue, et dont l'injection dans les voies biliaires a reproduit la lithiase chez les animaux.

Il semble d'ailleurs — la clinique et l'expérimentation sont d'accord sur ce point — que les infections légères, parfois même latentes, mais répétées sont celles qui possèdent le plus d'efficacité pour provoquer le catarrhe lithogène que nous admettons comme base de toute lithiase.

A quoi faut-il donc attribuer la virulence toute spéciale que peuvent acquérir secondairement, chez les lithiasiques, les microbes qui causent ces infections? A cette question, la physiologie nous permet de donner une réponse satisfaisante : en effet, la bile normale est stérile, ou à peu près, non qu'elle possède un pouvoir antiseptique considérable, mais parce que la « chasse biliaire » nettoie plusieurs fois par jour les conduits excréteurs de la bile. Mais qu'il existe un obstacle, même incomplet, au cours de ce liquide, immédiatement la bile stagnante, la *bile résiduelle* comme je l'appelle par analogie avec l'urine résiduelle des calculeux, devient un excellent milieu de culture où les germes acquièrent une virulence toute spéciale.

On peut admettre pour la lithiase biliaire une guérison complète, telle que la réalise l'expulsion des calculs par les voies naturelles ou par fistules, et une guérison apparente, qui marque seulement la fin des phénomènes infectieux et le passage de la maladie à l'état latent. La chirurgie peut seule réaliser la première de ces cures, encore que la récidive ne soit pas impossible après l'intervention chirurgicale; aussi celle-ci nous semble-t-elle peu indiquée en dehors de certains cas bien nets, tels que l'empyème ou l'hydropisie de la vésicule.

Quant à la thérapeutique médicale, c'est seulement la guérison apparente qu'elle vise. Et pour l'obtenir elle se propose un double but : mobiliser les calculs contenus dans le cholédoque, le canal cystique ou la vésicule, modifier l'altération infectieuse concomitante des voies biliaires.

Le moyen de remplir la première de ces indications a donné lieu à de nombreuses discussions, car la tunique musculeuse des conduits excréteurs, dont la contraction contribue très efficacement à l'expulsion des concrétions, peut aussi, par son spasme, les enchâtonner; de sorte qu'il y a lieu d'opter entre les excitants (purgatifs, vomitifs, enveloppements froids, électricité) destinés à en augmenter la contraction, et les calmants (opiacés, belladone, chloroforme, chloral, eau chaude *intus et extra*) tendant à faire cesser le spasme. Pour moi, il n'est pas douteux que ce dernier procédé soit le plus logique, et c'est à lui que j'ai recours : donc, ni vomitifs ni purgatifs, mais opium et chaleur.

Il faut aussi dire un mot des *cholagogues;* théoriquement, la production d'une plus grande quantité de bile semble devoir favoriser l'expulsion du calcul; en réalité, ce n'est pas le volume de la bile qui importe, mais sa pression dans les voies biliaires; et si l'on veut bien considérer que cette pression ne dépasse pas, d'après Heidenhain, 300 millimètres d'eau, alors qu'Oggi a montré que le sphincter du cholédoque ne se laisse forcer que par la pression de 700 millimètres d'eau, on comprendra que l'action des cholagogues soit bien faible, sinon tout à fait nulle.

L'*huile d'olive* et l'*oléate de soude*, récemment employés avec succès par nombre de médecins, mais au sujet desquels je n'ai pas d'expérience personnelle, agissent sans doute directement sur la muqueuse intéressée; il en va peut-être de même des *eaux sulfatées sodiques* chaudes.

En ce qui concerne les *eaux alcalines*, dont l'efficacité est depuis si longtemps un article de foi, il ne me paraît pas douteux qu'elles n'exercent aucune espèce d'action dissolvante sur les calculs; quant à leur effet cholagogue, il n'a jamais été clairement démontré et je ne crois pas d'ailleurs, dans le cas où il existerait, qu'il fût utile. Faut-il donc admettre que l'eau minérale chaude détermine une sédation des phénomènes nerveux qui ont pour résultat l'occlusion du sphincter du cholédoque? C'est possible; mais le fait que les eaux alcalines agissent aussi sur des affections hépatiques très différentes de la cholélithiase me pousse à leur attribuer une action particulière sur la circulation du foie qui, sous leur influence, deviendrait particulièrement active et apporterait aux éléments un sang plus abondant et plus riche, leur permettant ainsi une réparation plus facile des lésions préexistantes.

MM. Gilbert et **Fournier** (de Paris), *co-rapporteurs*. — La lithiase biliaire est, dans la généralité des cas, le résultat d'une infection ascendante, colibacillaire le plus souvent, parfois éberthienne, des voies d'excrétion de la bile, infection qui réalise une angiocholécystite catarrhale, superficielle ; les produits de sécrétion et de desquamation de la muqueuse ainsi enflammée fournissent en abondance les matériaux nécessaires à la constitution des calculs, ou du moins de leurs centres primitifs, de leurs noyaux. La lithiase biliaire constitue ainsi le type des lithiases d'origine pariétale, que nous opposons aux lithiases d'origine sécrétoire.

D'ailleurs, la stase biliaire est la condition essentielle de cette infection ascendante ; elle agit encore en retenant dans les voies d'excrétion les calculs jeunes, peu volumineux et mous, et en permettant ainsi leur accroissement.

La guérison spontanée de la lithiase biliaire, par expulsion des concrétions à travers les voies naturelles et *restitutio ad integrum*, est admissible pour certains cas encore récents. L'issue des calculs par des fistules, dont celles qui se forment entre le cholédoque et le duodénum sont les plus favorables, est encore un mode de guérison spontanée définitive. Par contre, l'atrophie et le ratatinement de la vésicule sur les pierres, l'enkystement de celles-ci ne sont que des pseudo-guérisons ne mettant nullement le malade à l'abri de complications fort graves.

Au point de vue thérapeutique, on peut envisager un véritable traitement prophylactique, consistant en l'application de certaines règles hygiéniques (repas réguliers et peu espacés, de façon à reproduire fréquemment la chasse biliaire, port de vêtements laissant libre la région abdominale, exercice physique modéré, afin de prévenir la stase de la bile), auquel devraient s'astreindre tous les sujets prédisposés. Il y aurait lieu de le compléter, au cours de certains états qui favorisent l'infection des voies biliaires (grossesse) et surtout pendant la convalescence de maladies ayant la même influence (fièvre typhoïde, malaria), par tout un ensemble de mesures thérapeutiques concourant au même but, telles que l'administration des alcalins et des cholagogues, le massage de l'abdomen, en particulier de la région de la vésicule, l'usage des grands lavages froids de l'intestin, etc.

C'est en somme encore à ces moyens que nous aurons recours contre la lithiase déclarée, car les différents cholagogues et lithontriptiques qui ont été proposés nous paraissent peu efficaces; cependant, l'usage des eaux alcalines chaudes a fourni des succès incontestables.

Enfin, il est certains cas où l'intervention chirurgicale devient une ressource précieuse, et l'on peut dire qu'elle a rendu beaucoup moins sombre le pronostic des lithiases compliquées. On doit, à notre avis, armer le bras du chirurgien dans les deux éventualités suivantes : 1° quand il survient des signes d'une infection secondaire grave des voies biliaires; 2° lorsque se manifeste la symptomatologie de l'obstruction chronique du cholédoque.

M. Ehrett (de Strasbourg). — J'ai fait avec M. Stolz (de Strasbourg) de nombreuses expériences dans le but de déterminer la teneur de la bile en microorganismes, ainsi que les conditions qui favorisent la pullulation des germes dans les voies biliaires.

Nous nous sommes d'abord assurés qu'à l'état normal la bile, pour n'être que faiblement antiseptique, n'en est pas moins à peu près stérile. En effet, on n'obtient de cultures qu'en ensemençant de grandes quantités de liquide biliaire (4 à 5 c.c. au moins), et encore dans ces conditions ne survient-il guère qu'une dizaine de colonies par centimètre cube de bile ensemencée; il s'agit d'ailleurs de germes dont la virulence est très atténuée.

Après injection dans la vésicule de culture de streptocoque, les voies biliaires se débarrassent très rapidement des microbes ainsi introduits, et au bout de huit jours la bile est aussi aseptique que normalement.

Les résultats sont absolument analogues quand on réalise l'infection par la voie sanguine; les streptocoques disparaissent aussi vite de la bile que du sang, et le retour des voies biliaires à l'état normal se fait en une quinzaine de jours environ.

Par contre, si l'on introduit dans la vésicule des corps étrangers parfaitement aseptiques mais susceptibles d'entraver la contractilité de ce réservoir, la bile devenue stagnante est rapidement envahie par d'innombrables microorganismes, parmi lesquels le colibacille domine. Il n'est pas douteux que cette pullulation des microbes soit due à l'immobilité forcée de la vésicule, à la présence de bile résiduelle.

Ces données me paraissent établir l'importance de la chasse biliaire pour l'intégrité des canaux excréteurs du foie; elles rendent compte de l'infection fréquente des voies biliaires, dans toutes les circonstances où leur perméabilité est compromise par la présence de calculs.

M. Doyen. — L'intervention chirurgicale dans l'infection biliaire est parfois urgente, et il ne saurait y avoir de discussion pour certains cas : il est évident qu'il faut évacuer une vésicule pleine de pus au même titre que n'importe quelle collection purulente.

En dehors de ces indications, certaines éventualités rendent le lithiasique justiciable de la thérapeutique chirurgicale. A mon avis, toutes les fois qu'il existe des signes d'obstruction chronique du cholédoque, on devrait opérer, et opérer rapidement, dans un délai de cinq à six semaines, pour prévenir l'apparition d'une cirrhose qui constituerait, par les troubles de la santé générale qu'elle entraîne, une contre-indication absolue.

Au point de vue de la technique, tout dépend de l'état de la vésicule, qui peut être libre ou adhérente. Dans le premier cas, on peut se borner à la simple évacuation de la vésicule et à l'extirpation des calculs; cependant, j'incline vers la cholécystectomie, depuis que j'ai pu réaliser cette opération par la voie sous-péritonéale, ce qui écarte tout danger d'irruption de la bile dans l'abdomen. Quand, au contraire, la vésicule est adhérente, il faut, si possible, dilacérer les adhérences avec le doigt; mais parfois la vésicule est rétractée à la face inférieure du foie et enfouie au milieu d'une masse énorme d'adhérences inflammatoires; lorsque cette éventualité se présente, je n'hésite pas à faire directement une ponction transhépatique de la vésicule. L'anastomose de la vésicule avec le duodénum ne me paraît indiquée que dans des faits très rares d'obstruction cicatricielle du cholédoque ou de l'ampoule de Vater.

Le régime des albuminuriques.

M. A. Robin (de Paris). — Il est connu que le même régime alimentaire ne convient pas à tous les brightiques, et que notamment l'usage exclusif du lait détermine chez certains d'entre eux une augmentation, au moins passagère, de l'albumine urinaire.

Mais il y a plus; des recherches ayant duré plusieurs années m'ont permis d'établir que le régime lacté exclusif diminue l'albuminurie toujours moins que le régime végétal, parfois même moins que l'usage de la viande seule. Dans tous les cas, l'alimentation lacto-végétale ou lacto-carnée s'est montrée préférable à l'usage exclusif du lait.

Voici maintenant comment je procède pour déterminer le régime qui convient le mieux à chaque malade :

Je commence par donner uniquement du lait, ce qui a pour effet d'augmenter d'abord le taux de l'albumine urinaire; puis celle-ci diminue et se maintient stationnaire; à ce moment, j'ajoute des légumes au régime; il se produit de nouvelles oscillations; j'attends qu'elles aient cessé pour permettre prudemment la viande, tout en continuant à donner du lait et des végétaux. Il m'est ainsi facile de voir lequel des trois régimes, lacté, lacto-végétal, lacto-végéto-carné, détermine l'abaissement le plus marqué de l'élimination d'albumine.

Il importerait aussi d'être fixé sur la valeur propre de chaque aliment, au point de vue de l'albuminurie; les quelques recherches que j'ai faites à ce sujet me permettent de conclure que le pain est sans effet sur le taux de l'albumine; le vin en détermine l'augmentation; parmi les viandes, le bœuf et le veau sont plus recommandables que le mouton ou le poulet; les poissons doivent être proscrits.

Emploi thérapeutique du thymus.

M. Blondel (de Paris). — On admet généralement que la chlorose relève d'une auto-intoxication, dans la production de laquelle l'absence ou du moins l'insuffisance de la sécrétion interne de l'ovaire jouerait un rôle important. De là, l'idée d'administrer des préparations d'ovaire contre cette affection. Or, des recherches antérieures m'ayant montré une analogie fonctionnelle à peu près absolue entre le thymus et les glandes génitales, j'ai été amené à employer, dans le traitement de la chlorose, l'opothérapie thymique au lieu de l'opothérapie ovarienne. Chez 15 malades ainsi traitées, j'ai vu survenir très rapidement, en quelques semaines, une amélioration sensible de l'état général, en même temps que l'appétit et le sommeil revenaient, que le teint se recolorait, que le nombre des hématies remontait notablement et que les palpitations et le souffle jugulaire disparaissaient.

J'ai repris, en outre, les recherches d'Owen sur l'administration du thymus dans la maladie de Basedow; je n'ai traité ainsi que 4 malades, avec des résultats très satisfaisants : en quelques semaines, j'ai vu la circonférence du cou diminuer de plusieurs centimètres, le pouls tomber de 120 ou 130 à 80, le tremblement s'atténuer, etc.

Enfin, chez 10 nourrissons à développement lent et imparfait, qu'il s'agît de nés avant terme ou de débiles congénitaux, l'opothérapie thymique a déterminé une élévation régulière de la courbe de poids, qui jusque-là était stationnaire ou même descendante.

Dans tous les cas, j'ai employé du ris d'agneau, beaucoup moins cher que le ris de veau. En outre, pour éviter le dégoût, j'ai eu l'idée de peptoniser le thymus par digestion artificielle; j'ai administré ainsi à mes malades de 1 à 2 grammes par jour de peptone de thymus; une peptone de viande ordinaire, donnée aux mêmes sujets à doses équivalentes, ne produisait aucun effet appréciable.

Traitement des anévrysmes de l'aorte.

M. Goloubinine (de Moscou). — J'ai appliqué chez 8 malades la méthode de traitement des anévrysmes de l'aorte par les injections de sérum gélatiné, préconisée par MM. Lancereaux et Paulesco. Le nombre des injections a varié, suivant les cas, de deux à quinze.

Sur mes 8 patients, 4 sont morts au bout de peu de temps; j'ai perdu de vue les 4 autres. Dans 3 cas, parmi ces derniers, les injections gélatinées étaient restées sans effet; dans le dernier, elles avaient déterminé une légère amélioration des symptômes subjectifs, mais non des signes objectifs.

En somme, cette méthode ne me paraît pas réaliser les espérances que l'on a fondées sur elle.

M. Huchard (de Paris). — Dans le traitement des anévrysmes de l'aorte, on a le tort de se laisser hypnotiser par les modifications à apporter au contenu du sac anévrysmal, c'est-à-dire au sang, et de ne pas s'occuper du contenant; la méthode des injections gélatinées, d'ailleurs utile mais insuffisante, n'échappe pas à cette critique. Pour compléter son action, surtout chez les sujets à cœur gros, à tension artérielle augmentée — ce sont presque toujours en même temps des brightiques —, il faut s'adresser aux médicaments qui diminuent la tension artérielle : je citerai l'iodure de potassium, la trinitrine, le nitrite d'amyle et surtout le tétranitrate d'érythrol ou tétranitrol que j'emploie depuis déjà assez longtemps et qui présente sur la trinitrine l'avantage d'une action plus durable. En outre, ce qui est essentiel, c'est de surveiller le régime, non au point de vue de la quantité des aliments, comme dans la méthode de Valsalva, mais au point de vue de leur qualité. La viande, qui occupe dans notre alimentation une place beaucoup trop grande, contient en effet des toxines à action vasoconstrictive excessivement puissante. Aussi le meilleur traitement de l'anévrysme de l'aorte est-il encore le régime lacté absolu, régulièrement suivi.

Du cacodylate de fer.

M. P. Lereboullet (de Paris). — La médication cacodylique sous forme de cacodylate de soude n'ayant donné aucun résultat contre la chlorose et les chloro-anémies, nous avons été amenés, M. Gilbert et moi, à employer le cacodylate de fer contre ces affections.

Nous avons injecté sous la peau du cacodylate ferrique, sel très soluble et peu toxique, en solution dosée à 0 gr. 03 centigr. par centimètre cube; nous avons aussi utilisé la voie gastrique, en donnant le médicament sous forme de gouttes à prendre avant les repas. Les doses quotidiennes ont varié de 0 gr. 03 à 0 gr. 10 centigr. par voie hypodermique et de 0 gr. 05 à 0 gr. 30 centigr. par voie digestive. Les deux modes d'administration se sont également montrés dépourvus d'inconvénients; dans aucun cas nous n'avons observé de troubles locaux ni généraux, notamment de complications rénales, si fréquentes après l'injection des autres sels de fer.

Le cacodylate de fer est indiqué dans les affections où il faut lutter à la fois contre la diminution du nombre des globules rouges et contre l'abaissement du taux de l'hémoglobine (chlorose, chloro-anémie, lymphadénie, leucémie). La chloro-anémie tuberculeuse, à condition toutefois que les lésions pulmonaires ne soient pas trop avancées, nous a paru bénéficier d'une façon spéciale de cette médication, que nous n'avons jamais vu provoquer de poussées congestives ou hémoptoïques; l'albuminurie, fréquente chez ces sujets, ne constitue pas une contre-indication; bien au contraire, dans 5 cas les lésions rénales ont subi une amélioration notable à la suite des injections de cacodylate de fer.

Emploi de faibles doses de sulfate de soude contre la constipation et les états dyspeptiques.

M. Manquat (de Nice). — Une faible dose de sulfate de soude (de 4 à 8 grammes), en solution dans un grand verre d'eau à 38° absorbé le matin à jeun, constitue un laxatif dont on peut recommander l'emploi aux constipés ordinaires, ainsi qu'aux sujets qui ont à redouter les conséquences des efforts de défécation (hémorrhoïdaires, apoplectiques, éventrés, etc.). En outre, on peut, par l'usage régulier de la même solution, réaliser une véritable cure hydro-minérale dont j'ai obtenu le meilleur effet chez un certain nombre de dyspeptiques. Dans ce cas, il faut avoir soin de couper chaque mois le traitement par une pause de dix jours.

Dr F. Farnarier (de Paris).

SECTION DE GYNÉCOLOGIE

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus.

M. Dmitri de Ott (de Saint-Pétersbourg), *rapporteur*. — Le traitement chirurgical doit être appliqué à tous les cancers de l'utérus, car il constitue le meilleur moyen de soulager les malades et souvent il donne des guérisons durables dans des cas où il semblait de prime abord devoir rester purement palliatif, à cause de l'imprécision de nos moyens d'investigation.

L'opération par la voie abdominale, qui est très dangereuse, dont les indications ne sont pas suffisamment établies, doit rester une exception : elle permet, il est vrai, l'extirpation des ganglions, mais procède surtout d'une vue théorique que ne justifient pas les faits cliniques.

La voie de choix est la voie vaginale, qui rend possible, grâce au morcellement, l'ablation des néoplasmes les plus étendus.

Même dans les cas de grossesse compliquée de cancer, l'hystérectomie vaginale peut être pratiquée jusqu'au septième mois, après accouchement et délivrance par opération césarienne vaginale.

Quand la grossesse est plus avancée, l'hystérectomie abdominale après opération césarienne est préférable dans l'intérêt de l'enfant. Il vaut mieux, à la suite de cette intervention, ne pas fermer la plaie de l'abdomen et tamponner mollement le petit bassin à la gaze iodoformée. Sauf indications spéciales, les ovaires seront conservés.

Comme résultats immédiats de l'hystérectomie vaginale, sur 1,000 cas empruntés à tous les chirurgiens russes il y a eu 10.3 % de mortalité. Dans ma clinique, la mortalité est réduite à 1.6 % sur une série de 189 cas, y compris les issues mortelles ne dépendant pas directement de l'opération.

Les résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale, d'après la même statistique, sont les suivants : 13 malades sans récidive après cinq ans, 6 après six ans, 3 après sept ans, 1 après huit ans, 3 après neuf ans, 4 après dix ans. En tout, 30 opérées peuvent être considérées comme guéries. Encore la statistique que je relate, bien qu'elle comprenne 1,000 cas, ne porte en réalité que sur 250 malades environ. La moitié des opérées, en effet, n'a pas été suivie, et sur les 500 qui l'ont été, 250 environ sont guéries depuis trop peu de temps pour qu'on puisse en tenir compte. Le pourcentage des cures définitives est donc plus élevé que je ne l'indique. Dans cette statistique intégrale il n'est pas possible, vu l'absence d'indications, de tenir compte du degré des lésions ni de la forme du cancer.

Ma statistique personnelle est plus favorable que la précédente; elle possède, en outre, une valeur documentaire plus effective, étant accompagnée de données précises sur le siège et la forme du mal. Sur mes 189 opérées, je n'examinerai par prudence que celles dont l'intervention remonte à plus de six ans (avril 1894); elles sont au nombre de 62, dont 47 avaient un cancer du col et 15 un cancer du corps. 18 de ces 62 malades vivent encore sans récidive depuis plus de six ans, ce qui donne 29 % de cures radicales (une d'elles vit bien portante depuis plus de quinze ans). Parmi les 44 autres, les unes récidivèrent, les autres ont été perdues de vue.

Sur les 47 patientes atteintes de cancers du col, 11 vivent encore sans récidive, ce qui donne une proportion de 23.4 % de succès.

Sur les 15 cas de cancers du corps, j'en compte 7 encore sans récidive, soit 47 % de succès.

Ainsi le pronostic est beaucoup plus grave pour les cancers du col que pour ceux du corps : on ne guérit pas un quart des premiers, on est presque assuré de guérir la moitié des seconds.

Notre méthode opératoire comporte l'emploi exclusif des ligatures pour l'hémostase; nous n'appliquons les pinces qu'exceptionnellement, dans un but d'enseignement. Avec les ligatures, nous avons environ 2 % d'hémorrhagies secondaires; mais jamais l'hémorrhagie n'a été mortelle. Nous ne fermons pas le vagin et nous tamponnons mollement à la gaze pour assurer le drainage.

En somme, la grave question de la cure radicale du cancer utérin a fait en Russie des progrès considérables; nous nous attacherons à opérer les malades d'une façon plus précoce que nous ne le faisons, et nous espérons élever ainsi le pourcentage de la guérison complète.

M. T. S. Cullen (de Baltimore), *co-rapporteur*, après avoir fait un exposé rapide des principaux perfectionnements graduellement apportés, depuis l'amputation sus-vaginale du col, à la cure du cancer utérin, décrit comme procédé de choix l'opération abdomino-vaginale de Werder (de Pittsburgh) dont l'avantage principal est d'écarter tout danger de greffe cancéreuse.

L'opération comprend deux temps préparatoires (l'ablation de toutes les masses carcinomateuses saillantes et le cathétérisme des uretères avec des sondes à demeure) qui doivent être exécutés de préférence quelques jours avant l'opération principale, et deux temps opératoires principaux.

Le premier temps opératoire principal (abdominal) comprend les opérations suivantes : laparotomie, ligature des ligaments ronds et des utéro-ovariennes, libération de la vessie, ouverture des ligaments larges, dissection et libération des uretères, ligature des utérines, libération du vagin en avant et en arrière, ablation des ganglions, suture du péritoine antérieur, récliné avec la vessie, au péritoine postérieur qui tapisse l'excavation et le rectum (tandis que l'utérus est fortement attiré en bas par une pince vaginale placée sur le col), enfin fermeture de l'abdomen.

Le deuxième temps opératoire principal (vaginal), fait dans la même séance que le précédent, comprend la section au thermocautère d'une collerette de vagin autour du col, l'extirpation en bloc de l'utérus par le vagin, et le tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

Le rapporteur préconise cette opération chez toutes les malades vigoureuses. Chez les femmes affaiblies, il fait l'hystérectomie vaginale.

En cas de cancer du corps, il ne fait pas de résection vaginale.

Pour ce qui concerne l'envahissement ganglionnaire, M. Cullen ne l'a noté que 4 fois sur 89 cas.

Sur 176 cas de cancer utérin observés depuis 1894 au Johns Hopkins Hospital, 103 ont été opérés. Ils se répartissent ainsi : 61 carcinomes pavimenteux du col avec 13 guérisons (21 %) ; 12 adénocarcinomes du col avec 2 guérisons (16 %) ; 30 adénocarcinomes du corps avec 19 guérisons (63 %).

De cette statistique il résulte surtout que le cancer du corps est environ 3 fois moins grave que celui du col.

M. Richelot (de Paris), *co-rapporteur*. — Nous ne savons rien sur la nature intime du cancer ; la théorie parasitaire, si fort en honneur, ne peut pas avancer une observation précise à son appui ; les épidémies le long d'un cours d'eau ou dans un village ne sont pas mieux établies que la nature du parasite. Notre seule certitude est la suivante : le cancer est une prolifération atypique de cellules épithéliales qui pullulent en tous sens hors de leur siège normal ; le motif de cette pullulation anarchique nous échappe, mais nous savons par la clinique qu'elle a lieu de préférence sur le terrain arthritique.

Cette constatation pourrait nous amener à voir dans le cancer un mal constitutionnel qu'une opération ne peut pas supprimer ; c'est l'évidence même, et les récidives à longue échéance viennent nous le prouver ; mais rien ne nous dit non plus que la tumeur totalement enlevée se reproduira fatalement. D'ailleurs, dût-elle fatalement se reproduire que la lenteur d'évolution locale de certains cancers nous engagerait encore à les enlever, car elle nous permet, en supprimant l'organe malade, d'empêcher pour longtemps au moins l'organisme entier de souffrir : tout cancer utérin est, en effet, d'abord local, puis envahissant, et notre effort doit s'employer avant tout à conjurer l'envahissement, non à le poursuivre une fois effectué.

Une telle conception devrait nous déterminer à n'opérer que les cancers strictement limités à l'intérieur de la cavité utérine ; mais l'expérience nous enseigne qu'à côté des cancers envahissants il en est qui gagnent de proche en proche sans se disséminer dans les ganglions et dans l'organisme, ce qui nous permet d'opérer quelques cas dont la limitation n'est pas très stricte.

Ces réserves faites, il convient de ne pas nous leurrer d'un vain espoir quand nous serons tentés d'extirper des ganglions déjà envahis ; la région mammaire, beaucoup mieux disposée que l'abdomen, nous donne la preuve de notre impuissance lorsque nous prétendons supprimer tous les tissus infectés, tous les ganglions atteints. C'est à l'aide de ces notions que je veux juger les deux méthodes rivales : l'abdominale et la vaginale.

L'hystérectomie vaginale rencontre aujourd'hui beaucoup de détracteurs ; on lui en veut en quelque sorte de ne pas guérir tous les cancers et on oublie ses succès. On l'accuse de n'être pas supérieure aux amputations du col, en quoi on se trompe évidemment, car l'amputation sus-vaginale laisse subsister une partie des boyaux épithéliaux qui pénètrent le tissu utérin, tandis que l'hystérectomie vaginale supprime sûrement ce qui est compris dans l'épaisseur de l'organe ; elle prévient certainement la diffusion si celle-ci ne s'est pas effectuée et permet, quand cette diffusion est à son début, de profiter de la lenteur d'évolution de la maladie et de la résistance organique que rencontrent les quelques parcelles de néoplasme qui ont pu arriver aux ganglions. L'hystérectomie vaginale est donc rationnelle ; de plus elle est bénigne. Personnellement, je n'ai que 6 morts sur une centaine d'opérations, et la statistique réunie par Barozzi et par moi prouve que la mortalité moyenne est de 7.8 %. Enfin l'hystérectomie vaginale est efficace : M. Dmitri de Ott a des guérisons datant de quinze, douze, onze, dix ans, M. Bouilly, des guérisons remontant à cinq ans. Pour moi, j'ai au moins deux malades qui sont guéries depuis plus de douze ans ; l'une est morte, sans récidive, d'hémorrhagie cérébrale douze ans et demi après l'opération ; l'autre, toujours bien portante, est opérée depuis treize ans et demi. Plusieurs vivent en bon état depuis onze, dix, neuf, sept ans. 18 % au moins de mes opérées retirent de l'opération un bénéfice plus ou moins durable.

Dans ces cas de survie, on nous dit qu'il ne s'agit pas de cancer ; mais outre que le diagnostic du cancer utérin est facile et ne prête guère à confusion pour un clinicien exercé, l'examen histologique a contrôlé dans de nombreux cas le diagnostic ; d'ailleurs, les récidives très tardives viennent donner une preuve indiscutable de la réalité du cancer, et l'on ne peut guère discuter une observation comme celle de M. Dmitri de Ott dans laquelle l'hystérectomie vaginale fut faite pour une récidive de cancer après amputation du col et fut suivie d'une survie en parfaite santé remontant actuellement à plus de six ans.

La conclusion est que l'hystérectomie vaginale est non seulement logique et bénigne, mais encore parfaitement efficace dans un grand nombre de cas.

L'hystérectomie abdominale a des prétentions plus grandes ; elle prétend non seulement prévenir l'envahissement, mais le poursuivre. Je ne veux pas examiner les cas où, par préoccupation soi-disant scientifique et chirurgicale, on a tenté d'enlever tout un cancer envahissant en fouillant à travers les infiltrats, en poursuivant les ganglions depuis l'utérine jusqu'à l'aorte. Ils n'ont amené que des désastres la plupart du temps, et les quelques malades ayant survécu ne peuvent entrer en ligne de compte, à cause du peu de temps écoulé depuis l'intervention.

Mais certains auteurs envisagent la question autrement ; ils représentent l'hystérectomie abdominale comme l'opération de choix dans les cas limités, parce qu'elle permettrait d'enlever les ganglions toujours envahis.

Cependant, les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur la constance de cet envahissement. Si Jacobs, sur 15 malades, trouve les ganglions envahis 15 fois, Roger Williams ne constate leur dégénérescence que 22 fois sur 78 autopsies. Peiser, d'après les travaux de Pawlick, Russel, Dittrich, Cruveilher, donne la proportion de 50 %.

La longue survie, sinon la guérison, après l'hystérectomie vaginale prouve que cet envahissement est inconstant ; et la première hystérectomie abdominale pour cancer, pratiquée par Freund en 1878 sur une malade qui était encore en parfaite santé en 1893, bien que les ganglions n'eussent été ni trouvés ni enlevés, montre que l'éradication ganglionnaire n'est pas indispensable. Moi-même j'ai deux malades opérées par hystérectomie abdominale sans curage pelvien et dont la survie a l'indiscrétion de se prolonger.

Mais ce n'est pas tout ; quand les ganglions sont pris, la laparotomie permet-elle de les enlever tous ?

Admettons qu'elle le permette, bien que dans une région opératoire comme l'aisselle la chose ne soit pas toujours possible ; il n'y a pas que les ganglions, il y a le parametrium qui est aussi envahi, il y a les traînées invisibles le long des lymphatiques, qui presque fatalement échapperont au chirurgien. Les ganglions ne sont que des relais sur le trajet de l'infection ; à quoi sert-il d'en prélever quelques-uns ?

D'ailleurs, fait-on l'évidement ? Sur les 15 observations de Jacobs, il y en a 6 où on enlève « un petit ganglion », « deux petits ganglions », « des ganglions très petits », « un seul ganglion suspect dont, à l'examen, la dégénérescence n'est pas nette ». On ne fait donc pas d'évidement au sens propre du mot.

Ainsi doivent se borner, à mon sens, les prétentions de l'hystérectomie abdominale. Voyons maintenant sa gravité. Je ne parle pas de l'effrayante mortalité d'autrefois ; je me borne aux relevés d'aujourd'hui : ils accusent une mortalité de 35.5 %, si bien que la voie haute est au moins quatre fois plus dangereuse que la voie basse. Je passerais toutefois condamnation si les faits connus semblaient attribuer à la méthode sus-pubienne une efficacité particulière. Malheureusement, cette supériorité est à démontrer.

Est-ce à dire qu'on ne peut rien tenter, rien espérer ? Ce serait un jugement trop sévère et je veux dire maintenant dans quelle mesure l'opération sus-pubienne me semble acceptable.

Je l'admets dans les cas d'envahissement limité laissant peu d'espoir de succès à l'opération vaginale. Souvent, dans ce cas, le chirurgien est déçu ; il tombe sur un cancer pelvien diffus ; mais il a tenté la chance et il peut rencontrer un cas favorable. J'ai fait 21 opérations dans ces conditions et j'ai eu 8 décès ; très souvent j'ai trouvé des cancers trop étendus et j'ai dépassé malgré moi l'opération limitée dont je parlais tout à l'heure. Cependant deux cas m'ont donné pleine satisfaction. Le premier concerne une femme de soixante-trois ans dont le vagin sénile atrophié s'opposait à l'opération vaginale. L'utérus et un tiers de la paroi du vagin furent réséqués, les ganglions, d'ailleurs introuvables, ne furent pas enlevés. Cette malade est guérie depuis vingt-neuf mois. La seconde patiente, âgée de quarante et un ans, à col détruit et excavé, à culs-de-sac vaginaux envahis, subit également la résection vaginale ; le suintement de la tranche vaginale m'obligea à laisser à demeure 16 pinces sortant par l'abdomen. L'opération date de vingt et un mois ; la malade, sans récidive, a repris de la force et de l'embonpoint ; elle travaille toute la journée.

Dans ces deux faits, l'impossibilité d'utiliser la voie basse m'a amené à choisir la voie haute ; j'emploie aussi cette dernière quand le col est très élevé, effacé, le museau de tanche friable. Elle permet d'agir là où nous étions obligés autrefois d'avouer notre impuissance. Mais, encore une fois, je ne crois pas à la souveraineté de l'opération par l'abdomen.

En résumé, je considère que, par l'hystérectomie vaginale faite en vue de prévenir l'envahissement, on obtient des guérisons qui paraissent définitives ou des survies prolongées ; que l'hystérectomie abdominale est une ressource de plus pour des cas spéciaux, mais qu'elle constitue une imprudence pour les cancers envahissants et une illusion pour les cancers limités.

M. Jonnesco (de Bucharest). — Je n'hésite pas à dire que je suis exclusivement partisan de la voie haute dans le traitement radical du cancer utérin. Ce n'est pas là une opinion *a priori* ; j'ai fait l'hystérectomie vaginale dans 8 cas, j'ai eu 8 succès opératoires, mais toutes mes malades ont récidivé dans un délai de huit mois au maximum ; l'opération par le vagin, tout innocente qu'elle soit, me paraît donc mauvaise.

Aujourd'hui, après cet essai malheureux, j'oppose au cancer utérin deux méthodes opératoires.

La première est purement palliative et s'adresse aux néoplasmes propagés et diffusés. Par une laparotomie qui me permet de me rendre compte de l'étendue des lésions, je pratique la ligature en étages de l'artère utérine, je lie l'hypogastrique d'abord, puis je place une ligature à l'origine de l'utérine et une autre près du col, je lie les utéro-ovariennes et les artères du ligament rond ; je referme le ventre et je pratique

l'ablation et le raclage des masses carcinomateuses. Un tel traitement fait cesser les hémorrhagies et les écoulements, diminue les douleurs et relève l'état général; l'amélioration qui en résulte dure souvent plus d'un an, le danger couru par la malade du fait de l'opération est nul.

La seconde méthode opératoire à laquelle j'ai recours s'applique aux cancers limités non envahissants. Je fais l'hystérectomie abdominale totale avec ablation de la partie supérieure du vagin et évidement complet du petit et du grand bassin.

J'ai pratiqué 12 fois cette opération et j'ai eu 6 morts opératoires, c'est-à-dire 50 %; c'est une mortalité énorme, mais qui ne doit pas arrêter le chirurgien, car les lésions anatomiques découvertes grâce à l'opération démontrent sa légitimité.

En effet, j'ai toujours rencontré et enlevé des ganglions hypertrophiés; et quand je n'en trouvais pas au niveau du pelvis, j'en découvrais plus haut au niveau de l'aorte; l'envahissement ganglionnaire est donc pour ainsi dire constant.

J'ai fait examiner histologiquement les ganglions enlevés dans 6 cas. Le plus souvent, la moitié au moins étaient dégénérés. Un fait très important à signaler, c'est que les ganglions cancéreux sont tantôt proches de l'utérus, pelviens, tantôt éloignés, aortiques, si bien que pour être sûr de tout enlever, il faut pratiquer une dissection absolue de tout le petit et de tout le grand bassin, jusqu'à la région lombaire. Pour mon compte, j'enlève tout le tissu cellulaire, je ne laisse que les vaisseaux, les nerfs et les plans fibreux dénudés.

Il est incontestable qu'une telle opération est très grave, comme le prouve ma statistique, mais la gravité du cancer autorise à tout tenter et la statistique s'améliorera avec le progrès de la technique. Ma conclusion est que la voie basse doit être absolument abandonnée.

M. Morisani (de Naples), sans prendre parti absolument pour l'hystérectomie abdominale ni pour la vaginale, estime que la première convient aux néoplasmes étendus, la seconde aux tumeurs limitées; mais il insiste avec énergie pour que l'hystérectomie soit rejetée comme mode de traitement du cancer chez la femme enceinte. Si la grossesse est au début, il se contente d'opérations partielles, de l'électrolyse; si elle approche de son terme, il se préoccupe avant tout d'amener un enfant vivant, puis il pratique l'hystérectomie abdominale ou vaginale, suivant le siège et l'étendue du néoplasme.

M. Fritsch (de Bonn) déclare qu'en Allemagne on est assez enclin à utiliser la voie haute dans le traitement du cancer. Pour son compte, il a recours à la voie haute quand le paramètre est pris; dans les cas simples, sans envahissement péri-utérin, il fait l'hystérectomie vaginale.

M. Delagénière (du Mans). — Je suis partisan de la voie haute, et, cette déclaration faite, j'insisterai une fois encore sur l'utilité de l'hémostase préventive et définitive par ligature des artères hypogastriques et des artères utérines, que j'ai préconisée au dernier Congrès français de chirurgie.

Dans les 2 faits apportés au Congrès de chirurgie, la ligature, employée une première fois pour un cancer, une seconde fois pour un fibrome enclavé, n'avait été complètement hémostatique que dans la première observation. Depuis, j'ai renouvelé 2 fois cette tentative pour des cas de cancer généralisé au bassin; la ligature fut pratiquée facilement et complétée par celle des utéro-ovariennes; malgré ces précautions, il s'écoula du sang à la section des utérines, mais l'hémostase au fond du bassin fut rendue plus aisée.

Ces 4 cas me permettent de poser les conclusions suivantes :

1° La ligature des artères iliaques internes combinée à celle des utéro-ovariennes n'a pas toujours des effets identiques : elle a produit une fois une hémostase complète, deux fois une hémostase relative, portant surtout sur la circulation du fond du bassin, et une dernière fois aucune hémostase appréciable;

2° Cette ligature, si elle est efficace, simplifie énormément l'opération et permet même de la faire à blanc; dans le cas contraire, elle nécessite une hémostase de détail, comme à l'ordinaire, hémostase qui paraît simplifiée du côté des artères vaginales;

3° Cette méthode, malgré tout ce qu'elle a d'aléatoire, devra être mise en œuvre dans les cas de néoplasmes de l'utérus généralisés au bassin, car elle peut alors rendre de grands services et, si elle demeure inutile, elle ne peut nuire en aucune façon;

4° Pour pratiquer la ligature préventive, on place la malade en position déclive; puis, le ventre ouvert, la séreuse est soulevée avec une pince à griffes au-dessus de la bifurcation de l'iliaque primitive et incisée d'un coup de ciseaux; on passe alors un fil sous l'iliaque interne avec l'aiguille de Deschamps, on serre fortement le fil; la boutonnière séreuse est fermée par un point.

M. Bouilly (de Paris). — Voici les résultats de ma pratique dans le traitement du cancer utérin par l'hystérectomie vaginale.

Dans une première période (1886-1896), j'ai opéré 127 cas; dans la seconde (1897-1900), je suis intervenu chez 56 femmes, soit un total de 183 observations.

Le perfectionnement de mon antisepsie et de ma technique a abaissé la mortalité de la seconde série à 5.35 %, alors que celle de la première avait été de 19 %.

Je n'ai perdu depuis 1897 que 3 opérées sur 56; l'une était une malade très obèse, à vagin profond, chez laquelle j'ai dû extirper à la fois l'utérus et un kyste de l'ovaire; l'autre présentait dans la cavité utérine un abcès enkysté; la troisième est morte d'une septicémie péritonéale par prolapsus secondaire d'une anse intestinale dans le vagin.

J'évite aujourd'hui cet accident en ayant soin d'adosser les tranches vaginales antérieure et postérieure au moyen d'un catgut : sous la voûte vaginale ainsi reconstituée j'extériorise les pédicules vasculaires; j'empêche ainsi le contact des pinces et du péritoine; le prolapsus intestinal ne peut plus se produire et, en outre, je diminue la douleur immédiate, celle de l'ablation des pinces et celle des pansements consécutifs. Grâce à cette technique, je puis dire qu'on réduit presque à rien la mortalité opératoire.

L'envahissement des parois vaginales, du tissu péri-utérin, la fixation de l'utérus sont pour moi des contre-indications opératoires.

Je déclare toutefois que la limitation apparente du cancer au canal cervical n'est pas un indice absolu de la bénignité du néoplasme. J'ai observé souvent des récidives plus rapides à la suite de l'hystérectomie pour une lésion minime, presque douteuse, qu'après l'ablation d'un utérus à col excavé, rongé par la tumeur.

Le cancer de l'utérus est essentiellement malin, surtout chez les jeunes femmes, comme je l'ai déjà établi.

Voici maintenant mes résultats éloignés :

Si l'on défalque de mes 183 observations 28 décès opératoires et 21 femmes que j'ai perdues de vue, il reste 134 malades que j'ai opérées dans les quatorze dernières années et que j'ai suivies.

Sur ces 134 malades, 18 seulement sont encore vivantes, dont 2 en pleine récidive : l'une opérée depuis trois ans et quatre mois, l'autre depuis deux ans et huit mois.

Des 16 autres actuellement en bonne santé apparente, 1 est opérée depuis douze ans (mais je fais sur son néoplasme quelques réserves au point de vue histologique), 1 depuis quatre ans et trois mois, 4 depuis plus de trois ans, 4 depuis plus de un an et demi, 3 depuis un an et moins, 5 depuis le commencement de l'année 1900.

Un travail que j'ai fait sur la durée moyenne de la survie, permet de fixer celle-ci à deux ans, la survie la plus prolongée ayant été de six années.

Comme vous le voyez, cette statistique n'est pas brillante; toutefois, j'ai l'espoir que, parmi les 21 opérées perdues de vue, quelques-unes ont bénéficié assez longuement de l'opération, car les malades guéries ne donnent guère de leurs nouvelles.

M. A. Boursier (de Bordeaux). — Malgré la grande différence de mortalité entre l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale pour cancer, on tend à préférer celle-ci pour deux raisons : d'abord par ce qu'elle permet d'enlever à la fois le néoplasme et les ganglions, ensuite par ce qu'elle peut s'appliquer à des cas plus avancés.

En me basant sur 11 observations d'hystérectomie abdominale pour cancer que j'ai pu recueillir, dont 4 me sont personnelles, 2 appartiennent à M. Chavannaz (de Bordeaux) et 5 à M. Dubourg (de Bordeaux), je vais examiner ces deux points.

En ce qui concerne les ganglions, dans aucune de ces 11 observations ni mes collègues ni moi n'avons pu découvrir, encore moins enlever, de ganglions, malgré des recherches attentives; l'infection ganglionnaire n'est donc pas constante, ni même très fréquente. Quand elle existe, les ganglions sont ou très petits, et alors ils échappent aux recherches, ou très volumineux, et dans ce cas on enlève un peu au hasard ceux qu'on voit, et on laisse la graine. Il n'y a donc pas, du fait des ganglions, grande indication à faire la laparotomie pour permettre un évidement aléatoire du bassin.

Quant à la possibilité d'opérer plus largement, je suis tout disposé à admettre la voie haute pour reculer les limites des interventions utiles; mais où doit être notre règle de conduite?

M. Ricard, au dernier Congrès français de chirurgie, en défendant la voie haute avait divisé les cancers utérins en trois catégories. Dans la première, il plaçait les néoplasmes limités sans propagation : pour ceux-là, la voie vaginale vaut l'abdominale.

Dans la seconde, il comprenait les cancers avec infiltration pelvienne au début, et pour ceux-là il préconisait ardemment la voie haute. Mais quel signe nous permet d'apprécier que l'infiltration pelvienne est au début? Qu'on apporte des observations, qu'on nous fournisse des indices cliniques. Même le ventre ouvert, ne restons-nous pas souvent dans le doute?

Dans la troisième, enfin, il faisait entrer les cas de propagation étendue, au-dessus des ressources de l'art : devant eux, l'opération par le ventre et l'opération par le vagin sont également impuissantes.

Aussi, jusqu'à plus ample informé je reste fidèle à la voie vaginale qui, sur 25 opérations, m'a donné 25 guérisons opératoires et plusieurs survies notables, dont une date aujourd'hui de cinq ans et un mois et une autre de quatre ans et deux mois.

J'admets la voie abdominale en cas d'étroitesse ou de longueur exagérée du vagin, de friabilité ou de disparition du col; je la repousse pour les femmes à paroi très adipeuse ou âgées de plus de cinquante-cinq ans.

M. Faure. — Je suis un partisan convaincu de l'hystérectomie abdominale pour cancer utérin; comme M. Delagénière, je pratique la ligature des artères hypogastriques, qui est facile, rapide et permet d'éviter plusieurs temps opératoires; je fais l'hystérectomie abdominale par section médiane de l'utérus.

Deux malades que j'ai opérées et qui ont retiré contre toute attente un bénéfice considérable de l'intervention me confirment dans mon opinion. L'une, chez laquelle j'ai dû disséquer l'uretère droit et réséquer une partie du vagin, est guérie depuis seize mois. L'autre, dont les culs-de-sac vaginaux étaient envahis, qui était déjà cachectique, survit sans récidive depuis vingt-deux mois et pèse 6 livres de plus qu'elle n'a jamais pesé; et pourtant, chez elle, j'ai dû disséquer les deux uretères sur plus de 10 centimètres de hauteur, réséquer la plus grande partie du vagin et enlever des ganglions qui siégeaient à la bifurcation de l'iliaque. Quel bénéfice une telle malade eût-elle retiré d'une hystérectomie vaginale? La gravité de l'opération n'est rien dans de telles circonstances; la meilleure opération est celle qui assure le plus de chances de guérison.

Je ne rejette pourtant pas complètement l'hystérectomie vaginale; mais je la réserve aux cancers parfaitement limités, sans aucune propagation.

Dr Maurice Hepp,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 24 et 31 juillet, 7 et 14 août 1900.

La fonction menstruelle et le rut des animaux; rôle de l'arsenic dans l'économie.

M. Gautier. — On sait que le sang normal, aussi bien chez l'homme que chez les animaux, ne contient pas d'arsenic; mais il en est tout autrement du sang menstruel.

J'ai recueilli le sang menstruel de plusieurs jeunes femmes ne prenant aucune préparation arsenicale, et j'ai constaté qu'il renfermait en moyenne 0 milligr. 28 d'arsenic par kilogramme. Or, j'ai montré que l'arsenic fait essentiellement partie de quelques-unes des protéides spécifiques élaborées par la glande thyroïde. Les protéides thyroïdiennes vont nourrir la peau et ses productions (poils, cheveux, ongles, etc.) et leur excédent passe chaque mois dans les menstrues qui les rejettent au dehors.

Ce point établi, il était intéressant de se demander comment est suppléée chez le mâle la fonction menstruelle au point de vue de l'élimination des principes arsenicaux, et comment aussi les choses se passent chez les animaux qui n'ont pas d'écoulement sanguin au moment du rut.

Chez l'homme, la pousse des ongles, des cheveux et surtout de la barbe, ainsi que la desquamation épidermique continue, correspondent, au point de vue de l'absorption et de l'élimination des nucléines arsenicales, à la perte menstruelle de la femme.

Chez les mâles des différentes espèces animales, on constate également que c'est au moment du rut ou de la période qui précède celle des amours que les appendices de la peau, plumes, cornes, ongles, etc., acquièrent leur plus grand développement.

On peut, du reste, trouver dans la pathologie d'autres preuves de la relation des nucléo-protéides avec les fonctions génitales.

Le masque, les vergetures, la chute des cheveux des femmes grosses, constituent autant de signes d'une déchéance vitale de la peau dont les nucléines sont dérivées vers le placenta. On sait, d'autre part, que certains eczémas subissent une exacerbation au moment des règles et s'aggravent à la ménopause.

Tous ces faits tendent à prouver que ces nucléo-protéides activent la vie et la reproduction des tissus. Celles de la glande thyroïde sont tout particulièrement attirées par les organes d'origine ectodermique, le cerveau et surtout la peau. Celle-ci les utilise pour la formation du derme, de l'épiderme, du poil et des cornes. L'arsenic et l'iode qui ont cette origine thyroïdienne se désassimilent ensuite, chez le mâle, par la chute des cheveux, poils, cornes, plumes et autres productions cutanées, ainsi que par la desquamation épidermique. Chez la femelle, le surplus des nucléines richement phosphorées de la thyroïde, et peut-être d'autres glandes, se détourne périodiquement vers les organes génitaux qui les utilisent pour le développement du fœtus s'il y a eu fécondation, ou qui les rejettent au dehors avec les menstrues dans le cas contraire.

Régénération de la moelle des os chez le chien après évidement.

M. Cornil. — Dans un précédent travail en collaboration avec M. Coudray (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 246), nous avons étudié les premières phases de la réparation de la moelle évidée, et nous avons vu que l'ossification apparaît dès le quatrième jour.

Notre deuxième série d'expériences comprend des évidements de la moelle tibiale examinés jusqu'à trois mois, des désossements médullaires et une greffe de la moelle.

1° Relativement aux évidements médullaires, l'ossification qui existe encore au bout d'un mois et demi a disparu au bout de trois mois. L'os nouveau intra-médullaire a fait place à la moelle, tandis que la perte de substance diaphysaire évidée par la trépanation est comblée par un tissu osseux adulte. En un mot, la cavité médullaire, de même que l'os diaphysaire, se sont reconstitués.

2° La moelle isolée du canal médullaire par désossement, après amputation, chez le chien s'ossifie dans les premières semaines qui suivent l'opération, mais au bout de trois mois l'ossification a disparu; le bourgeon médullaire est complètement transformé en tissu fibreux.

3° La moelle transplantée au voisinage du tibia et examinée au bout d'un mois et demi n'a présenté aucune ossification; elle était devenue fibreuse.

Ces faits confirment d'une manière générale les données établies par Ollier sur le caractère temporaire des ossifications accidentelles. Ils expliquent certains faits de pratique chirurgicale aujourd'hui bien connus; en particulier, ils donnent le mécanisme de la réparation de la moelle après la destruction même très étendue de cette substance à la suite de certaines amputations, résections ou évidements.

Hérédité syphilitique de la seconde génération.

M. Fournier lit, à propos de deux observations adressées à l'Académie par M. Lemonnier (de Flers), un rapport dont voici le résumé :

Dans la première de ces observations, il s'agit d'une fillette de huit ans, manifestement hérédo-syphilitique, qui fut atteinte de diabète et qui guérit complètement de cette affection par le traitement spécifique.

Etant donné la gravité du diabète chez l'enfant, le rapporteur croit que ce fait ne peut s'expliquer que par l'existence d'une relation pathogénique entre le diabète et l'hérédo-syphilis.

La seconde observation est un exemple authentique d'hérédo-syphilis à la deuxième génération : deux frères, âgés respectivement de vingt-sept et vingt-quatre ans, sont affectés à quelque distance l'un de l'autre, l'aîné d'une ulcération intra-nasale et d'un sarcocèle, le cadet d'ulcérations multiples au niveau des deux jambes. Ces accidents furent attribués par deux médecins à la syphilis. L'exactitude de ce diagnostic fut, du reste, pleinement confirmée par les heureux résultats du traitement spécifique.

Recherchant alors l'origine de ces deux cas de syphilis inexplicables par une contamination personnelle, M. Lemonnier soupçonna une hérédité spécifique et ouvrit une enquête en ce sens. Il apprit que le père était hérédo-syphilitique du fait de son propre père, et, en l'examinant, il le trouva porteur de stigmates d'hérédo-syphilis (petitesse de la taille, jambes incurvées, malformations du crâne, nombreuses cicatrices de la peau, etc.).

Finalement, M. Lemonnier interrogea la mère des deux jeunes gens en question, et put s'assurer qu'elle avait toujours été indemne de la moindre manifestation syphilitique.

Cette observation permet donc d'admettre la possibilité de la transmission héréditaire d'une syphilis du grand-père au père, puis du père aux petits-fils.

Le cacodylate de soude contre la sarcomatose multiple non pigmentée et non mélanique.

M. Petrini-Galatz (de Bucharest) communique l'observation d'un homme de quarante ans qui était atteint de tumeurs multiples occupant l'isthme du gosier, la voûte palatine, les gencives, le front, le cou, etc. Ces tumeurs avaient chacune les dimensions d'un petit marron et présentaient une consistance semi-dure; elles étaient situées sous la peau à laquelle elles adhéraient en partie, ou bien infiltraient les tissus profondément, à la cavité buccale, par exemple.

L'examen histologique d'un fragment excisé démontra qu'il s'agissait d'un sarcome embryonnaire à cellules vaso-formatives.

Le malade fut traité par le cacodylate de soude administré en injections intra-musculaires à la dose de 0 gr. 05 centigr. d'abord, puis de 0 gr. 08, 0 gr. 10, 0 gr. 12 centigr. *pro die*. Ces injections furent pratiquées chaque jour en partie aux fesses et en partie dans les tumeurs de la région sus-hyoïdienne. Au bout de cinquante injections, la résolution des tumeurs était presque complètement achevée; actuellement, le malade jouit d'une très bonne santé.

Il semble résulter de ce fait que la sarcomatose multiple, non pigmentée et non mélanique, peut, à l'état embryonnaire et traitée dès le commencement, guérir sous l'influence de l'arsenic en injections intramusculaires et intranéoplasiques.

Sur un cas d'anévrysme de l'artère sous-clavière droite et du tronc innominé guéri par la méthode de Brasdor.

M. Le Dentu lit, à propos d'une observation d'anévrysme du tronc brachio-céphalique et de l'artère sous-clavière droite communiquée à l'Académie par M. Gérard-Marchant (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 85), un rapport dans lequel il fait remarquer que cette observation emprunte un intérêt particulier aux deux circonstances suivantes : la première, c'est que la méthode des injections de sérum gélatiné appliquée rigoureusement n'avait pas réussi à arrêter la marche de l'anévrysme; la seconde, c'est que l'une des deux ligatures fut placée sur l'artère axillaire au-dessous de la clavicule et l'autre sur l'origine de la carotide primitive.

Ce fait prouve donc que la ligature de l'axillaire dans la même séance que celle de la carotide peut donner une guérison aussi complète et aussi définitive que la ligature de la sous-clavière et de la carotide primitive.

Si l'on considère l'ensemble des résultats fournis par la méthode de Brasdor dans le traitement des anévrysmes du tronc innominé et de l'aorte, on peut affirmer, dit le rapporteur, que la chirurgie est en possession d'un moyen de traitement capable d'améliorer la situation des malades, et même de les guérir. Le procédé des deux ligatures en une seule séance, incontestablement supérieur aux autres, procure des améliorations ou des guérisons dans la moitié des cas au moins.

La dourine et son parasite.

M. Nocard lit, à l'occasion d'une série de notes relatives à l'étude expérimentale de la dourine du cheval ainsi qu'à la détermination de son parasite, adressées à l'Académie par MM. Buffard (vétérinaire militaire) et Schneider (médecin militaire), un rapport duquel il résulte que le *trypanosome* observé, pour la première fois en 1896 par M. Rouget (médecin militaire), a été retrouvé en 1899 par MM. Buffard et Schneider avec les mêmes caractères sur deux animaux atteints de la maladie naturelle, un cheval et un baudet. Après une longue série de passages chez le chien, le parasite reporté sur plusieurs chevaux leur a communiqué une dourine authentique, absolument semblable à la maladie naturelle et comme elle transmissible par le coït.

On connaissait déjà deux maladies infectieuses graves causées par un trypanosome, la *surra* de l'Inde et la *nagana* de l'Afrique australe. Désormais, la *dourine* devra donc prendre place à côté de ces deux affections, puisqu'elles ne sont toutes les trois que des manifestations différentes d'un même parasite.

Physiologie du sympathique cervical chez l'homme.

M. François-Franck lit, à l'occasion d'un travail de MM. Jonnesco et Floresco (de Bucharest), un rapport que nous résumons ainsi :

En appliquant à l'homme la technique précise qui est employée dans l'expérimentation sur les animaux, MM. Jonnesco et Floresco ont établi pour la première fois l'identité des effets immédiats des excitations et des sections du sympathique cervical chez l'homme et chez les animaux. Il résulte, en particulier, de leurs recherches que le sympathique cervical de l'homme se comporte à l'égard de la circulation thyroïdienne et de la pression oculaire de la même façon que celui des animaux.

MM. Jonnesco et Floresco croient, en outre, pouvoir déduire de leurs expériences que ce nerf exerce sur la circulation cérébrale une action d'abord vasoconstrictive et ensuite vasodilatatrice, et que sa résection n'est jamais suivie de modifications nutritives notables dans les régions innervées par le nerf sectionné. Avant d'admettre ces derniers résultats comme définitifs, le rapporteur estime qu'il sera nécessaire de pratiquer de nouvelles expériences et surtout de suivre pendant plusieurs mois les malades auxquels on a pratiqué une résection de tout ou partie du sympathique cervical.

M. Schoull (de Tunis) communique les observations d'un certain nombre de malades atteints de tuberculose pulmonaire, qu'il a traités par le cacodylate de soude associé au thiocol.

M. Martin du Magny (de Bordeaux) lit une note relative aux accidents pulmonaires consécutifs aux maladies du nez, de l'oreille et de la région rétropharyngienne.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 16, 23 et 30 juillet et 6 août 1900.

Sur certaines substances spécifiques produites par l'organisme des pellagreux.

MM. Babes et **Manicatide.** — On admet généralement, bien qu'il n'existe pas d'expériences absolument démonstratives à ce sujet,

que la pellagre est due à l'action de produits toxiques contenus dans le maïs altéré. Or, en injectant à des cobayes des extraits aqueux et alcooliques de maïs altéré provenant de régions où la pellagre est endémique, nous avons vu apparaître, chez ces animaux, des symptômes rappelant la pellagre humaine (inappétence, diarrhée, hémorrhagies intestinales, faiblesse générale avancée, paralysies commençant par les membres postérieurs, rigidité tétaniforme, opisthotonos, etc.).

Nous nous sommes demandés, en outre, si le sang des pellagreux guéris ne possède pas des propriétés antitoxiques à l'égard des poisons qui déterminent la pellagre.

Pour vérifier cette hypothèse, nous avons fait des recherches comparatives qui ont consisté à injecter à des souris et à des lapins soit de l'extrait pur de maïs altéré, soit ce même extrait mélangé tantôt à du sérum humain normal, tantôt à du sérum de pellagreux guéris. Or, il nous a été facile de nous assurer que, dans tous les cas, les animaux des deux premières séries sont morts en peu de temps, ou du moins sont arrivés rapidement à un degré de cachexie extrême, alors que ceux de la troisième catégorie sont restés en bonne santé.

Il nous semble donc nettement démontré par ces expériences qu'il se forme dans le sang des pellagreux une substance qui a la propriété de supprimer l'action toxique de l'extrait de maïs altéré.

Sur l'agglutination des globules sanguins par les agents chimiques, et les conditions de milieu qui la favorisent ou l'empêchent.

M. Hédon. — Quand on verse du sang de bœuf dans un acide très dilué, les hématies se rassemblent lentement au fond du vase sans s'agglutiner; si on emploie au contraire, pour cette expérience, une solution isotonique de sucre acidifiée, l'agglutination se produit rapidement; elle est enfin empêchée par l'adjonction de sels minéraux à l'eau sucrée acidifiée.

On en peut conclure :

1° Que dans les solutions de corps non dissociables, non électrolytes (sucre), capables de fournir des solutions isotoniques, les acides à très faibles doses produisent le phénomène de l'agglutination des globules;

2° Que dans les solutions de corps dissociables, électrolytes (sels minéraux), les acides ne produisent pas l'agglutination;

3° Que l'addition d'une certaine quantité d'un corps dissociable suffit pour empêcher l'action agglutinante de l'acide.

Certains corps non dissociables à fonctions acides, l'asparagine et la glycocolle, par exemple, possèdent la propriété de produire à eux seuls, en solutions isotoniques, l'agglutination des globules.

La bactériolyse de la bactéridie charbonneuse.

M. Malfitano envoie une note d'où il résulte qu'il existe, dans les cultures de bactéridie charbonneuse, une protéase susceptible de dissoudre la bactéridie en question; le chauffage à 65°, qui n'altère pas le microorganisme, détruit le ferment; au contraire, une température de 55 à 60° en exalte le pouvoir bactériolytique.

Ce processus doit être tout à fait général, et il est permis d'admettre que les substances, telles la caséine, la caféine, etc., auxquelles M. Gamaléïa attribue la propriété de dissoudre certains microbes, ne font en réalité que favoriser l'action des diastases protéolytiques sécrétées par ces microbes.

Sur la fonction du noyau dans la formation de l'hémoglobine et dans la protection cellulaire.

M. Stassano adresse un travail dans lequel, après avoir rappelé ses observations sur le rôle du noyau des cellules dans l'absorption (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 225-226), il fait ressortir que le noyau est, d'une part, chargé de l'assimilation des matières nutritives élémentaires et, de l'autre, de l'élaboration des substances protéiques, comme l'hémoglobine, nécessaires aux fonctions complexes de la vie; le noyau joue, en outre, un rôle très actif dans la protection de la cellule, par un mécanisme qui apparaît commun à toutes les cellules, animales ou végétales.

Nouveaux procédés de vaccination contre le charbon symptomatique du bœuf.

M. S. Arloing. — Dans une note antérieure (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 134), j'ai exposé les résultats que j'ai obtenus chez le mouton, relativement à l'immunité à l'égard du charbon symptomatique, par l'injection successive de virus charbonneux et de sérum d'une génisse fortement immunisée; je viens d'étendre ces recherches aux bovidés, et chez eux j'ai pu produire l'immunité non seulement par l'injection séparée de virus et de sérum, mais aussi par l'inoculation d'un mélange de ces deux liquides, inoculation qui était restée sans effets chez le mouton.

Néanmoins, les deux procédés de vaccination (par le virus et par le sérum, séparés ou mélangés) exigent l'emploi d'une notable quantité de sérum. En employant comme virus des cultures atténuées, je suis arrivé par cet artifice à conférer l'immunité préventive à des bœufs par l'injection d'un mélange de virus et de sérum ne contenant pas plus d'un demi-centimètre cube de ce dernier liquide par animal.

Le chimisme de l'encéphale.

M. A. Barbieri. — J'ai étudié la modification de la substance encéphalique de chiens, de moutons, de veaux et de bœufs laissée de douze à dix-huit heures à l'étuve à 45°, en présence de levure de bière. Il se produit ainsi un dégagement abondant d'acide carbonique, à raison de 1 c. c. environ par gramme de substance employée. La distillation fractionnée montre la formation simultanée d'un peu d'alcool et d'une quantité notable d'hydrogène phosphoré; l'épuisement du résidu de la distillation par l'eau et l'éther permet de mettre en évidence une ptomaïne, un composé de nature phénolique, un corps intermédiaire à la leucine et à la butalanine, et, en outre, des acides gras volatils (acides formique, butyrique et valérianique), de la cholestérine, de la margarine, de la stéarine, de l'oléine, etc. Enfin, la partie insoluble paraît formée en grande partie de kératine.

Sur l'iode normal de l'organisme et son élimination.

M. P. Bourcet. — J'ai démontré récemment avec M. Gley (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 226) que l'iode, dont on n'avait jusqu'ici constaté la présence que dans le corps thyroïde et les glandes parathyroïdes, existe aussi d'une façon constante dans le sang. De nouvelles recherches, portant sur les divers tissus et organes du lapin, viennent de me prouver que ce métalloïde se rencontre, en outre, dans presque tous les organes de l'économie, mais à des doses faibles, nullement comparables à celles que renferme le corps thyroïde.

J'ai cherché alors à déterminer le mode d'élimination de l'iode. Les fèces, les urines et la salive ne contenant que des traces de cette substance, à l'état normal, j'ai eu l'idée, m'inspirant des travaux de M. A. Gautier sur l'élimination de l'arsenic (Voir plus haut, p. 278), de rechercher l'iode dans la peau et les productions épidermiques; j'ai pu constater ainsi que la sueur, le tissu cutané, les poils, les cheveux et les ongles renferment une très forte proportion de ce corps. Les cheveux sont les principaux agents de cette élimination, le taux de l'iode s'y élevant à 2 milligr. 5 par kilogramme, alors qu'il n'atteint que 1 milligr. 7 pour 1,000 grammes d'ongles.

La femme ne perdant pas ses cheveux comme l'homme, je me suis attaché, guidé encore par les recherches de M. A. Gautier, à doser l'iode dans le sang menstruel. De cinq expériences portant sur cinq échantillons différents de ce sang, je puis conclure que l'iode y existe constamment et que sa teneur varie entre 0 milligr. 80 et 0 milligr. 90 par kilogramme. Dans un cas, j'ai pu faire l'analyse comparative du sang des règles et du sang provenant d'épistaxis répétées, ce qui m'a montré que, chez la même femme, tandis que le sang menstruel renfermait 0 milligr. 94 d'iode par kilogramme, le sang veineux ordinaire n'en contenait que 0 milligr. 021.

Il me semble donc bien démontré par ces recherches que l'élimination de l'iode en excès dans l'économie se fait, chez l'homme, par la chute des cheveux et, chez la femme, par les menstrues.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juillet 1900.

Résultats de la cure radicale des hernies.

M. Pierre Delbet. — Chargé pendant six mois du service des bandages, à l'Hôtel-Dieu, j'ai donné 1,516 bandages; parmi les malades qui se sont ainsi présentés à ma consultation, 9 seulement avaient été opérés antérieurement et avaient récidivé; 7 fois il s'agissait de hernies inguinales et 2 fois de hernies crurales.

M. Routier. — Cette statistique est forcément très incomplète, car la plupart des malades qui, après avoir été opérés pour une hernie, ont une récidive viennent demander un bandage dans le service où ils ont été opérés.

M. Lejars. — Lorsque j'ai été chargé du service des bandages, j'ai été frappé, comme M. Delbet, du petit nombre des récidives de hernies chez les opérés.

M. Reclus. — J'ai pu me convaincre par ma propre expérience que les récidives sont rares, même après l'emploi des procédés opératoires les plus simples, et je ne crois pas qu'il soit indispensable de recourir toujours à la méthode de Bassini.

M. Delorme. — Je suis également très partisan des interventions simples, et je pense qu'il peut être mauvais de faire de grandes incisions de la paroi.

M. Terrier. — Les malades opérés par M. Delorme sont des sujets jeunes, chez lesquels la guérison est beaucoup plus facile à obtenir que quand on a affaire à des individus plus âgés.

M. Quénu. — Il est absolument impossible d'apprécier en bloc les résultats donnés par les différents procédés dans les diverses variétés de hernies.

M. Segond. — La statistique de M. Delbet ne prouve rien, à mon avis; je préférerais beaucoup qu'il nous donnât sa statistique personnelle, avec les résultats éloignés qu'il a observés.

M. Berger. — D'après ce que j'ai pu constater dans le service des bandages, le nombre des récidives, après la cure sanglante des hernies, a diminué considérablement dans ces dernières années.

Synovite tubéreuse du genou.

M. Quénu. — J'ai présenté, en 1896, une observation tout à fait analogue à celle que M. Potherat nous a communiquée dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 253). Il s'agit là d'une forme de tuberculose articulaire assez rare, caractérisée par sa tendance à la transformation fibreuse.

M. Delorme. — J'ai observé aussi quelques exemples de cette tuberculose articulaire remarquable par l'épaississement fibreux de la synoviale qu'elle détermine.

M. Delbet. — Il y a déjà longtemps que König a décrit cette variété de tuberculose à transformation fibreuse.

M. Delbet lit un rapport sur une note concernant un cas de grossesse extra-utérine, envoyée par M. Psaltoff (de Smyrne).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juillet 1900.

Trois cas de pleurésie typhoïdique.

M. Widal. — J'ai observé récemment, avec M. P. Merklen, trois cas de pleurésie typhoïdique dont deux siégeaient à gauche et qui ont été précédés tous les trois de signes pulmonaires.

Chez deux malades, l'épanchement est resté peu abondant, la ponction ne permettant de retirer que quelques centimètres cubes de liquide; chez le troisième, nous avons pu en extraire 250 c.c.

Dans un cas seulement l'épanchement est resté purement séro-fibrineux jusqu'à la fin de la maladie; dans les deux autres, il était ou est devenu hémorrhagique.

Deux fois sur trois, la pleurésie était cloisonnée. Chez un de nos malades, une ponction faite à la région moyenne du thorax ramenait du pus, alors que, par une ponction pratiquée à la base, on retirait un liquide séro-fibrineux qui devint

plus tard hémorrhagique. Le liquide du foyer purulent a toujours donné des cultures pures de bacilles typhiques.

L'épanchement séro-fibrineux ou hémorrhagique de deux de nos patients, ensemencé à diverses reprises, s'est montré suivant les jours tantôt stérile, tantôt peuplé de bacilles d'Eberth à l'état de pureté. Cette intermittence dans la présence du bacille typhique prouve que, de la stérilité apparente d'un exsudat chez un dothiénentérique, on ne saurait conclure à sa nature non typhoïdique.

Le bacille doit être cédé à l'épanchement par le poumon sous-jacent. On sait en effet, comme divers auteurs et l'un de nous en ont rapporté des exemples, qu'il peut exister, chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, des pneumopathies dues uniquement au bacille d'Eberth.

L'exsudat fréquemment examiné chez nos trois malades s'est toujours montré doué de propriétés agglutinatives, le plus souvent inférieures, quelquefois égales, à celles du sérum sanguin. Cet exsudat, inoculé à des cobayes, a dans tous les cas laissé ces animaux en parfaite santé.

Lymphocythémies leucémiques et aleucémiques.

M. Vaquez. — Depuis les travaux d'Ehrlich, on distingue deux variétés de leucémie : la leucémie myélogène et la leucémie lymphatique ou lymphocythémie. J'ai observé dans ces derniers temps, avec M. Ribierre, trois malades atteints de lymphocythémie, qui, tout en ayant présenté d'assez grandes différences au point de vue clinique, ont cependant offert des modifications qualitatives analogues de leurs leucocytes et des altérations également comparables de leur système ganglionnaire.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme soigné depuis dix-huit mois pour une affection hépatique qualifiée de cirrhose, et qui succomba deux jours après son entrée à l'hôpital. Outre une augmentation considérable du foie et de la rate, on notait chez lui une hypertrophie des ganglions de l'aisselle et de l'aine. De plus, l'examen du sang permit de constater qu'il existait 2,250,000 hématies et 750,000 leucocytes (soit un tiers) par millimètre cube. D'autre part, la formule leucocytaire se traduisait par les chiffres suivants : lymphocytes, 98 %; polynucléaires, 2 %.

Un second fait, observé par l'un de nous dans le service de M. Delbet, avait trait à un homme atteint de lymphadénie généralisée, chez lequel on comptait 1,200,000 hématies et 50,000 leucocytes se décomposant ainsi : lymphocytes, 97 %; polynucléaires, 2 %; éosinophiles de sang normal, 1 %.

Le troisième cas, sur lequel nous appelons spécialement l'attention, concerne un jeune homme atteint d'adénopathie médiastine, à début récent, avec anémie profonde et évolution rapide. L'autopsie nous révéla l'existence d'une énorme tumeur ganglionnaire intertrachéobronchique, de nature tuberculeuse. Les résultats de l'hématoscopie furent les suivants : hématies, 1,000,000; leucocytes, 2,300 (soit 1/485). Sur 100 globules blancs, 88 étaient des lymphocytes, 4 de grands mononucléaires, 8 des polynucléaires.

Dans ces trois observations, on relève, comme caractères semblables, une inversion de la formule leucocytaire au profit des lymphocytes, en même temps qu'une lésion de l'appareil ganglionnaire. Mais tandis que, dans les deux premiers cas, cette inversion s'accompagnait d'une augmentation, énorme chez un malade, considérable chez l'autre, du nombre total des globules blancs, c'est-à-dire de leucémie, dans le troisième, non seulement il n'y avait pas leucémie, mais il existait même une diminution certaine du nombre des leucocytes.

Or, nous ne pensons pas que cette seule considération, tirée de la valeur quantitative de la leucocytose, nous autorise à rejeter ce dernier fait du groupe des leucocythémies. La notion de l'équilibre leucocytaire, établie par les travaux d'Ehrlich et d'autres auteurs, nous paraît, au contraire, devoir rapprocher ces trois cas. Rappelons, d'ailleurs, que chez un malade de Jolly, dont la leucocytose totale n'était que très relative (9,600) et l'inversion leucocytaire au profit des lymphocytes identique à celle que nous avons trouvée, l'évolution clinique fut presque calquée sur celle de notre troisième sujet.

Il est intéressant de noter également l'existence, dans l'un des cas que nous venons de relater, d'une hypertrophie considérable du foie et de la rate, avec véritables lymphomes diffus dans ces deux organes. Cette participation viscérale, analogue à celle que l'on voit dans les processus myélogènes, nous paraît apporter une sérieuse objection à la théorie proposée par M. Dominici, qui admet la reviviscence embryologique de certains tissus.

Un cas d'ictère familial.

M. P. Lereboullet. — Je vous montre, au nom de MM. Gilbert et Castaigne et au mien, un jeune homme de vingt-trois ans, bien constitué, qui est atteint d'un ictère généralisé congénital, sans autre trouble fonctionnel que des somnolences répétées au moment des digestions et des douleurs arthralgiques fréquentes. Objectivement, l'on ne constate qu'une faible hypertrophie du foie, sans cirrhose, avec splénomégalie relativement considérable. Le sujet a un frère atteint de subictère chronique répondant au type de l'ictère acholurique; une sœur a présenté de l'ictère; la mère et un autre frère ont souffert de coliques hépatiques. Le caractère familial est donc ici très net. Cet ictère peut évoluer vers la cirrhose. Dans deux autres faits, où nous avons retrouvé la prédisposition héréditaire, il s'agissait de cirrhose biliaire avérée évoluant depuis de longues années sans troubles de l'état général. Quant à la nature de cette prédisposition, il semble qu'il faille la chercher, non dans l'état anatomique des voies biliaires, mais dans une modification de l'activité vitale de l'épithélium des conduits biliaires.

Cinq cas d'albuminurie orthostatique avec examen cryoscopique des urines.

M. Merklen. — Nous avons soumis à l'examen cryoscopique, M. Claude et moi, les urines de cinq malades atteints d'albuminurie apparaissant d'une façon discontinue, et toujours en rapport avec la station debout. Dans aucun de ces cas, cet examen n'a décelé l'existence d'une insuffisance rénale même légère. La clinique ne laissait soupçonner, d'ailleurs, aucune altération de la santé générale.

Ces faits permettent de conclure qu'il existe une forme particulière d'albuminurie intermittente orthostatique qui, jusqu'à plus ample informé, ne semble pas devoir être attribuée à une néphrite et qui ne s'accompagne d'aucune modification de la perméabilité rénale.

Hémorrhagie méningée médullaire.

M. Clerc relate, au nom de M. Netter et au sien, l'observation d'un enfant de dix ans qui fut apporté à l'hôpital dans le coma et succomba quelques minutes plus tard. On apprit que les accidents étaient survenus brusquement deux heures auparavant, au gymnase, après que ce garçon eut grimpé à la corde lisse. La ponction lombaire permit de retirer un liquide franchement sanglant.

A l'autopsie, on trouva du sang épanché sous l'arachnoïde au niveau de la région dorso-lombaire de la moelle. Il existait en outre quelques suffusions sanguines à la base du cerveau, mais sans lésions du canal rachidien ni de la moelle.

L'orateur croit pouvoir attribuer cette hémorrhagie méningée à une élongation de la moelle résultant des efforts accomplis par le malade.

Traitement des stomatites ulcéro-membraneuses par l'acide chromique cristallisé.

M. Siredey communique les observations d'un certain nombre de malades atteints de stomatite ulcéreuse ou ulcéro-membraneuse rebelle, qui ont guéri très rapidement à la suite d'attouchements avec de l'acide chromique cristallisé. Pour empêcher l'acide de fuser au delà des parties malades, il est bon de prescrire au malade plusieurs lavages de la bouche après chaque cautérisation.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 21 et 28 juillet et 4 août 1900.

Sur l'action bactéricide « in vitro » du glycogène hépatique.

M. P. Teissier. — J'ai étudié dans ces derniers temps l'action *in vitro* du glycogène extrait du foie normal de chien sur les microorganismes qui, comme le staphylocoque doré, le bacterium coli, le bacille d'Eberth, le streptocoque, etc., ont été le plus souvent incriminés dans les infections hépatiques.

Il résulte de mes expériences qu'une dose minima de 0 gr. 005 milligr. et une dose maxima de 0 gr. 20 centigr. pour 5 c.c. d'eau exercent une action sur la vitalité des microorganismes. Cette action, faible et toute relative avec la dose de 0 gr. 005 milligr., est absolue quand on emploie la dose de 0 gr. 20 centigr., après trois heures de séjour des microbes dans la solution de glycogène.

Il faut donc admettre qu'à certaines doses et au bout d'un temps variable le glycogène extrait du foie exerce *in vitro* un effet bactéricide sur les microorganismes en question.

Bien qu'une certaine réserve s'impose quand il s'agit d'appliquer à la physiologie humaine des résultats expérimentaux, je crois pouvoir conclure que le glycogène ne joue pas seulement le rôle de témoin, mais qu'il exerce une action directe sur les microorganismes englobés dans les cellules hépatiques. Aussi la présence de ce corps peut-elle expliquer mieux que toute autre hypothèse la stérilisation progressive et rapide des grands abcès du foie, constatée par de nombreux auteurs.

Influence favorisante de la lymphe du canal thoracique, après l'excitation des nerfs du pancréas, sur la fermentation alcoolique d'une solution sucrée.

MM. R. Lépine et Boulud (de Lyon). — Nous faisons fermenter avec une trace de levure un litre d'une solution de glycose pure, à 2 % environ. Quand la fermentation est en train, nous dosons le sucre; nous partageons également la liqueur entre plusieurs éprouvettes semblables, et nous ajoutons à chacune d'elles (sauf à une qui sert de témoin) le même nombre de centimètres cubes de lymphe fraîche qui s'est écoulée d'une fistule au cou du canal thoracique d'un chien, soit *avant*, soit *après* le faradisation des nerfs du pancréas. Au bout de deux heures, nous dosons le sucre dans les différentes éprouvettes. Or, le résultat *constant* de plusieurs expériences est le suivant ;

1° C'est l'éprouvette *témoin* qui a perdu *le moins* de sucre. Donc, la lymphe exerce une action favorisante sur la fermentation alcoolique;

2° C'est l'éprouvette ayant reçu la lymphe recueillie *après* la faradisation des nerfs du pancréas qui a perdu *le plus* de sucre. Donc, c'est cette lymphe qui possède au plus haut degré l'action favorisante.

Nous avons eu soin que les conditions de température, d'oxygénation, d'acidité, etc., fussent *identiquement* les mêmes dans les diverses éprouvettes.

Action des levures sur les microbes et leurs toxines.

M. Nobécourt. — De mes expériences il résulte que quelques microbes ensemencés en même temps que certaines levures se développent comme d'ordinaire, le bacille de Löffler excepté; quant aux levures, elles végètent généralement bien et provoquent la fermentation d'une façon normale, en présence de la plupart des microbes.

Sur des cultures de levures déjà développées, les bacilles ne poussent bien, d'ordinaire, que si les cultures datent d'un certain temps; ils poussent mal sur les cultures récentes.

Au point de vue de l'action des levures sur la virulence des microbes et sur l'activité de leurs toxines, je puis dire que le bacille de Löffler, cultivé dans du bouillon ordinaire largement ensemencé avec de la levure de boulanger, tue le cobaye à des doses qui restent sans effet quand on l'emploie seul. Par contre, lorsqu'on fait végéter des levures dans un mélange de bouillon glycosé et de toxine diphtérique, celle-ci devient moins active, car elle ne tue pas le cobaye à des doses très supérieures à la dose mortelle de toxine pure.

Rôle du nerf érecteur sacré dans la miction normale.

M. J. Guyon. — D'une série d'expériences que je viens de faire, il ressort que le nerf érecteur sacré intervient dans la miction normale non seulement comme nerf moteur, mais encore comme nerf sensitif. En d'autres termes,

il représente à la fois la voie centripète et la voie centrifuge de l'excitation qui, déterminée par la tension vésicale, aboutit à la contraction réflexe de la vessie.

Le centre réflexe de la miction normale est intramédullaire, comme le prouve la paralysie fonctionnelle de la vessie après la section des deux nerfs érecteurs sacrés entre la vessie et la moelle, et cela malgré l'intégrité des nerfs hypogastriques, branches du grand sympathique. Ce dernier nerf ne joue donc aucun rôle, ni sensitif, ni moteur, dans la miction normale.

Pouvoir bactéricide et toxicité du liquide d'une péritonite septique diffuse généralisée.

M. Paul Delbet. — J'ai pu m'assurer que le liquide contenu dans la cavité péritonéale d'un sujet mort de péritonite septique diffuse généralisée était bactéricide pour le staphylocoque, le streptocoque et le colibacille. J'ai constaté, en outre, que ce liquide était dépourvu de toxicité.

De ce fait, il est permis, je crois, de conclure que dans la péritonite appendiculaire l'appendice, foyer d'infection, doit toujours être enlevé, tandis que le pus péritonéal peut être abandonné *in situ*. En pareil cas, le lavage de la cavité péritonéale est inutile.

Action du refroidissement par l'air liquide sur les sérums agglutinants et les cultures agglutinables.

MM. Chanoz, P. Courmont et **Doyon** (de Lyon). — On refroidit à — 180°, pendant vingt-cinq minutes, du sérum d'un mouton inoculé sous la peau avec des cultures de bacille typhique; ce sérum agglutine en vingt minutes, et à la dose de 1 pour 200, une culture jeune de bacilles d'Eberth. On refroidit de même une culture de bacille typhique. Deux heures plus tard, on fait agir le sérum refroidi : 1° sur de la culture non refroidie; 2° sur de la culture refroidie. On procède aux mêmes essais avec le sérum non refroidi.

L'agglutination se fait de façon identique dans tous les cas. Il n'y a donc pas de modifications du pouvoir agglutinant du sérum ni de l'agglutinabilité des cultures du fait de l'abaissement de température.

Effets physiologiques des injections de lécithine.

MM. Desgrez et **Aly Zaky.** — Nous avons institué des expériences qui prouvent que les lécithines, administrées par la voie sous-cutanée à la dose de 0 gr. 04 à 0 gr. 05 centigr. tous les dix jours, exercent chez le cobaye une influence très favorable sur la nutrition; elles élèvent, en effet, le taux de l'urée, de l'azote total et le coefficient d'utilisation azotée; la proportion de phosphore éliminé diminue simultanément, ce qui indique, pour une même alimentation, une fixation plus grande de cet élément. Dans tous les cas, le poids des animaux injectés augmente plus rapidement que celui des témoins.

Leucocytose et polynucléaires dans la fièvre typhoïde.

MM. P. Courmont et **Barbaroux** (de Lyon). — Nous avons poursuivi, chez 18 dothiénentériques, l'étude parallèle de la leucocytose et des variations des polynucléaires. La formule hémoleucocytaire, dans tous ces cas, a été à peu près constante. A la période de fièvre, nous avons trouvé une hypoleucocytose générale plus ou moins prolongée et une élévation du nombre relatif, mais une diminution du chiffre absolu, des polynucléaires. A la période de défervescence et d'apyrexie, nous avons constaté un abaissement considérable et parallèle de la leucocytose totale, et surtout du nombre absolu et relatif des polynucléaires.

De la valeur alimentaire des matières albuminoïdes en injections sous-cutanées.

M. Laborde (de Toulouse). — Au cours de mes expériences sur la valeur alimentaire des matières albuminoïdes administrées par la voie sous-cutanée, j'ai pu constater que les injections hypodermiques de ces substances sous différents états moléculaires sont toujours suivies de lésions du rein; que les albumines du blanc d'œuf et la caséine sont mieux tolérées par le lapin que la globuline, les albumoses et les peptones; et, enfin, que sous leur influence l'élimination de l'azote, du soufre et du phosphore urinaires augmente, puis décroît généralement vingt-quatre heures environ avant la mort de l'animal.

Je crois que ces injections détruisent l'albumine fixe et que c'est à cette dernière cause qu'il faut attribuer l'augmentation de l'élimination de l'azote urinaire. Les matières albuminoïdes administrées par la voie sous-cutanée ne semblent donc pas aptes à réparer les pertes de l'organisme, et, par suite, ne sont pas susceptibles d'applications thérapeutiques.

Action chimique des microbes sur le sang.

M. Labbé. — Quand on cultive des microbes sur le sang, on constate que ces organismes produisent des transformations de l'hémoglobine qu'il est facile de suivre à l'aide du spectroscope. J'ai pu m'assurer par ce procédé que certains microbes donnent constamment et rapidement de la méthémoglobine : tel le bacille diphtérique; que d'autres réduisent rapidement l'oxyhémoglobine, comme le bacterium coli, le bacille d'Eberth, etc. D'autres enfin, la bactéridie charbonneuse, le bacillus subtilis, par exemple, sont également réducteurs, mais d'une façon beaucoup moins complète.

Ces expériences, qui confirment celles d'Ehrlich et d'autres auteurs, permettent de soupçonner la nature des altérations observées dans le sang des malades morts d'infection.

ÉTRANGER

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 28 juillet 1900.

Etiologie des fièvres hématuriques des pays chauds.

M. Firket. — L'hémoglobinurie des pays chauds ne constitue pas, non plus que l'hémoglobinurie d'Europe, une infection *sui generis*.

Elle peut résulter de l'action de causes occasionnelles multiples agissant sur un organisme prédisposé, qu'il s'agisse de prédisposition congénitale (syphilis, etc.) ou — et c'est le cas le plus fréquent — acquise (influence du climat tropical et d'accès répétés de paludisme).

La crise d'hématurie n'est pas ordinairement assimilable à un accès paludéen produit par la pullulation des hématozoaires de Laveran; dans quelques cas seulement, elle peut coexister avec un tel accès, qui acquiert alors la valeur d'une cause occasionnelle. Mais le plus souvent, elle est déterminée par un facteur autre que le paludisme, tels que le froid, des émotions violentes, une auto-intoxication gastro-intestinale ou une intoxication quinique, etc.

Dans ces conditions, les cas de fièvre à urines noires observés dans les pays chauds différant les uns des autres par leurs symptômes, leurs lésions et leurs causes, ne me paraissent pas pouvoir être réunis sous une désignation commune.

Sur la structure du chiasma optique.

M. Nuel. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un travail de M. Gallemaerts (de Bruxelles), relatif à la structure du chiasma optique. Dans son mémoire, l'auteur, après avoir résumé les travaux les plus récents sur la question, expose le résultat de ses recherches personnelles, qui lui permettent de conclure que l'entre-croisement des nerfs optiques est partiel chez l'homme. Le faisceau croisé est plus volumineux que le faisceau direct; sans que les deux ordres de fibres soient nettement séparés, on peut dire que la partie médiane du chiasma est occupée surtout par les fibres croisées, les régions latérales par les fibres directes. Les premières de ces fibres remontent dans la racine du nerf optique opposé à une hauteur qui peut atteindre 3 millimètres.

La diazo-réaction d'Ehrlich.

M. Boddaert. — Le travail que nous a adressé M. Zunz (de Bruxelles), et sur lequel vous m'avez chargé de vous présenter un rapport, est relatif à la technique de la diazo-réaction d'Ehrlich et aux résultats que donne ce mode d'investigation. L'auteur estime, avec Clemens, que les corps produisant cette réaction sont des produits anormaux de la décomposition des albuminoïdes. Ces substances ne sont pas les mêmes dans les diverses affections au cours desquelles se rencontre la diazo-réaction. Elles appartiennent probablement à la série grasse. La diazo-réaction indique donc des troubles du métabolisme des matières protéiques.

M. Zunz propose de ranger en trois groupes les affections dans lesquelles on peut voir survenir la diazo-réaction, suivant que cette réaction est habituelle dès le début (fièvre typhoïde, rougeole), qu'elle n'apparaît qu'à la fin (tuberculose pulmonaire ou péritonéale), ou qu'elle est inconstante.

M. Boddaert relate un cas d'onomatomanie, remarquable par cette particularité qu'il s'est développé chez un homme de soixante-treize ans jusque-là normal.

Dr Keiffer.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de l'eczéma par la lumière solaire rouge.

Les effets favorables que M. le docteur N. Finsen (de Copenhague) a obtenus dans la variole par l'action des rayons rouges du spectre solaire (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 302) ont déterminé M. le docteur W. Winternitz, professeur d'hydrothérapie à la Faculté de médecine de Vienne, à expérimenter un traitement analogue chez des sujets porteurs de lésions eczémateuses. Dans ces essais, les placards éruptifs, préalablement recouverts d'une fine étoffe de soie de couleur rouge intense, furent exposés directement à la lumière solaire aussi longtemps que possible (jusqu'à quatre heures dans un cas). Chez tous les patients traités de la sorte, et quelle que fût la forme de l'eczéma à laquelle on avait affaire, notre confrère a constaté une régression rapide des symptômes morbides : le suintement séreux, l'hyperémie cutanée et l'infiltration inflammatoire ont diminué, puis disparu complètement.

Le citrate double de lithine et d'urotropine contre la gravelle.

M. le docteur I. V. Koudintzev (de Kharkov) a expérimenté chez l'homme le citrate double de lithine et d'urotropine, composé qu'un chimiste russe, M. L. Spassky, a découvert récemment, et il a observé que ce produit était doué de la propriété de diminuer l'excrétion de l'acide urique et de dissoudre le sable urinaire. Administré à des sujets atteints de gravelle à la dose de 0 gr. 50 centigr. répétée trois fois par jour et pendant plusieurs mois consécutifs, le citrate double de lithine et d'urotropine a fait disparaître tout à fait le sable urinaire et diminuer notablement le taux de l'acide urique. Ce résultat fut obtenu même dans des cas qui avaient résisté à tous les procédés thérapeutiques mis en œuvre d'habitude contre la gravelle.

Traitement de l'acné ulcéreuse par les applications de sel marin.

Contre l'acné atrophique ou ulcéreuse qui, comme on sait, siège le plus souvent à la face et provoque la formation de cicatrices déprimées, M. le docteur F. Luithlen (de Vienne) a recours avec succès à l'emploi de compresses imbibées d'une solution de sel marin à 1 ou 2 %, qu'on applique le soir sur la partie atteinte. Dans la journée, ces compresses sont remplacées par une pommade contenant de 1 à 2 gr. de sel marin pour 100 gr. de lanoline.

Sous l'influence de ce traitement, les pertes de substance ne tarderaient pas à se déterger, puis à se recouvrir de cicatrices peu apparentes; les infiltrations non encore ulcérées rétrocéderaient rapidement et il ne se produirait plus de nouvelles éruptions.

Errata. — Dans notre numéro du 4 juillet, p. 225, 1re col., 49e ligne, au lieu de : expiration, lire : *inspiration*.

M. Tourtoulis-Bey (du Caire) nous déclare que, contrairement à ce qui est dit dans notre dernier numéro, p. 263, 2e col., 83e et 84e lignes, il n'a pas pratiqué l'autopsie du sujet qui a fait l'objet de sa communication.

TREIZIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL

DES

SCIENCES MÉDICALES

Tenu à Paris du 2 au 9 août 1900.

(Suite. — Voir nos deux précédents numéros.)

SECTION DE PATHOLOGIE INTERNE

Œdème aigu du poumon.

M. le Secrétaire donne lecture du rapport de M. Masius (de Liège), dont voici le résumé :

L'œdème pulmonaire aigu, qui n'est qu'une modalité de l'œdème en général, présente cependant deux caractères propres : d'une part, l'accumulation du liquide non seulement dans les mailles du tissu conjonctif, mais surtout dans les cavités alvéolaires; d'autre part, la soudaineté avec laquelle se déclarent les phénomènes morbides à peu près uniformes au point de vue clinique, mais variables en intensité.

L'hyperémie active simple, non inflammatoire, sans lésions des parois vasculaires, sans obstacle à l'écoulement du liquide, est incapable de produire un œdème. Par l'irritation d'un nerf quelconque, le sciatique, par exemple, il est facile de déterminer une congestion active dans un membre, avec turgescence des tissus, augmentation de la chaleur et de la rougeur; mais jamais, dans ces conditions, il ne se produit d'œdème. Par contre, les altérations des tuniques vasculaires, en entraînant une augmentation de leur perméabilité, sont un facteur important de l'œdème.

L'étude clinique nous apprend que ce syndrome se présente sous des aspects multiples qui ne peuvent reconnaître une pathogénie univoque, et dont le classement conduit à une division un peu artificielle, mais nécessaire, en œdème inflammatoire, œdème de stase et œdème toxique.

Dans l'*œdème inflammatoire*, il s'agit d'un processus phlegmasique incomplet dans lequel l'exsudation se limite essentiellement au plasma et s'accompagne d'une diapédèse d'importance très variable. C'est un état semblable qu'on rencontre d'habitude au pourtour des foyers pneumoniques. Mais, dans certains cas, l'infiltration séreuse prend une extension considérable du côté où s'est déclarée la pneumonie; elle peut même envahir le côté opposé. Quelquefois, dans cette variété qu'on a qualifiée de pneumonie séreuse, elle intéresse d'emblée le parenchyme d'un lobe ou d'un poumon tout entier, alors que les manifestations pneumoniques proprement dites n'apparaissent que plus tard en l'un ou l'autre point des surfaces envahies, ou font même complètement défaut. En dehors de la pneumonie séreuse, l'œdème inflammatoire a été signalé surtout à la suite des traumatismes portant sur le crâne, ou encore comme conséquence d'un refroidissement subit, intense et prolongé.

Il est donc permis de concevoir que la pathogénie de l'œdème inflammatoire aigu se ramène vraisemblablement à une vasodilatation réflexe, circonscrite ou étendue, survenant sous l'influence d'un des facteurs que nous avons cités et accompagnée d'une lésion directe des parois vasculaires par des microbes vivant, normalement ou occasionnellement, au sein du parenchyme pulmonaire sans avoir jusque-là engendré un processus morbide. En clinique, l'existence de l'hyperthermie, le pouls généralement fort et quelquefois des signes objectifs d'un ou de plusieurs foyers d'hépatisation pneumonique permettront de porter le diagnostic de cette variété d'œdème pulmonaire.

L'*œdème de stase* est la forme de beaucoup la plus fréquente. Il est un élément étiologique auquel j'attache une importance considérable dans sa production : c'est l'altération des parois vasculaires amenant la modification de leur perméabilité. Il ne s'agit d'ailleurs là que d'une cause prédisposante et non d'un facteur déterminant.

Au point de vue clinique, il existe toute une catégorie de faits, et non des moins nombreux, dans lesquels, dès le début de l'accès, il y a affaiblissement ou même parésie du cœur gauche, affaiblissement dont témoigne la faiblesse du pouls radial qui est filiforme et presque nul, alors que le soulèvement diffus et énergique de l'épigastre, l'augmentation de la matité rétrosternale, la netteté et le renforcement des bruits de la pulmonaire décèlent l'énergie de la contraction du cœur droit. C'est là un fait d'observation courante chez les cardiaques porteurs d'une lésion mitrale, chez les grands artérioscléreux et chez les néphrétiques. Dans ces conditions, le cœur droit encore vigoureux agit activement contre l'obstacle qu'il rencontre, tandis que le cœur gauche déjà épuisé reste inerte. Même lorsqu'on doit admettre l'existence d'une altération des parois vasculaires d'ordre réflexe ou sous la dépendance d'un processus inflammatoire, le rôle de l'appareil cardiaque paraît incontestable.

A côté de ces faits, il en est d'autres qui s'accompagnent, à leur début et pendant un temps notable de leur évolution, d'une hypertension artérielle considérable. Dans ces cas, il s'agit bien d'une vasodilatation active des vaisseaux pulmonaires dépendant d'une irritation du plexus cardio-pulmonaire, due elle-même à une péri-aortite ou à une péricardite. Je ne puis admettre l'opinion de M. Huchard pour qui l'œdème ne survient pas tant que la contraction du ventricule droit reste suffisante. La vasodilatation active des capillaires pulmonaires, qui ne suffit pas non plus à elle seule à produire l'œdème, doit être nécessairement accompagnée d'une altération des parois vasculaires avec ou sans modifications dans les rapports osmotiques des liquides qui les baignent.

Quant à l'*œdème toxique*, on doit vraisemblablement en attribuer la genèse à des lésions vasculaires produites par l'agent toxique.

M. J. Teissier (de Lyon), *co-rapporteur*, donne lecture de son rapport, que nous avons publié récemment (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 255).

M. Huchard. — Dans l'œdème aigu du poumon, l'expectoration n'est pas seulement albumineuse, mais rosée, *saumonée*. Il existe donc un élément congestif dont le terme d'œdème ne tient pas compte; aussi les dénominations d'*hémo-œdème*, *œdème congestif*, *œdème fluxionnaire* me semblent-elles préférables.

Quand survient l'attaque d'asystolie aiguë qui provoquera la poussée d'œdème pulmonaire, il existe toujours des lésions cardiaques, quelque subit et rapide que soit le début de l'attaque. Celle-ci ne tue pas toujours le malade d'une façon rapide; les attaques peuvent se renouveler, donnant ainsi naissance à des asystolies récidivantes, à l'asystolie chronique.

Au point de vue du mécanisme de la production de l'œdème pulmonaire, l'observation suivante présente la valeur d'une véritable expérience de laboratoire. Une femme de cinquante ans, atteinte d'un rétrécissement mitral ancien avec lésions latentes du rein et de l'aorte, fut prise brusquement d'un œdème du poumon, se traduisant par un état d'asphyxie blanche avec expectoration mousseuse et sanguinolente et bouffées de râles sous-crépitants. Sachant qu'il existait antérieurement une dilatation aiguë de l'oreillette gauche, je conclus à l'existence d'une thrombose auriculaire par un caillot en grelot venant oblitérer l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. L'autopsie de cette femme, morte un quart d'heure après le début des accidents, permit de vérifier le diagnostic clinique et démontra, en même temps que l'existence d'une sclérose rénale prononcée, celle d'une péri-aortite ayant déterminé une irritation du plexus cardiaque.

Au point de vue du traitement, on considère généralement la saignée copieuse comme le seul moyen propre à enrayer l'œdème pulmonaire. Il est aussi certaines médications qu'il faut savoir éviter. Je suis d'accord avec M. Teissier pour déclarer la morphine nuisible. Le vésicatoire doit également être proscrit en raison de l'imperméabilité rénale. La médication iodurée, à laquelle sont souvent soumis les candidats à l'œdème pulmonaire, doit être supprimée dès que l'on constate l'existence d'un œdème subaigu, de crainte de voir survenir un œdème iodique auquel les malades succomberaient presque à coup sûr. En ce qui concerne la ponction de l'oreillette, je pense que toutes les audaces thérapeutiques doivent avoir pour limite le respect de la vie humaine.

M. Pierre Merklen (de Paris). — J'ai récemment observé un cas dont l'étude me paraît indiquer la part qu'il faut faire dans l'œdème aigu du poumon à l'asystolie et à la toxémie. Il s'agit d'un homme atteint d'une néphrite interstitielle chronique jusque-là latente, qui eut une poussée de néphrite aiguë à l'occasion d'une grippe. Après une amélioration passagère par le régime lacté, ce malade fut pris brusquement d'une crise d'œdème pulmonaire aiguë que l'on put cependant conjurer immédiatement. Pendant cette crise, le pouls s'accéléra sans faiblir, les battements du cœur restèrent forts, la matité cardiaque ne parut pas augmentée, la tension artérielle demeura normale : il n'existait, en somme, aucun signe de défaillance cardiaque. Le lendemain, on constata l'existence d'un foyer de bronchopneumonie à la base droite. Quelques jours après survint une seconde poussée d'œdème pulmonaire aigu, également enrayée par une large saignée. Mais le malade mourut subitement au cours d'une troisième crise, sans avoir présenté, au préalable, ni faiblesse ni irrégularité du pouls. L'examen cryoscopique des urines pratiqué la veille de la mort avait permis de reconnaître une imperméabilité rénale très accusée. Fait remarquable, peu d'heures avant le décès on avait pu recueillir sur le front du malade une abondante poudre blanche constituée par des cristaux de chlorure double de sodium et d'urée. A l'autopsie, on trouva les reins atrophiés; le ventricule gauche était hypertrophié, mais nullement dilaté; le cœur s'était arrêté en systole et présentait l'apparence de l'hypertrophie dite concentrique. Les poumons étaient infiltrés d'une sérosité œdémateuse qui ruisselait à la coupe. Il existait, en outre, de l'œdème cérébral et un petit foyer de bronchopneumonie de la base droite avec adhérences pleurétiques récentes. L'examen histologique du myocarde révéla l'existence de graves altérations des deux ventricules, consistant dans un œdème interstitiel accompagné de dégénérescence granuleuse et de fragmentation des fibres musculaires. Cette myocardite, développée, comme l'œdème pulmonaire, la bronchopleuro-pneumonie et l'œdème cérébral, sous l'influence de l'insuffisance rénale, doit être considérée comme la cause de la mort subite; elle ne s'était manifestée pendant la vie par aucun signe, de sorte qu'il est difficile de lui attribuer un rôle prépondérant dans la pathogénie de l'apoplexie séreuse du poumon; d'ailleurs, les troubles cardiaques étaient à peu près nuls pendant la crise d'œdème pulmonaire, et il existait une exagération manifeste de la tension artérielle. Je crois donc pouvoir conclure que l'œdème pulmonaire aigu était, dans ce cas, une complication directe de l'insuffisance rénale au même titre que l'œdème cérébral, la bronchopneumonie, la pleurésie sèche et la myocardite.

M. Dieulafoy. — En me plaçant sur le terrain de la clinique, je trouve — pour me limiter aux brightiques — que les explications pathogéniques proposées sont insuffisantes, parce qu'elles ne répondent pas à tous les cas. C'est ainsi que lorsqu'on voit survenir un œdème aigu du poumon chez un individu entaché de brightisme ou atteint de néphrite aiguë, subaiguë, syphilitique précoce, scarlatineuse, il faut mettre cet œdème sur le compte de la néphrite. Souvent de tels malades ignorent qu'ils ont de l'albumine. La crise d'œdème pulmonaire peut chez eux revêtir l'allure d'un accès d'asthme. Mais elle en diffère en ce qu'à l'auscultation on constate une pluie de râles qui s'étendent à toute la poitrine, et en ce que les malades expectorent des quantités de sérosité pouvant atteindre et dépasser un litre. Il est certain que dans ces cas on trouve quelquefois de l'aortite. Mais celle-ci m'a semblé faire le plus souvent défaut, et je m'appuie, pour cette affirmation, non sur des observations cliniques, mais sur des examens nécropsiques. De plus, si ces patients avaient des lésions cardiaques, aortiques et péri-aortiques, il serait bien étrange que la saignée les guérît aussi rapidement.

M. Huchard. — Contrairement à l'opinion de M. Dieulafoy, j'estime que dans l'œdème aigu du poumon il existe toujours une péri-aortite. Ce qui importe, ce n'est pas l'intensité de cette lésion, c'est sa localisation, qui doit être telle qu'elle détermine une irritation du plexus cardiaque.

En outre, l'œdème aigu du poumon est rare dans la néphrite parenchymateuse, fait remarquable puisque c'est précisément cette forme de néphrite qui s'accompagne le plus communément d'œdèmes généraux. Au contraire, l'œ-

dème du poumon est fréquent dans la néphrite interstitielle (dans laquelle les œdèmes généraux sont rares et peu prononcés), parce qu'il existe le plus souvent dans ce cas de l'artériosclérose généralisée, produisant d'une part de la sclérose rénale, d'autre part de la péri-aortite, cause première de l'œdème pulmonaire.

Pathogénie des pleurésies pulsatiles.

M. Béclère (de Paris). — Dans la pleurésie *gauche* avec épanchement, tant que la paroi droite du péricarde et la cloison médiastine dont elle fait partie ne sont pas trop tendues, c'est surtout l'air contenu dans les vésicules de la face interne du poumon *droit* qui reçoit et amortit les pulsations cardiaques, celles-ci se propageant dans la direction où elles rencontrent le moins de résistance. A mesure qu'augmente l'abondance de l'épanchement, la paroi droite du sac péricardique se tend davantage et oppose une résistance plus grande à la transmission des pulsations cardiaques. Quand la résistance de cette cloison fibreuse arrive à dépasser celle des muscles intercostaux gauches relâchés, les pulsations cardiaques se transmettent au travers du liquide pleural à la paroi thoracique, donnant ainsi naissance à une pleurésie pulsatile.

Trois ordres de faits peuvent être invoqués en faveur de cette interprétation.

En premier lieu, si l'on introduit dans la plèvre gauche d'un cadavre une grande quantité d'eau, on peut voir, par une fenêtre pratiquée dans la paroi thoracique droite et après ablation du poumon du même côté, que la cloison médiastine droite, au point où elle est constituée par le sac péricardique, se tend de plus en plus au fur et à mesure que croît l'abondance du liquide injecté; elle finit par être tellement tendue qu'elle met obstacle à l'introduction dans la plèvre d'une plus grande quantité d'eau.

D'autre part, l'examen radioscopique, chez des malades porteurs d'un empyème pulsatile gauche, a montré l'immobilité du contour demi-circulaire qui limite à droite de la colonne vertébrale l'ombre du cœur déplacé, alors que chez les sujets porteurs de pleurésie gauche non pulsatile il existe toujours des mouvements rythmiques de l'ombre cardiaque, faciles à reconnaître sur le bord droit de la colonne vertébrale.

Enfin, chez un malade atteint d'un épanchement pleural peu abondant, mais présentant une malformation congénitale de la poitrine (thorax en entonnoir) telle que l'espace compris entre le rachis et le sternum ne mesurait pas plus de 5 ou 6 centimètres, le cœur se trouvait enserré par son bord droit et sa face antérieure dans une véritable loge osseuse et cartilagineuse contre les parois de laquelle les progrès de l'épanchement ne pouvaient que l'appliquer plus étroitement. Or, malgré la petite quantité de l'épanchement et l'absence de déplacement du cœur, les pulsations cardiaques, arrêtées à droite par un véritable mur, se transmettaient au travers du liquide dans la paroi thoracique gauche avec une énergie capable de faire trembler le lit du malade, réalisant ainsi un cas typique de pleurésie pulsatile.

Il semble donc bien que les trois ordres de preuves, expérimentale, radioscopique et clinique, soient d'accord pour faire admettre que c'est la résistance de la cloison médiastine droite qui réalise, quand elle dépasse celle des espaces intercostaux gauches, les conditions physiques nécessaires et suffisantes pour la production d'une pleurésie pulsatile.

Quant aux conditions pathologiques qui permettent le développement de cette affection, il convient de remarquer que les pleurésies se présentant avec une évolution assez lente pour amener une telle compression du poumon et un tel déplacement du cœur sans mettre immédiatement en péril la vie du malade sont presque toujours des pleurésies tuberculeuses, véritables abcès froids de la plèvre pouvant être consécutifs à une perforation pulmonaire. Aussi les pleurésies pulsatiles sont-elles presque uniquement purulentes et souvent accompagnées de pneumothorax.

Traitement, par la thoracentèse simple, de la pleurésie purulente à bacille d'Eberth.

M. Galliard (de Paris). — J'ai obtenu, par six thoracentèses successives et sans pleurotomie, la guérison d'une pleurésie purulente à bacilles d'Eberth, chez une jeune fille de seize ans atteinte d'une fièvre typhoïde nettement caractérisée, mais peu grave en apparence. Le quatorzième jour de la maladie, deux jours après l'apparition d'une violente douleur au côté gauche, on avait constaté, à la base du poumon gauche, de la matité avec abolition du murmure vésiculaire. La température étant montée le vingt-neuvième jour à 38°8 et les signes d'épanchement persistant, on pratiqua en arrière et à gauche une ponction exploratrice qui donna issue à un liquide rougeâtre, couleur chocolat, épais et légèrement fétide. En présence de ces constatations, on retira par ponction 250 c.c. de ce liquide. Une petite quantité d'eau stérilisée fut introduite alors dans la plèvre, puis remplacée par 50 gr. de solution phéniquée à 25 ‰. Peu après la ponction se déclara une douleur atroce au rachis, bientôt suivie de frissons avec une température vaginale de 41°. Pour expliquer ces accidents (élévation de la température, fréquence du pouls, refroidissement des extrémités, collapsus, teinte verdâtre de l'urine), je crois devoir incriminer non seulement le choc nerveux, mais encore une intoxication phéniquée, bien que la quantité d'acide phénique abandonné dans la plèvre n'ait pas dépassé 1 gr. 25 centigr.

Trois nouvelles thoracentèses furent successivement pratiquées le trente-sixième, le trente-neuvième et le quarante-cinquième jour. Une cinquième ponction, six jours plus tard, donna issue à 800 c.c. environ d'un liquide franchement purulent, non fétide. Les jours suivants, on perçut à la région antérieure du thorax des frottements pleuraux, mais le cœur ne reprit pas sa situation normale et les signes d'épanchement dorso-axillaire persistèrent. Le soixante-huitième jour, une sixième et dernière thoracentèse ne fournit plus que 250 c.c. de pus jaunâtre. En même temps, l'état général s'améliora, la malade reprit de l'appétit et put quitter l'hôpital au bout de quatre jours. Au commencement de la quinzième semaine, on ne constatait plus que des signes de symphyse pleurale à la base, la respiration étant perçue jusqu'en bas; le thorax n'était pas déformé.

Il s'agissait dans ce cas d'une pleurésie cloisonnée, à loges multiples, ainsi que l'ont montré les ponctions exploratrices et évacuatrices. Au point de vue bactériologique, il convient de noter que l'analyse du pus retiré au cours des différentes thoracentèses a toujours révélé la présence du bacille d'Eberth *à l'état de pureté*.

Du foie dans les anémies.

M. Garnier (de Paris) relate, au nom de M. Gilbert et au sien, les résultats de recherches sur l'état du foie dans l'anémie post-hémorrhagique. Onze lapins soumis à des saignées de quantité et de fréquence variables ont tous présenté des lésions identiques, uniquement histologiques, plus marquées chez les animaux que l'on a conservés plus longtemps. Ces altérations atteignaient leur maximum chez un lapin qui fut soumis pendant huit mois à des saignées peu abondantes mais répétées, et qui fut sacrifié en pleine santé au bout de ce laps de temps. A l'autopsie, on trouva le foie modifié dans la totalité de ses éléments, les cellules étant toutes atteintes de *tuméfaction transparente*; en quelques points, la lésion était plus prononcée et on constatait des éléments en voie de nécrose. Chez les autres animaux, il s'agissait soit d'îlots de cellules en état de tuméfaction transparente, soit d'une altération particulière du protoplasma qu'on peut considérer comme le début de cette dernière et qui consiste en ce que le protoplasma est rempli de boules claires et vitreuses, les cellules les plus atteintes étant celles du centre du lobule. Chez deux chiens soumis à des expériences analogues, il existait également dans le foie des îlots d'éléments en état de tuméfaction transparente, la plupart des autres cellules renfermant aussi des boules claires isolées.

Cette lésion, loin d'être particulière aux animaux, peut se rencontrer chez l'homme. C'est ainsi que chez une jeune fille de seize ans, morte de purpura hémorrhagique, la plupart des cellules hépatiques contenaient des boules claires et vitreuses.

Assez superficielle, la lésion décrite sous le nom de tuméfaction transparente est longtemps compatible avec le bon fonctionnement de la cellule dont le noyau reste intact et dont la vitalité est souvent même augmentée, beaucoup d'éléments renfermant deux noyaux. Cette altération conduit néanmoins à la mort de la cellule.

La fièvre intermittente hépatique.

M. F. Pick (de Prague). — Dans un cas de fièvre intermittente hépatique ayant évolué en six mois avec soixante frissons de dix à quinze heures chacun de durée, j'ai constaté, dans la dernière période, l'existence d'une leucocytose considérable, s'élevant à 18,000, voire à 34,000 leucocytes et survenant seulement les jours où il y avait eu des accès fébriles. Une telle leucocytose peut permettre le diagnostic différentiel de cette forme morbide d'avec une série d'affections présentant un tableau clinique plus ou moins analogue, mais dans lesquelles le nombre des globules blancs est normal ou inférieur à la normale : c'est le cas, par exemple, de l'accès paludéen. Dans les abcès du foie, l'augmentation des leucocytes s'exagère, il est vrai, au moment des accès, mais ne fait pas entièrement défaut dans leur intervalle.

L'étude de la leucocytose démontre, en outre, que la fièvre intermittente hépatique n'est pas de nature réflexe, comme l'admettent certains auteurs, mais qu'elle est due à une résorption de toxines (*fièvre bilioseptique* de Chauffard).

Dans un autre fait de fièvre intermittente hépatique, j'ai fait doser l'urée, l'ammoniaque ainsi que l'azote total et noter le volume des urines. La courbe établie à l'aide de ces données confirme celle qu'obtint Regnard dans un cas jusqu'ici unique. Elle indique que, le jour où survient le frisson, le taux de l'urée commence à baisser et qu'après trois jours de fièvre l'urine ne renferme plus que 5 gr. de ce corps par vingt-quatre heures, au lieu de 20 gr., chiffre normal. L'ammoniaque et le volume des urines suivent une courbe parallèle.

Sur la fièvre hémoglobinurique palustre.

M. Karamitsas (d'Athènes). — Dans l'évolution de la fièvre bilieuse hématurique ou hémoglobinurique palustre, on doit distinguer deux périodes, l'une hémoglobinurique, l'autre post-hémoglobinurique. Dans la première, que caractérisent l'existence de l'hémoglobine dans l'urine et l'ictère, les phénomènes s'expliquent par la destruction de l'hémoglobine. Dans la seconde, au contraire, il ne s'agit plus que d'une anémie intense.

A côté d'une forme de fièvre hémoglobinurique due à la quinine et dont les travaux récents semblent avoir démontré la réalité, je crois qu'il y a place pour une fièvre hémoglobinurique d'origine paludéenne. Les arguments sur lesquels s'appuie cette manière de voir sont les suivants :

La maladie ne s'observe qu'en pays paludéen et n'a jamais été constatée dans des contrées indemnes de malaria, si ce n'est chez des sujets récemment arrivés des régions paludéennes. La fréquence de la fièvre hémoglobinurique est d'ailleurs parallèle à celle des fièvres palustres. Il convient de remarquer que l'hémoglobinurie est presque toujours précédée et suivie d'accès intermittents répétés, lesquels finissent par céder à l'action de la quinine sans que celle-ci provoque une nouvelle attaque d'hémoglobinurie. A l'encontre de l'opinion émise par M. Koch, j'ai constaté dans tous les cas examinés de fièvre hémoglobinurique la présence dans le sang d'hématozoaires de Laveran. Chez certains malades où ce parasite est très rare, il faut procéder à des examens répétés pour en déceler la présence. Son absence même ne me paraît pas, d'ailleurs, constituer un argument en faveur de l'origine exclusivement quinique de la fièvre hémoglobinurique, car les sujets atteints de cette affection sont toujours des paludéens anciens ayant fait un usage prolongé de la quinine, et l'on sait que dans ces cas il est exceptionnel de rencontrer l'hématozoaire dans le sang. Enfin, la nature paludéenne de la fièvre hémoglobinurique me semble encore prouvée par les bons effets que j'ai obtenus de la quinine, à part quelques rares exceptions, dans le traitement de cette affection.

Infection expérimentale de la rate.

M. de Dominicis (de Naples). — On peut facilement transplanter, chez le chien, la rate en

dehors de la cavité abdominale, pour la rendre plus accessible à l'expérimentation, si l'on a soin de ménager ses communications vasculaires. Quand, dans une rate ainsi préparée, on injecte de l'eau ou des cultures stérilisées, l'animal succombe au bout de trois à huit heures, foudroyé comme dans l'intoxication par le cyanure de potassium. Avec 8 à 12 millimètres cubes d'une culture de colibacille ou 5 millimètres cubes de culture de bacille d'Eberth, la mort survient dans les mêmes conditions, de cinq à huit heures après l'injection. Lorsqu'on se sert de chevaux comme animaux d'expérience, le résultat est encore le même.

Si l'on conserve les animaux en vie, on constate, au bout de quelques mois, des altérations du pancréas et du foie. En même temps surviennent de la faiblesse des extrémités postérieures, de la polydypsie, de la polyphagie, de l'amaigrissement, en résumé un véritable syndrome diabétique.

M. Widal (de Paris). — On peut sans inconvénient injecter dans une rate de lapin, pesant de 1 gr. à 1 gr. 50 centigr., des quantités relativement considérables (de 1 c.c. à 1 c.c. 5) de liquide. Il se produit simplement une boule d'œdème de la rate, bridée par la capsule. Cette opération est toujours bien supportée pourvu qu'elle ait été pratiquée avec les précautions usuelles d'asepsie. J'ai constaté avec M. Lesné que chez le cobaye une injection de culture de bacilles d'Eberth est absolument inoffensive. Les recherches de M. de Dominicis prouvent donc qu'il suffit de changer d'animal pour avoir des résultats différents.

A propos de la bactériologie du rhumatisme articulaire aigu.

M. Triboulet (de Paris). — Bon nombre de rhumatismes, tant simples que compliqués, donnent des résultats bactériologiques négatifs ou variables. Bien qu'aucun des germes décrits dans le rhumatisme articulaire aigu ne permette de reproduire expérimentalement la polyarthrite fébrile, il semble cependant que la bactériologie soit à même de fournir des indications thérapeutiques précieuses en montrant les rapports qui existent entre la variété clinique et l'infection microbienne. En effet, les rhumatismes pour lesquels l'examen du sang sur lamelles et par cultures successives ne révèle pas la présence d'un germe pathogène sont en général d'un pronostic bénin. Au contraire, l'infection sanguine décelée au cours d'un rhumatisme par l'examen microscopique est toujours l'indice de complications imminentes. Les microbes qui passent avec une facilité remarquable dans le sang du rhumatisant constituent alors de véritables agents d'infection secondaire. Dans un cas de rhumatisme grave, j'ai pu constater dans le sang du malade jusqu'à trois formes microbiennes différentes. Il semble que le diplocoque que j'ai décrit avec M. Coyon se rencontre plus particulièrement dans les formes subaiguës s'accompagnant de complications endocardiques. Quant au bacille d'Achalme, on le trouve fréquemment à l'autopsie de sujets ayant succombé à des formes prolongées ou foudroyantes et accompagnées de complications multiples.

M. Widal. — Tout le monde s'accorde à reconnaître que la polyarthrite fébrile est d'origine infectieuse. Mais la question de spécificité est encore à l'étude. Elle serait importante à trancher, car dans bon nombre de formes anomales nous restons dans l'indécision, faute de pouvoir mettre en évidence l'agent pathogène spécifique. J'ai recherché s'il n'était pas possible de trouver une autre marque de la spécificité. Or, dans 3 cas de polyarthrite fébrile, j'ai constaté avec M. Ravaut l'existence, dans la sérosité de l'articulation atteinte, de leucocytes polynucléaires très confluents. Ces éléments sont des indices de lutte et de la présence de microbes que nous n'avons cependant pas réussi à mettre en évidence par l'examen bactériologique. Les leucocytes ne se présentent pas avec les mêmes caractères dans les arthrites traumatiques. Il semble donc qu'il y ait là une marque de spécificité dont la valeur devra être ultérieurement déterminée.

M. G. Papillon (de Paris). — La notion de la spécificité du rhumatisme articulaire aigu n'est pas encore absolument classique. Certains faits cliniques peuvent cependant être invoqués en sa faveur. C'est ainsi qu'il existe de véritables épidémies, comme celles que l'on peut observer dans certaines maisons rhumatifères. Au musée du Trocadéro, par exemple, on a vu, quelques jours après l'apparition de moisissures, la majorité des ouvriers qui y travaillaient être pris de rhumatisme franc aigu.

Signification pronostique des symptômes méningitiques dans la fièvre typhoïde.

M. Netter (de Paris). — La fièvre typhoïde peut présenter une forme dite spinale méningitique, coïncidant habituellement avec une localisation du bacille d'Eberth sur les méninges. Cette variété, qui peut être reconnue de bonne heure grâce au signe de Kernig, implique habituellement une plus grande gravité. En effet, la proportion des décès et des rechutes y est à peu près 3 fois plus élevée que dans les autres fièvres typhoïdes : dans nos observations, le taux des décès a été de 20.5 % au lieu de 7 %, celui des rechutes de 43.2 % au lieu de 16 %. Cette forme de dothiénentérie est plus commune au moment des épidémies de méningite cérébro-spinale.

Dr FRANCIS MUNCH (de Paris).

SECTION DE NEUROLOGIE

Du diagnostic de l'hémiplégie hystérique d'avec l'hémiplégie organique.

M. Ferrier (de Londres), *rapporteur.* — L'hémiplégie hystérique peut affecter une telle ressemblance avec l'hémiplégie de cause organique que le diagnostic entre ces deux affections est quelquefois des plus difficiles. Dans la plupart des cas, il est cependant possible de l'établir si, au lieu de s'en tenir à un seul symptôme, on prend en considération plusieurs facteurs dont les plus importants sont : les antécédents héréditaires et personnels du malade, le mode de début et les caractères de la paralysie, sa marche et sa terminaison.

L'hémiplégie hystérique, comme l'hémiplégie organique, peut survenir à tout âge, mais les sujets qui en sont atteints présentent toujours des antécédents névropathiques, ont eu précédemment des attaques hystériques ou sont porteurs de quelques-uns des stigmates de cette névrose. Au contraire, on soupçonnera plutôt une hémiplégie organique chez les sujets prédisposés à l'hémorrhagie, à l'embolie ou à la thrombose cérébrales, par des dégénérescences vasculaires, des affections cardiaques ou rénales.

L'hémiplégie hystérique survient habituellement à la suite d'un ébranlement nerveux, d'une violente émotion, ou bien après une attaque épileptiforme ou apoplectiforme (apoplexie hystérique) simulant une hémorrhagie cérébrale. Cette apoplexie hystérique, qui n'est probablement qu'une phase de la grande attaque, diffère de l'apoplexie vraie par l'absence de troubles circulatoires, respiratoires et thermiques.

En ce qui concerne les caractères de la paralysie, on remarquera que dans l'hémiplégie hystérique la face est rarement intéressée ; ce que l'on constate le plus souvent, c'est un spasme glosso-labié du même côté que la paralysie des membres, ou du côté opposé. En outre, dans cette forme la jambe est ordinairement plus affectée que le bras, et pendant la marche le malade la traîne inerte derrière lui (démarche de Todd), au lieu de lui faire décrire un mouvement de circumduction comme c'est le cas dans l'hémiplégie organique.

Je rappelle sans y insister — cette particularité étant bien connue — qu'une hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle accompagne habituellement l'hémiplégie hystérique. La perte de la sensibilité n'est jamais aussi complète dans la forme organique, même lorsque le faisceau sensitif de la capsule interne est intéressé ; en outre, les sens spéciaux (ouïe, odorat, goût) sont rarement atteints au même degré que chez les hystériques et, quand la vision est troublée, on se trouve généralement en présence d'une hémiopie plutôt que d'une amblyopie croisée avec rétrécissement concentrique du champ visuel.

Le seul caractère différentiel qui mérite d'être relevé au point de vue de la marche des deux variétés d'hémiplégie, c'est que la paralysie hystérique peut rester flasque indéfiniment, tandis que les paralysies de cause organique s'accompagnent toujours, au bout d'un laps de temps n'excédant pas trois mois, d'une contracture musculaire remplacée à la longue par de l'atrophie. J'ajoute que l'hémiplégie hystérique peut présenter des variations d'intensité considérables d'un jour à l'autre et qu'elle disparaît presque toujours brusquement, ce qui n'a jamais lieu dans l'hémiplégie organique.

Enfin, chez les hystériques, les réflexes profonds sont généralement normaux, bien qu'on observe quelquefois le clonus du pied ; d'autre part, le réflexe cutané plantaire est absent ou difficile à obtenir chez eux ; lorsqu'on le constate, il est du type normal, c'est-à-dire « fléchisseur des orteils ». Dans l'hémiplégie organique, au contraire, les réflexes profonds sont toujours exagérés et le clonus du pied est la règle. Quant au réflexe cutané plantaire, il est du type extenseur et constitue ce qu'on a appelé le phénomène des orteils de Babinski.

M. Roth (de Moscou), *co-rapporteur.* — M. Ferrier ayant insisté surtout sur les caractères différentiels de l'hémiplégie hystérique, je me bornerai à passer brièvement en revue les symptômes les plus caractéristiques de l'hémiplégie organique, en commençant par ceux qui peuvent être déduits de l'étude de la paralysie elle-même. A ce point de vue, il convient de signaler en première ligne *la déviation conjuguée des yeux*, qui est inconnue dans l'hémiplégie hystérique ; la *paralysie faciale*, qui est remplacée chez les hystériques par une hypotonie associée à une hypertonie avec petites secousses des muscles de la face du côté opposé ; la *déviation parétique* de la langue et la *dysarthrie* correspondante ; dans l'hystérie, cette déviation affecte des formes variées et capricieuses (hémispasme, renversement du côté opposé, etc.) ; l'*intensité* de la paralysie, plus massive dans l'hémiplégie de cause cérébrale, d'où les différences dans l'attitude des membres et la démarche que signalait tout à l'heure M. Ferrier, etc.

Je suis également d'accord avec mon co-rapporteur sur les modifications des réflexes qui s'observent dans les deux variétés d'hémiplégie. J'insiste seulement sur ce fait que le clonus du pied et aussi le phénomène des orteils de Babinski peuvent se montrer à titre d'exceptions dans l'hémiplégie hystérique.

Il me reste à dire un mot de la valeur que l'on doit accorder aux caractères extrinsèques, tirés non plus de l'examen des troubles paralytiques, mais des circonstances dans lesquelles ils ont pris naissance et du terrain sur lequel ils se sont développés. A coup sûr, ces caractères doivent être pris en considération, mais il ne faut pas en exagérer l'importance, car je ne crois pas qu'ils puissent jamais conduire à une certitude. En outre, l'association de l'hystérie et d'une maladie organique étant chose fréquente, on n'est jamais autorisé à conclure à l'origine hystérique d'une paralysie du fait seul de la constatation chez le sujet qui en est atteint d'un ou de plusieurs stigmates de cette névrose. Je m'élève également contre l'erreur qui consiste à considérer bien à tort comme hystériques toutes les paralysies *passagères*. Très souvent, en effet, ces paralysies sont de nature organique et un examen approfondi du patient permet de découvrir une sclérose en plaques ou une paralysie générale commençantes, une néphrite interstitielle, etc. ; toutes les causes organiques des hémiplégies passagères sont, d'ailleurs, loin de nous être connues.

M. Babinski. — Je suis heureux de voir que MM. Ferrier et Roth ont bien voulu passer en revue quelques-uns des nouveaux signes distinctifs des hémiplégies organique et hystérique que j'ai fait connaître, et qu'ils confirment en grande partie les résultats de mes observations. Je me contenterai donc aujourd'hui de relever quelques points sur lesquels je ne suis pas tout à fait d'accord avec eux et d'indiquer la méthode qui me paraît devoir être suivie si l'on veut se mettre à l'abri d'une erreur de diagnostic.

MM. Ferrier et Roth reconnaissent que dans l'hémiplégie hystérique les réflexes tendineux sont généralement normaux, mais ils admettent qu'exceptionnellement ces réflexes peuvent être exagérés. Tel n'est pas mon avis ; je ne crois pas que dans l'hémiplégie hystérique pure il puisse y avoir, comme dans l'hémiplégie organique, de l'exagération des réflexes tendineux du côté paralysé. Un hystérique peut, il est vrai, dans certains cas, exécuter *volontaire-*

ment, à la suite de la percussion du tendon rotulien, un mouvement plus énergique du côté malade que du côté sain et simuler ainsi, si l'on n'y prend pas garde, une exagération du réflexe; mais on arrive généralement à distinguer ce pseudo-réflexe du réflexe légitime à l'aide des caractères que j'ai indiqués. J'ajoute qu'en pareil cas ce n'est guère que le réflexe rotulien qui paraît exagéré et que les autres réflexes tendineux et osseux, le réflexe du tendon d'Achille, le réflexe radial, celui du triceps brachial sont égaux des deux côtés, contrairement à ce qui a lieu dans l'hémiplégie organique. Je n'ignore pas que certains médecins affirment avoir observé dans l'hémiplégie hystérique une exagération unilatérale de tous les réflexes tendineux, mais je déclare n'avoir jamais rien vu de pareil et je suis convaincu qu'il s'agissait dans ces cas d'associations hystéro-organiques.

Pour établir que l'exagération des réflexes tendineux relève de l'hystérie, il faudrait prouver, dans un cas donné, d'une part que la paralysie, en raison de son mode d'évolution, de l'action exercée sur elle par la suggestion, etc., dépend exclusivement de l'hystérie, et d'autre part que l'exagération des réflexes tendineux, disparaissant avec la paralysie, devait être intimement liée à l'hystérie. Il est à désirer que les neurologistes qui admettent la possibilité de l'exagération des réflexes tendineux dans l'hémiplégie hystérique veuillent bien présenter à leurs collègues leurs sujets, car ce n'est en quelque sorte que « pièces en mains » qu'on finira par s'entendre. J'en dirai autant du phénomène des orteils. La plupart de ceux qui ont contrôlé mes recherches, et M. Ferrier est du nombre, admettent avec moi que ce signe est caractéristique d'un trouble dans le système pyramidal et qu'il n'appartient pas à l'hystérie. M. Roth, tout en reconnaissant que le symptôme en question constitue une grande présomption en faveur du diagnostic d'hémiplégie organique, pense qu'il n'est pas impossible qu'il se produise dans l'hystérie. A l'occasion d'une discussion à ce sujet, j'ai déjà demandé il y a près d'un an à mes collègues de la Société de neurologie de vouloir bien présenter les malades chez lesquels ils constateraient le signe des orteils dans des cas d'hystérie pure. Jusqu'à présent, on n'a pas encore pu en montrer un seul exemple.

M. Crocq (de Bruxelles). — Je ne crois pas que le réflexe de Babinski soit réellement pathognomonique d'une lésion du système pyramidal. J'ai observé, en effet, l'existence de ce réflexe dans deux cas de paraplégie alcoolique, et lorsque les malades ont guéri, le phénomène des orteils a disparu.

M. P. Marie. — Le phénomène des orteils a certainement une très grande valeur clinique, mais sa signification ne me paraît pas aussi absolue que le soutient M. Babinski.

J'ai, en effet, dans mon service plusieurs malades atteints d'hémiplégie avec contracture, de cause manifestement organique, et deux malades atteints de myélite transverse avec abolition des réflexes rotuliens chez lesquels le phénomène des orteils fait défaut : on ne peut donc pas dire que la lésion du faisceau pyramidal est toujours suivie de l'apparition de ce réflexe.

M. Babinski. — Je ferai remarquer à M. Marie que ses observations ne sont pas en contradiction avec les miennes. Je sais très bien, en effet, que le phénomène des orteils peut manquer dans certains cas de lésion du système pyramidal.

Je répondrai ensuite à M. Crocq qu'il n'est pas extraordinaire qu'il ait rencontré ce réflexe dans des faits de paraplégie alcoolique. Je n'ai jamais soutenu qu'une grave lésion du système pyramidal fût nécessaire pour donner naissance au phénomène des orteils. J'ai dit que ce phénomène dénotait une « perturbation du système pyramidal », ce qui est tout différent. Or, rien ne démontre qu'une pareille perturbation n'existe pas dans les cas de paraplégie alcoolique.

M. Mendelssohn (de Saint-Pétersbourg). — Je ne crois pas que l'on doive accorder une importance aussi grande que le veut M. Babinski aux troubles de la réflectivité pour distinguer une lésion organique d'avec de simples troubles dynamiques.

En tout cas, en dehors des modifications de l'activité réflexe, il existe deux signes qui permettent, selon moi, de différencier une hémiplégie organique d'une hémiplégie hystérique.

Le premier est tiré de l'examen des tracés galvanométriques que l'on obtient en enregistrant le courant électrique qui se dégage à la suite de contractions musculaires variées; dans les cas où il s'agit d'une hémiplégie hystérique, le tracé est représenté par une courbe régulièrement descendante; au contraire, lorsqu'on se trouve en présence d'une hémiplégie organique la ligne de descente est interrompue par de petits plateaux et peut même se relever une ou deux fois avant sa chute définitive.

Le second signe sur lequel j'appelle votre attention est fondé sur les modifications de la perceptivité des différentes sensations : chez les hystériques, l'acuité visuelle reste intacte, mais la perceptivité gustative, olfactive, etc., diminue; c'est le phénomène inverse que l'on observe chez les malades atteints d'une lésion organique du cerveau.

Dr G. Deny,
Médecin de l'hospice de la Salpêtrière.

SECTION DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Des hémorrhagies névropathiques.

M. Lancereaux (de Paris). — A côté des hémorrhagies par destruction ou rupture d'un ou de plusieurs vaisseaux (*hémorrhagies angiopathiques*) et de celles qui sont liées à une altération primitive du liquide sanguin (*hémorrhagies hémopathiques*), il convient de faire une place à une troisième catégorie méritant le nom d'*hémorrhagies névropathiques*. Celles-ci, trop souvent négligées, mais de beaucoup les plus fréquentes, se rattachent à un petit nombre de maladies constitutionnelles parmi lesquelles se placent en première ligne l'hystérie, l'épilepsie, la goutte et le rhumatisme chronique. Elles peuvent également être sous la dépendance d'une lésion matérielle des centres nerveux et de l'action d'agents physiques ou chimiques sur les petits vaisseaux. C'est ainsi qu'elles succèdent parfois à l'action du froid et qu'elles se manifestent au cours de l'empoisonnement par des substances portant spécialement leur action sur le système vasomoteur. Leur pathogénie se rapproche de celle de la menstruation qui en est le type le plus parfait : il s'agit, en somme, d'un acte réflexe qui paralyse le tonus vasculaire et entraîne la dilatation des petites artères et des capillaires.

Les hémorrhagies névropathiques se produisent le plus souvent au niveau des membranes muqueuses des voies digestives, respiratoires, urinaires, ainsi que du côté de la peau, surtout au voisinage des articulations.

Presque toujours précédées de sensations de gêne, de tension, de picotement et même de brûlure, ces hémorrhagies s'accompagnent en général de fluxions plus ou moins considérables, d'œdème et d'une sécrétion muqueuse dans le tube digestif.

Elles se font par poussées successives, de sorte que leur durée peut être assez longue, et en pareil cas ces hémorrhagies, d'ordinaire peu abondantes, deviennent dangereuses précisément en raison de leur répétition.

Le diagnostic des hémorrhagies névropathiques présente souvent des difficultés considérables; il devra être basé sur les phénomènes fluxionnaires qui les précèdent et les accompagnent, sur leur répétition et sur les circonstances qui leur donnent naissance.

Le traitement doit viser spécialement le système nerveux; à cet égard, les médicaments vasoconstricteurs sont tout indiqués. Mais l'agent qui m'a donné les meilleurs résultats est incontestablement la quinine, administrée au repas du soir à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50 centigr. L'hémorrhagie une fois terminée, il convient de recourir à l'hydrothérapie en vue de tonifier le système nerveux et de modifier son excitabilité.

M. Vergely (de Bordeaux). — Sans vouloir nier l'existence d'hémorrhagies névropathiques, j'estime qu'on ne doit admettre la nature névropathique d'une hémorrhagie qu'avec beaucoup de circonspection, car il n'est pas rare d'observer, par exemple, des hémoptysies chez des sujets qui n'offrent rien de particulier du côté des voies respiratoires, et qui n'en deviennent pas moins phtisiques trois à quatre ans après. De même, j'ai vu, dans un cas, des hématémèses constituer le signe avant-coureur d'un rein contracté. Très souvent, des hémorrhagies, qu'on serait d'autant plus porté à considérer comme de nature névropathique qu'elles se produisent d'ordinaire à la suite d'émotions, témoignent en réalité d'un fonctionnement irrégulier du foie (présence de sucre dans les urines). En conséquence, il importe toujours de se demander quel est l'organe — foie, rein ou tube digestif — dont le désordre fonctionnel se cache derrière une hémorrhagie qui paraît névropathique.

J'ajouterai que les pertes sanguines liées à l'arthritisme n'entrent pas dans la catégorie des hémorrhagies névropathiques, attendu qu'il s'agit, en pareil cas, d'une véritable altération du sang par l'acide urique.

M. Ewald. — Il est évident que le diagnostic d'hémorrhagies névropathiques reste douteux tant qu'il n'a pu être vérifié par un examen anatomique. Mais, pour ma part, j'ai eu l'occasion d'observer 4 cas d'hématémèses qui plaident en faveur de l'opinion de M. Lancereaux, car dans ces faits je n'ai constaté, à l'autopsie, aucune lésion macroscopique ou microscopique de la muqueuse stomacale.

Traitement de la tuberculose par la viande crue.

M. Richet (de Paris) rappelle les résultats de recherches qu'il a instituées, en collaboration avec M. Héricourt, sur le traitement de la tuberculose expérimentale au moyen de la viande crue (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 404 et 1900, p. 81, 203 et 239) et il insiste sur ce point, à savoir que les bons effets du traitement en question ne sont nullement dus à une suralimentation : la viande crue agit par les éléments antitoxiques qu'elle contient et qui combattent d'une manière efficace l'intoxication tuberculeuse.

M. Maragliano (de Gênes) dit avoir constaté la présence d'un grand nombre de substances antitoxiques dans le sang des animaux normaux. Ces substances existent également dans le sang des sujets atteints de tuberculose, chez lesquels elles sont d'autant plus abondantes que l'état général de l'individu est meilleur, de sorte qu'on peut se demander si la viande crue n'agit pas simplement en stimulant la nutrition de l'organisme et en favorisant de la sorte la production d'antitoxines.

M. Vergely. — Il y a vingt-cinq ans environ, j'avais essayé d'employer, chez les tuberculeux, la viande crue, et je me suis heurté à des difficultés considérables : chez certains de mes malades, la répugnance pour cet aliment était telle qu'ils finirent par refuser de continuer le traitement; d'autres ne tardèrent pas à offrir un catarrhe gastrique avec hypersécrétion muqueuse; enfin, plusieurs patients contractèrent le tænia. En présence de ces inconvénients, j'ai eu l'idée de recourir à un procédé particulier qui a pour effet de mettre la viande dans un état intermédiaire, en quelque sorte, entre la crudité et la cuisson. La viande est d'abord hachée, puis on la passe à travers un tamis très fin à lames coupantes, et on obtient de la sorte une masse cotonneuse, facile à dissocier, parfaitement accessible à l'action du suc gastrique, et qui offre une odeur assez agréable. Je l'emploie diluée dans un milieu légèrement acide (oseille, épinards), à la dose de 150 à 300 grammes par jour, et je donne, en outre, de petites quantités d'iode métallique. Grâce à ce procédé, j'ai obtenu dans certains cas des améliorations, mais ces améliorations n'ont jamais été durables; à ce point de vue, il existe évidemment un écart important entre les résultats de la thérapeutique clinique et ceux de l'expérimentation, écart qui tient, peut-être, à ce fait que le chien étant un animal très carnivore mange beaucoup plus que d'habitude lorsqu'on l'alimente au moyen de la viande crue.

M. Grinievsky (de Moscou) demande à M. Richet si les chiens auxquels il inocule la tuberculose succombent avec des accidents purement locaux ou s'ils présentent, au contraire, des phénomènes d'intoxication générale.

M. Richet. — Chez les chiens non soumis au traitement par la viande crue la mort survient, toujours en moins de six mois, par affaiblissement général, ce qui témoigne d'une intoxication profonde de toute l'économie.

Sans vouloir faire d'incursion dans la thérapeutique humaine, je ferai simplement remarquer à M. Vergely que si certains malades

éprouvent de la répugnance à prendre la viande crue, celle-ci peut avantageusement être remplacée par le plasma musculaire extrait de la viande et qui contient, sous un volume moindre (1 kilogramme de viande fournit 400 c.c. de plasma), les mêmes principes actifs.

M. Chantemesse. — Lorsque MM. Richet et Héricourt firent connaître les résultats de leurs expériences sur le traitement de la tuberculose expérimentale par la viande crue, j'avais pensé tout d'abord que les bons effets de ce traitement devaient être attribués à la suralimentation. Mais, depuis, j'ai été à même de m'assurer, par des recherches personnelles, que ce dernier facteur ne peut être invoqué pour expliquer les résultats en question. Les expériences que j'ai instituées à cet égard sont particulièrement démonstratives, attendu que j'ai tenu compte de la quantité de viande consommée par les animaux alimentés avec de la viande crue, d'une part, et par ceux qui mangeaient de la viande cuite, d'autre part. En effet, il importe de remarquer que, sous l'influence de la cuisson, la viande se tasse et que 2 kilogrammes de viande cuite correspondent, en réalité, à 3 kilogrammes environ de viande crue. Voici deux chiens qui, après inoculation de tuberculose, furent alimentés, l'un au moyen de la viande cuite, et l'autre avec de la viande crue, et cela de façon à régler le régime du second sur celui du premier, c'est-à-dire que si le premier mangeait un jour 2 kilogrammes de viante cuite, le second recevait le lendemain 2 kilogrammes de viande crue. Ainsi donc, l'animal nourri avec de la viande cuite était alimenté plus que l'autre, et, cependant, il a maigri d'une façon considérable et il reste constamment abattu, tandis que le chien qui recevait de la viande crue est très vigoureux et alerte.

M. Vlaïev (de Saint-Pétersbourg) demande si M. Chantemesse s'est livré à des expériences de contrôle consistant à faire ingérer de la viande crue ou cuite à des chiens qui n'ont pas été soumis à une inoculation de tuberculose.

M. Chantemesse répond que, sans instituer des recherches comparatives spéciales, il a eu l'occasion de constater que le chien et le singe supportent très bien de grandes quantités de viande cuite ou crue.

M. Fuster. — Les expériences de MM. Richet et Héricourt, ainsi que celles de M. Chantemesse, n'ont fait que confirmer ce que la clinique avait établi depuis longtemps, car, dès 1865, mon père, le professeur Fuster, signalait la valeur thérapeutique de la viande crue dans le traitement de la tuberculose pulmonaire chez l'homme.

M. Bouchard (de Paris). — Fuster préconisait l'usage de la viande crue, associée à l'alcool, surtout comme moyen de suralimentation : il avait posé, en quelque sorte, les premières bases de la méthode que M. Debove devait perfectionner plus tard par l'emploi du gavage. Or, dans les expériences qu'on vient de nous relater il n'est pas question de suralimentation mais d'une action directe sur le processus d'intoxication, et c'est ce qui explique la différence dans les résultats observés, car l'emploi de la viande crue, tel que le recommandait Fuster, donnait souvent des insuccès, tandis que les chiens tuberculisés et nourris avec de la viande crue se rétablissent tous ou presque tous.

M. Chantemesse. — Pour ma part, je crois qu'on ne saurait contester à Fuster le mérite d'avoir parfaitement compris le rôle que l'usage de la viande crue devait jouer dans la thérapeutique de la tuberculose. S'il a eu à enregistrer, dans certains cas, des échecs, cela tient, peut-être, à ce qu'il associait la viande crue à l'alcool.

Traitement de la péritonite tuberculeuse.

M. P. Teissier (de Paris). — Nous avons étudié l'action que l'acide carbonique exerce sur la péritonite tuberculeuse expérimentale du lapin.

Nos recherches ont porté sur 18 animaux qui furent soumis à une injection intrapéritonéale de 0 c.c. 5 à 2 c.c. de culture de tuberculose faiblement virulente, diluée dans de l'eau distillée stérilisée, et, immédiatement après, à une injection de 400 c.c. environ d'acide carbonique préalablement vérifié. Cette seconde injection fut répétée tous les quatre, huit ou quinze jours.

Des animaux témoins, choisis parmi les plus vigoureux, reçurent seulement une injection de culture de tuberculose dans les mêmes conditions.

La tuberculose péritonéale réalisée chez les animaux témoins, dont quelques-uns succombèrent spontanément tandis que les autres furent sacrifiés, fut la forme sèche avec adhérences, la forme ascitique, exceptionnellement la forme fibro-caséeuse (avec 2 c.c. de culture); on ne nota aucune altération viscérale, ni, fait à remarquer, de lésion pleurale.

Les lapins qui, après avoir reçu 0 c.c. 5 ou 1 c.c. de culture, avaient été soumis tous les huit jours à une injection d'acide carbonique furent sacrifiés (sauf un, mort accidentellement sans tuberculose apparente dès les premiers jours) après trois mois de survie et avec augmentation de poids. Les lésions tuberculeuses péritonéales étaient très discrètes et avaient subi, pour la plupart, une transformation fibreuse absolue; en certains points, le péritoine était épaissi, blanchâtre, nettement fibrosé; il n'y avait pas de liquide.

Les animaux soumis à l'injection de 2 c.c. de culture de tuberculose, et aux injections d'acide carbonique tous les quatre jours, présentaient une tuberculose fibro-caséeuse épiploïque avec fibrose assez étendue.

Les lapins ayant reçu 2 c.c. de culture de tuberculose, et de l'acide carbonique tous les huit jours, présentaient des lésions sensiblement analogues à celles des animaux témoins, plus accentuées cependant chez deux d'entre eux, mais sans ascite.

En comparant ces résultats avec ceux que nous avons obtenus au moyen d'injections d'air, d'azote ou d'oxygène (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 357), on voit que l'acide carbonique, plus efficace que l'oxygène à l'égard de la péritonite tuberculeuse expérimentale du lapin, l'est assurément moins que l'air et surtout que l'azote. D'autre part, son action est quelque peu différente.

Nos recherches montrent que ce qui agit surtout dans la laparotomie, c'est l'introduction de l'air.

La laparotomie fournit une proportion très grande de succès dans les formes de tuberculose ascitique subaiguë ou chronique. Mais la fréquence de la guérison spontanée dans ces mêmes formes constitue, selon l'opinion très juste de König, une contre-indication à l'opération. Elle plaide, à notre avis, en faveur de l'injection inoffensive d'air, qui a pour effet d'empêcher ou de retarder la reproduction du liquide, de s'opposer au contact et au frottement des anses, et de prévenir dans une certaine mesure la formation d'adhérences pouvant constituer un danger pour l'avenir.

Avant et depuis nos premières expériences, des observations ont été publiées d'injection d'air dans la tuberculose péritonéale ascitique. Sur 12 cas relatés par Maurange, il y eut 10 guérisons complètes et 2 améliorations locales notables. L'expérimentation et la clinique justifient donc l'application de cette méthode en thérapeutique.

M. Baylac. — J'ai eu l'idée d'utiliser, dans le traitement de la péritonite tuberculeuse, la chaleur. A cet effet, j'ai eu recours à la ponction suivie d'un lavage avec de l'eau stérilisée dont la température était portée à 45° environ. Ce procédé a été employé chez 8 sujets atteints de péritonite à forme ascitique; 5 n'avaient pas encore été traités, 1 avait subi une laparotomie et les 2 derniers, plusieurs ponctions. Les 5 premiers malades ont tous guéri; chez les 3 autres, je n'ai pas obtenu de guérison, mais j'ai constaté un retard considérable dans la réapparition de l'ascite.

Ces bons effets des lavages à l'eau chaude sont faciles à expliquer si l'on tient compte que la chaleur favorise l'énergie des leucocytes et l'augmentation de leur nombre, ainsi que cela a été établi par M. Maurel. D'autre part, elle atténue la virulence du bacille de Koch et met la séreuse péritonéale dans des conditions plus favorables à la réaction.

M. Ewald demande si, dans les cas auxquels M. Baylac vient de faire allusion, il s'agissait d'adultes ou d'enfants : chez ces derniers, la péritonite tuberculeuse guérit souvent spontanément.

M. Baylac répond que, sauf une fillette, tous les malades qu'il a eu à traiter avaient dépassé l'âge de vingt ans.

Influence d'une alimentation sucrée excessive sur la marche de l'infection tuberculeuse.

M. Guinard (de Lyon). — Au cours de recherches que j'ai entreprises relativement à l'influence de certains aliments sur la marche des infections microbiennes, j'ai constaté que les animaux inoculés de tuberculose et auxquels on donne ensuite du sucre dépérissent plus rapidement que les témoins. C'est ainsi qu'un chien recevant, outre son alimentation, une dose quotidienne de 240 grammes de sucre, a perdu en l'espace de cinquante-huit jours 9 kilogrammes 500 gr., tandis que son congénère n'a perdu que 3 kilogr. 500 gr. Les deux animaux ayant été sacrifiés, on ne trouva, chez le témoin, qu'une tuberculose peu étendue des plèvres et du poumon, alors que le chien qui avait mangé du sucre présentait des lésions graves de tuberculose pulmonaire, pleurale, ganglionnaire, hépatique et rénale.

Ces résultats cadrent bien avec les observations cliniques qui témoignent de la gravité de la tuberculose chez les diabétiques.

J'ajoute que l'imprégnation de l'organisme par le sucre a également favorisé l'intoxication diphtérique et l'infection par le bacille d'Eberth.

M. Tourtoulis-Bey. — Chez les Egyptiens, qui consomment d'habitude une grande quantité de sucre, la tuberculose pulmonaire évolue avec des allures particulièrement graves. Ce fait semble confirmer les résultats obtenus par M. Guinard.

Traitement des pleurésies sérofibrineuses par des injections sous-cutanées de liquide pleurétique.

M. Mongour (de Bordeaux) rend compte d'essais qu'il a institués, avec M. Gentès, relativement aux injections de liquide pleurétique dans les cas de pleurésie sérofibrineuse.

Chez 11 pleurétiques avec tuberculose pulmonaire ou pleurale certaine, ce procédé a donné 9 échecs francs, 1 succès relatif et 1 succès complet; dans 4 cas où la tuberculose pulmonaire était probable, il y a eu 3 insuccès et 1 succès, et, enfin, dans 4 autres faits où la pleurésie ne paraissait pas pouvoir être rattachée à une tuberculose pulmonaire ou pleurale, on n'a eu à enregistrer aucun insuccès.

En somme, les injections du liquide en question ont échoué dans la proportion de 82 % chez des pleurétiques atteints de tuberculose pulmonaire ou pleurale, c'est-à-dire justement chez les sujets pour lesquels ce moyen de traitement avait été préconisé.

Infections secondaires sanguines dans la tuberculose pulmonaire chronique ulcéreuse.

M. P. Teissier. — Nous avons examiné, au moyen du procédé de Straus (piqûre d'une veine superficielle de l'avant-bras), le sang de 53 malades atteints de tuberculose pulmonaire chronique ulcéreuse, parfois également de tuberculose ulcéreuse de l'intestin, et qui offraient de la fièvre.

Dans ces 53 cas, nous avons constaté 9 fois la présence de microorganismes dans le sang (2 fois le staphylocoque doré, 3 fois le streptocoque et 4 fois le staphylocoque blanc).

Le développement des cultures était le plus souvent tardif; exceptionnellement dès le troisième jour, le plus souvent le quatrième, parfois même le cinquième, apparaissaient une ou deux petites colonies peu volumineuses. C'est dire que les unités microbiennes ainsi recueillies étaient peu viables et qu'il y avait là, selon l'opinion très juste de Beco, une invasion sanguine accidentelle et non pas un état de septicémie. Mais si, dans la plupart des cas, cette invasion reste inoffensive, il se peut que, en raison de la déchéance de l'organisme ajoutée à l'action favorisante du bacille de Koch ou de ses produits à l'égard des infections secondaires, ces dernières s'aggravent et contribuent à déterminer des lésions ou même un véritable état de septico-pyohémie.

Sur la pathogénie de la tuberculose.

M. Rappin (de Nantes). — En présence de la difficulté qu'on éprouve à isoler les principes toxiques sécrétés par le bacille de Koch, j'ai été amené à penser que ce bacille n'agit pas seulement par la sécrétion de toxines.

En analysant, avec l'aide de M. Daniel, des

bouillons de culture de tuberculose, j'ai constaté la diminution du taux de l'azote total contenu dans ces bouillons. On doit en conclure que, à côté des effets produits sur les cellules par la sécrétion de toxines, le bacille de Koch peut aussi exercer une action sur la nutrition des cellules en diminuant leur taux en azote et en modifiant de la sorte la constitution chimique de leur protoplasma.

Variétés de tuberculose hépatique suivant la voie d'apport du bacille de Koch.

M. Claude (de Paris) fait sur ce sujet, au nom de M. Gilbert et au sien, une communication que nous résumons ainsi :

Suivant qu'on fait pénétrer le bacille de Koch par le canal cholédoque, par l'artère hépatique ou par la veine porte, on détermine des lésions qui, pendant un certain laps de temps tout au moins, offrent des caractères différents.

L'inoculation dans les voies biliaires provoque une angiocholite catarrhale et des foyers d'angiocholite tuberculeuse avec localisation des altérations, au début, dans la paroi des conduits biliaires, extension ultérieure à l'espace porte, et, finalement, évolution du tubercule jeune dans cet espace sans nécrobiose.

L'introduction de cultures tuberculeuses non émulsionnées dans l'artère hépatique peut produire des foyers tuberculeux s'accompagnant de vastes nécroses ; mais dans nombre de cas on voit un tubercule se développer dans l'espace porte au contact du conduit biliaire, et son évolution s'accompagner d'une nécrobiose précoce du stroma de l'espace et des éléments divers qu'il contient.

L'injection de cultures dans un vaisseau tributaire de la veine porte provoque l'apparition d'altérations tuberculeuses à la périphérie des lobules, et par places on constate une phlébite tuberculeuse avec production de nodules tuberculeux dans l'espace porte au voisinage de la veine, se confondant ultérieurement avec les tubercules intralobulaires, qui sont primitifs et précoces, tandis que les tubercules lobulaires qu'on note dans les deux autres modes d'infection sont secondaires et tardifs.

Mammite tuberculeuse expérimentale.

M. Nocard (d'Alfort) fait, sur ce sujet, une communication tendant à montrer que la glande mammaire en plein fonctionnement est de tous les tissus vivants le meilleur milieu de culture du bacille de Koch, et que pour étudier l'intoxication tuberculeuse il convient d'utiliser des femelles laitières et de les inoculer par le trayon.

M. S. Arloing (de Lyon) dit avoir réussi à démontrer expérimentalement que les inoculations d'une tuberculose infectieuse ou septicémique, pratiquées en un point de l'organisme où elles se bornent à produire des lésions locales insignifiantes, mettent cet organisme en état de réceptivité ou de prédisposition à l'égard de la même affection.

Dr L. Cheinisse,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE

Cure radicale des hernies.

M. Girard (de Berne). — Le déplacement du cordon, dans le procédé de Bassini, n'est pas sans présenter des inconvénients dans certains cas; aussi ai-je cherché à remédier à cette défectuosité par la méthode suivante, que j'emploie depuis huit ans pour les grosses hernies inguinales à large ouverture : je sectionne l'aponévrose du grand oblique parallèlement à l'arcade crurale, sur une longueur d'environ 8 à 10 centimètres, à partir de l'anneau inguinal externe, de manière à ouvrir le canal inguinal, s'il existe encore effectivement. Après la résection du sac et la réduction du moignon, je suture le bord inférieur du petit oblique à l'arcade crurale, comme dans le procédé de Bassini, mais sans déplacer le cordon spermatique; je fais ensuite une imbrication des deux bords de section de l'aponévrose du grand oblique, le bord supérieur étant d'abord suturé à l'arcade crurale, le bord inférieur étant ensuite rabattu et suturé par-dessus.

M. Phelps (de New-York). — Depuis 1892, j'ai opéré 216 hernies, dont 46 récidivées. Après avoir employé la méthode de Bassini, celle de McBurney et d'autres encore, je ferme maintenant toutes les hernies inguinales avec du fil d'argent, d'après un procédé personnel. Pour éviter les récidives des hernies après la cure radicale, il faut avant tout empêcher la rétraction de la cicatrice, qui entraîne le péritoine et produit la récidive; dans ce but, je fais, comme pour une laparotomie ordinaire, une suture continue avec du fil d'argent très mince, qui s'enkyste et que le malade garde toute sa vie. La ligature du sac, comme on la pratique en général, crée un infundibulum qui prédispose à la récidive; je suis convaincu qu'il faut renoncer à cette ligature, et transformer l'opération herniaire en une vulgaire laparotomie.

J'oblitère entièrement le canal inguinal, amenant le cordon au-dessous de la peau. J'obtiens ainsi un résultat excellent et je crois que par mon procédé le chirurgien peut promettre au malade une cure radicale et définitive.

A mon avis, le fil d'argent doit être préféré au catgut, au tendon de kangurοo et à tous autres fils résorbables; l'emploi de la soie doit également être rejeté, à cause des dangers d'infection qu'il crée, tandis que le fil d'argent, trempé dans de l'alcool après avoir été chauffé à blanc, est parfaitement stérilisé et ne fait courir aucun risque d'infection.

Sur 216 opérations, j'ai eu 16 suppurations. Dans le cas où cet incident se produit, il n'y a pas lieu d'enlever le fil d'argent; il suffit d'ouvrir la plaie, de curetter la partie infectée et de laver la plaie avec du phénol pur, puis avec de l'alcool qui est l'antidote parfait des effets corrosifs du phénol; dans tous les cas où j'ai agi ainsi, je n'ai pas constaté un seul insuccès, et la cicatrisation s'est achevée normalement.

M. Schwartz (de Paris). — Depuis 1893, j'ai opéré 63 hernies inguinales et crurales par le procédé de myoplastie que j'ai décrit à cette époque (Voir *Semaine Médicale*, 1893, p. 169). Je n'ai pu revoir qu'une quinzaine de mes opérés de hernie inguinale, et je n'ai eu à constater qu'une récidive; parmi mes opérés de hernie crurale, j'en ai revu seulement 3, dont 1 avec récidive; mais chez ce dernier la paroi était d'une faiblesse extrême, et la hernie qui s'est reproduite paraît passer au-dessus de l'arcade plutôt que par l'anneau crural.

M. Morestin. — Tous les chirurgiens connaissent les difficultés que présente le traitement des hernies inguinales par glissement, pour lesquelles la cure radicale est souvent illusoire, parfois impossible. Ayant eu l'occasion de suivre un certain nombre de malades opérés pour des hernies par glissement de l'S iliaque, et d'en opérer moi-même quelques-uns par les procédés habituels, j'ai vu souvent la récidive suivre de très près l'intervention, après un résultat immédiat en général satisfaisant; chez d'autres opérés, la récidive se produisait un peu plus tardivement, et les plus heureux étaient obligés de soutenir avec un bandage la région inguinale.

Cette année, je suis intervenu chez un homme de cinquante-deux ans, qui avait été déjà opéré l'année passée, et avait vu sa hernie reparaître au bout de quelques mois. Je pratiquai une première tentative de cure radicale au mois de mars, en ayant soin de faire une sorte de colopexie; la récidive fut presque immédiate. Dans une deuxième opération, j'ai reconstitué le mésocôlon, et l'ai fixé en suturant ses deux lames l'une à l'autre au moyen de 12 points de suture à la soie. A l'endroit où il se continuait avec le péritoine iliaque, 4 points furent passés à travers le méso reformé et, en outre, dans l'épaisseur de l'aponévrose iliaque, le plus haut possible. Le malade a quitté l'hôpital, portant un bandage, et le résultat obtenu paraissait très satisfaisant.

M. Bonomo (de Florence). — Dans la cure radicale de la hernie crurale, la plus grande difficulté réside dans la tension et la résistance de l'arcade de Fallope, et il est avant tout nécessaire, pour avoir un bon résultat, d'obtenir l'affaissement de cette arcade. Le grand nombre de procédés proposés pour le traitement opératoire de la hernie crurale suffit à prouver que la plupart d'entre eux ne donnent pas des résultats très satisfaisants. Dans le procédé que j'emploie, j'oblitère le sac avec des fils en bourse; puis je ferme l'anneau crural en abaissant la paroi postérieure du canal inguinal jusqu'au niveau de la branche horizontale du pubis et en la fixant à ce niveau à l'aponévrose du pectiné.

M. Lucas-Championnière (de Paris).— Dans les opérations de hernie crurale, si l'on veut supprimer complètement l'infundibulum herniaire il faut commencer par inciser largement le fascia crebriformis, puis faire un très large décollement de la séreuse, de façon à avoir un pédicule qui, après la ligature, puisse remonter très haut au-dessus de l'anneau crural. Quant à ce dernier, on l'oblitère très suffisamment en ramenant vers le ligament de Gimbernat les débris du fascia crebriformis et tout le tissu fibreux adjacent, et en les y fixant avec quelques points de suture.

Chirurgie de l'estomac.

M. Rydygier (de Cracovie). — Je tiens à rectifier une erreur qui s'est généralisée dans les livres classiques au sujet de la première méthode typique de pylorectomie, qu'on appelle à tort méthode de Billroth, et qui n'est autre que l'opération dont j'ai le premier bien réglé la technique. C'est ainsi que j'ai toujours suturé le duodénum à la grande courbure, excepté dans mon premier cas, alors que Billroth, dans ses deux premières interventions, sutura le duodénum à la petite courbure ; c'est seulement en 1881 que Billroth a changé sa méthode et adopté la modification préconisée par moi quelque temps auparavant. Je saisis cette occasion pour protester contre l'opinion qui donne, comme caractère principal de mon procédé, la suture du duodénum à la petite courbure.

La méthode de la pylorectomie circulaire avec anastomose termino-terminale, où l'on réunit les sections stomacale et duodénale l'une à l'autre, bout à bout, doit être appelée la méthode de Rydygier. Le procédé de Billroth est celui où, après l'extirpation de la tumeur, on ferme à part la section de l'estomac et celle du duodénum, pour faire ensuite une gastro-entérostomie.

Je veux en terminant vous indiquer une modification de ma technique. Depuis quelque temps, je fais non plus trois rangs de suture, mais seulement deux, comme le proposent maintenant MM. Terrier et Hartmann, c'est-à-dire une suture interne qui comprend la totalité des tuniques intestinales et stomacales, et une suture externe musculo-séreuse; l'une et l'autre sont faites avec un surjet.

M. von Eiselsberg (de Königsberg). — Depuis quatre ans et demi, j'ai pratiqué 161 opérations pour diverses affections de l'estomac, avec 42 morts, ce qui correspond à une mortalité de 26 %. Dans 35 cas, la mort a été déterminée par l'opération ; 7 fois seulement elle a été produite par une perforation spontanée ou par les progrès d'une péritonite déjà existante.

Dans mes opérations, je me sers des gants de Mikulicz que je change 5 ou 6 fois pendant l'intervention.

Pour la résection gastrique, j'emploie la méthode de Billroth, ne trouvant aucun avantage à celle de Kocher. Pour la gastro-entérostomie, le meilleur procédé est l'anastomose rétrocolique postérieure faite avec le fil de soie.

M. Hartmann (de Paris). — J'ai pratiqué, pendant ces quatre dernières années, 81 opérations sur l'estomac, avec 16 morts, comprenant 20 gastrectomies avec 5 morts, 40 gastro-entérostomies avec 8 morts, 2 interventions pour ulcère accompagné de perforation brusque avec 1 décès, 2 pour ulcère associé à la perforation lente et à un abcès sous-phrénique avec 1 mort, 9 cœliotomies exploratrices avec 1 mort, 1 pyloroplastie, 6 gastrostomies, 1 gastrorrhaphie avec gastropexie, sans aucun décès.

Si je divise mes gastrectomies en deux séries, je vois que mes dix premières opérations ont donné 4 morts, et mes dix dernières une seule; et je dois ajouter que ce décès a été déterminé par une faute opératoire et aurait pu être évité. Actuellement, on peut donc dire que la mortalité de la gastrectomie n'est pas plus élevée que celle de la gastro-entérostomie.

J'ai pu suivre 13 de mes opérés. Un d'eux a succombé à une bronchopneumonie six semaines après l'opération; 2 sont morts de récidive, l'un après sept mois, l'autre après deux ans et deux mois; 10 sont encore vivants, dont 2 ont aujourd'hui une récidive après dix mois et trois ans, tandis que les 8 autres sont très bien portants, au bout de deux mois et demi, quatre, six, neuf, quinze, dix-sept et vingt-six mois. Les résultats éloignés de la pylorectomie sont donc supérieurs à ceux de la gastro-entérostomie qui, à l'époque où je ne faisais pas l'extirpation, ne

m'a donné qu'une survie moyenne de sept mois.

Pour qu'une ablation de cancer de l'estomac soit complète, il faut enlever la petite courbure et les ganglions qui existent le long de la branche de bifurcation droite de la coronaire. Dans ce but, j'attire l'estomac en avant, je lie la branche de bifurcation droite de la coronaire, je place sur l'estomac des pinces à mors élastiques, ne gardant du viscère que la grosse tubérosité et le cardia, je sectionne le long des pinces, et je rabats la région pylorique sur la lèvre droite de l'incision. Au fond du sillon pancréatico-pylorique, je donne un coup de sonde, je lie la gastro-duodénale. A partir de ce moment, je puis extirper en bloc, sans hémorrhagie, la petite courbure, la région pylorique et les ganglions.

M. Segale (de Gênes). — Le procédé courant de pyloroplastie, appliqué au traitement de la sténose du pylore, présente très souvent des difficultés techniques et même, lorsque la paroi intestinale est trop épaissie ou quand il est impossible de mobiliser la région gastro-duodénale, ne peut être exécuté. Au lieu d'employer la taille longitudinale et la réunion transversale, comme dans le procédé classique, j'ai pensé obtenir l'augmentation du diamètre de l'anneau sténosé en faisant glisser, dans deux directions opposées, les deux lambeaux d'une incision curviligne pratiquée sur la paroi gastro-duodénale antérieure. J'ai opéré par ce procédé 2 malades atteints de sténose pylorique compliquée d'adhérences péripyloriques, d'un épaississement des parois et de désordres fonctionnels graves. La guérison a été parfaite, et le fonctionnement de l'estomac s'est trouvé rétabli complètement.

De l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle pur.

M. Severeanu. — Le chlorure d'éthyle pur est absolument inoffensif et me paraît présenter de grands avantages. L'anesthésie générale que donne ce produit est rapide; elle ne détermine aucune nausée et est suivie d'un réveil presque immédiat. A la condition d'interrompre momentanément l'administration de l'anesthésique dès qu'on observe une dilatation prononcée des pupilles, on peut prolonger sans danger la narcose pendant vingt, trente et jusqu'à cinquante minutes. J'ai employé cette méthode d'anesthésie dans des cas déjà nombreux et j'en ai toujours été extrêmement satisfait.

Guérison rapide d'une fistule de la fesse par la simple incision d'une bride transversale de la paroi postérieure du rectum.

M. Buffet (d'Elbeuf). — Chez un homme de trente ans, atteint d'une fistule rectale de 13 centimètres de hauteur consécutive à un abcès de la fosse ischio-rectale, M. Tillaux, auquel j'avais adressé le malade, constata sur la paroi postérieure du rectum, à 4 centimètres de l'anus, l'existence d'une bride saillante très dure de 18 à 20 millimètres de hauteur et de 3 centimètres de largeur, et conseilla la simple section de cette bride qui, à son avis, était la cause de la fistule. Malgré l'opinion de deux autres chirurgiens qui furent également consultés et proposèrent l'incision de l'intestin et du sphincter, le débridement simple fut accepté et M. Tillaux sectionna la bride avec un bistouri boutonné, sans toucher à la fistule. Les suites furent très simples ; au quatrième jour, la fistule laissa encore passer, sous l'influence d'une purgation, une certaine quantité de sang, de gaz et de matières fécales ; le dix-huitième jour exactement, elle était complètement fermée. La guérison date aujourd'hui de quatre mois et peut être, par conséquent, considérée comme définitive.

M. Tillaux (de Paris). — J'ai rencontré un certain nombre de cas tout à fait semblables à celui de M. Buffet, et j'ai obtenu également la guérison par une simple section de la bride.

Je crois qu'il y a intérêt à recommander cette pratique, dans les cas de ce genre, de préférence à la section complète du rectum et du sphincter, qui, dans le fait relaté par M. Buffet, aurait occasionné un délabrement considérable, la fistule remontant à 13 centimètres de l'anus.

Duodénotomie pour extraction d'un calcul de la portion terminale du cholédoque.

M. Pozzi (de Paris). — J'ai opéré récemment un malade qui avait été pris, trois mois auparavant, d'un ictère intense, suivi rapidement d'amaigrissement et compliqué d'un prurit extrêmement désagréable. L'absence de coliques hépatiques antérieures et l'intensité de l'ictère, en même temps que l'amaigrissement, faisaient craindre un cancer. Je décidai de faire une laparotomie qui, suivant le cas, devait être curative ou simplement exploratrice. Une exploration minutieuse me permit de sentir en arrière du duodénum un calcul absolument immobilisé. J'incisai verticalement la deuxième portion du duodénum, et, percevant alors très nettement le calcul sous la muqueuse postérieure, je pus facilement l'extraire en incisant cette muqueuse. Sans me préoccuper de la plaie muqueuse postérieure, je refermai l'incision pariétale de la face antérieure du duodénum par quelques points de suture à la Lembert; la guérison fut rapide.

De la splénectomie dans la splénomégalie malarique.

M. Michaïlovsky (de Sophia). — Depuis trois ans, j'ai pratiqué 15 splénectomies pour des splénomégalies malariques, avec une seule mort, par pleuro-pneumonie. Tous mes autres opérés ont guéri ; j'en ai revu quelques-uns un an et même plus après l'intervention : ils étaient transformés au point que j'hésitais à les reconnaître.

Le poids des rates que j'ai enlevées variait de 1,800 à 4,000 grammes. Dans un cas où la rate pesait 3,900 grammes, il s'agissait d'une malade menacée d'avortement, au cinquième mois de sa grossesse, avec vomissements incoercibles, douleur extrême dans le bas-ventre et œdème des jambes; cette femme a très bien supporté la splénectomie et sa grossesse n'en a pas été troublée.

M. Jonnesco. — Actuellement, j'ai fait 32 splénectomies, dont 28 pour splénomégalie d'origine paludéenne avec 8 morts; cette mortalité assez élevée s'explique par ce fait que j'ai opéré plusieurs malades absolument cachectiques et peu justiciables d'une intervention chirurgicale.

Traitement des fractures par le massage et la mobilisation.

M. Lucas-Championnière. — Je veux préciser quelles sont les fractures qui peuvent être *toujours* mobilisées et massées, avec suppression de tout appareil d'immobilisation proprement dit. Ce sont : pour l'humérus, toutes les fractures de l'extrémité supérieure, jusqu'à l'insertion du deltoïde, et toutes celles de l'extrémité inférieure, jusqu'à quatre travers de doigt de l'articulation; pour le coude, toutes les fractures et surtout celles de l'olécrâne; à l'avant-bras, les fractures de l'extrémité inférieure du radius ne s'accompagnant pas d'un déplacement considérable de la main en arrière; les fractures de la clavicule en général; les fractures malléolaires sans tendance à la déviation de l'axe du pied; enfin, au genou, les fractures du fémur sans déplacement et celles du plateau du tibia.

D'autre part, il est certaines fractures qui peuvent être encore traitées sans appareils, mais seulement d'une façon exceptionnelle; ce sont les fractures de la partie moyenne de l'humérus sans déplacement, celles des deux os de la jambe sans déplacement et enfin certaines fractures des deux os de l'avant-bras.

En dehors de ces cas, on peut encore obtenir des succès en combinant avec les appareils le massage et la mobilisation immédiate, mais ces résultats sont moins frappants et moins complets que dans les cas précédents qui comportent la suppression des appareils.

Fractures expérimentales du maxillaire supérieur.

M. R. Le Fort (de Lille). — J'ai fait sur le cadavre une quarantaine d'expériences touchant les fractures du maxillaire supérieur. Ces fractures peuvent être très étendues sans se révéler par aucun signe extérieur. Les apophyses ptérygoïdes et les masses latérales de l'ethmoïde, intimement soudées à la face, font partie topographiquement de la mâchoire supérieure et se brisent ordinairement avec elle; la base du crâne proprement dite présente au contraire une indépendance très grande, les lésions de la face ne se propageant pas au crâne.

Le type le plus fréquent correspond à la grande fracture transversale de Guérin; il comprend la voûte palatine, le bord alvéolaire et les apophyses ptérygoïdes; ce grand fragment est parfois divisé en deux par une fissure antéro-postérieure passant le plus souvent à quelque distance de la ligne médiane.

L'os malaire forme fréquemment un deuxième fragment. La branche montante du maxillaire supérieur, avec une partie des unguis et parfois des os du nez, en constitue un troisième. Des esquilles de la paroi antérieure du sinus maxillaire, des masses latérales de l'ethmoïde, de la partie inférieure des os du nez, etc., unissent entre eux les fragments précédents et complètent le massif osseux de la mâchoire supérieure.

Dr Maurice Cazin,
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE

A propos de l'éclampsie sans albuminurie.

M. Bouffe de Saint-Blaise (de Paris). — Le plus fréquent et le plus significatif des signes précurseurs de l'auto-intoxication gravidique aiguë que traduit l'attaque d'éclampsie est l'albuminurie.

Cependant, on a signalé des cas assez nombreux où ce signe a fait défaut ; mais généralement alors l'urine recueillie peu après la crise convulsive renferme des flots d'albumine; or, je puis vous citer 3 observations justement remarquables en ce que l'albuminurie a manqué aussi bien après qu'avant le paroxysme éclamptique.

Dans le premier de ces faits, à issue mortelle, il n'y eut aucun signe prémonitoire ; dans les deux jours qui suivirent l'attaque, on nota des traces d'albumine dans l'urine, mais d'une façon passagère.

Dans les deux autres cas, les malades, à antécédents hépatiques, présentèrent des signes généraux d'intoxication ; leurs urines contenaient en abondance des déchets biliaires, mais il n'y eut jamais d'albuminurie.

Ces faits montrent que l'examen des urines n'est pas toujours suffisant pour déceler l'imminence de l'éclampsie. Aussi, surtout chez les femmes à antécédents hépatiques, qui sont tout particulièrement exposées aux accidents éclamptiques le régime lacté et le traitement de l'auto-intoxication et de l'hépato-toxémie gravidiques doivent-ils être appliqués à la moindre alerte.

M. Bar (de Paris). — Que les lésions principales de l'éclampsie existent du côté du foie, cela n'est pas douteux. Que l'excrétion urinaire ne soit pas modifiée en quantité ni en qualité, cela est plus rare, mais s'observe sans doute.

Cependant, je dois dire que, s'il m'est arrivé 7 fois sur 70 observations de noter l'absence d'albumine dans les urines d'éclamptiques, avant et pendant l'accès, je n'en ai pas vu où l'albumine n'ait été constatée après l'attaque. Seulement, il y a plusieurs variétés d'albuminurie; j'ai insisté sur ce point dans une communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 108). Outre les peptones, on peut trouver une albumine spéciale, dite acéto-soluble, qu'il convient de ranger entre les peptones et les albumines vraies. L'albuminurie qu'elle détermine passe inaperçue. Dans les cas dont vient de nous parler M. Bouffe de Saint-Blaise, en a-t-on fait la recherche?

Cette question est très vaste. D'où vient l'albuminurie des éclamptiques? Les cellules hépatiques en se détruisant mettent-elles en liberté des produits toxiques qui pénètrent subitement dans le sang, agissent sur le système nerveux et provoquent ainsi les accès et qui, arrivant dans les reins, s'éliminent plus ou moins vite en entravant par le volume ou la toxicité de leurs molécules la filtration urinaire? Le foie détruit ne joue-t-il plus son rôle d'arrêt et, la transformation des albuminoïdes de l'organisme étant incomplète, voit-on se former des substances toxiques? Ce qui découle nettement des faits que j'ai consignés, c'est que le trouble fonctionnel des reins est secondaire et que le bon fonctionnement de ces organes ne met pas à l'abri des accès mortels.

M. Bouffe de Saint-Blaise. — Tout ce que je puis dire, c'est qu'un précipité produit par la chaleur et soluble dans l'acide acétique a toujours fait défaut dans les deux faits que j'ai observés moi-même.

M. Budin (de Paris). — On voit des femmes mourir sans avoir eu de convulsions éclamptiques, et chez lesquelles l'examen *post mortem* révèle des lésions profondes du foie. L'accès d'éclampsie ne constitue donc pas toute la maladie.

M. Charles (de Liège). — M. Bar explique la décharge d'albumine pendant l'accès comme Semmola l'expliquait jadis. Mais ne pourrait-on pas supposer qu'au moment de la crise éclamptique la circulation rénale est gênée, ce qui suffirait pour expliquer l'afflux d'albumine?

D'ailleurs, on rencontre l'albuminurie dans l'immense majorité des cas d'éclampsie et ce symptôme conservera toujours au point de vue clinique la plus grande importance.

M. Pinard. — Les faits relatés par M. Bouffe de Saint-Blaise prouvent qu'on peut voir survenir des convulsions des plus graves, et même mortelles, chez des femmes non albuminuriques; ils montrent encore que le rein n'est pas l'organe habituellement lésé, mais que c'est le foie. Il faut donc renoncer au terme d'éclampsie et adopter celui d'hépato-toxémie.

M. Bar revient à la théorie de Semmola pour expliquer l'albuminurie. Je crois que nous devons abandonner les théories et, pour ma part, je m'en tiens aux résultats des travaux de Gouget.

M. Ter-Grigoriantz (de Tiflis), contrairement à la plupart des précédents orateurs, estime que l'éclampsie est d'origine rénale.

Le traitement de l'éclampsie.

M. Porak (de Paris). — Ma pratique, en ce qui concerne le traitement de l'éclampsie, a passé par trois phases différentes.

De 1882 à 1891, j'ai employé la saignée, associée à l'administration de morphine et de chloral. Sur 50 cas traités de la sorte, j'ai eu 14 décès.

De 1891 à 1898, j'ai fait uniquement chez mes éclamptiques des injections d'eau salée à 7 ‰, dans l'intention de provoquer la diurèse. Ce procédé n'a pas donné de meilleurs résultats que le précédent, puisque 12 malades sur 41 ont succombé.

Enfin, depuis deux ans et demi, partant de ce principe que la crise éclamptique est le symptôme d'une auto-intoxication d'origine intestinale et qu'elle est souvent provoquée par des excitations périphériques, j'ai institué un traitement comprenant de grands lavages de l'intestin (30, 40, 50 litres de liquide, jusqu'à émission de bile) et le lavage du sang (saignée de 750 grammes suivie de l'injection d'un litre et demi d'eau salée); en outre, je cherche à éviter la production de réflexes éclamptiques, particulièrement en n'introduisant aucun liquide dans l'estomac pendant toute la durée de l'état de mal, et je termine l'accouchement le plus rapidement possible, au besoin en faisant la dilatation forcée du col.

Sur 47 éclamptiques que j'ai traitées de la sorte, 3 seulement sont mortes.

M. Stroganoff (de Saint-Pétersbourg). — Voici quelle est la thérapeutique que j'oppose à l'éclampsie.

Après la première crise convulsive, j'administre des narcotiques pendant douze ou vingt-quatre heures, selon la gravité du cas, car je considère l'éclampsie comme une maladie infectieuse dont la durée moyenne n'excède pas quarante-huit heures. Comme calmants, j'emploie la morphine associée au chloral. De plus, je veille au fonctionnement régulier du poumon (en faisant varier la position de la malade, en lui faisant inhaler de l'oxygène, au besoin en appliquant des ventouses scarifiées) et du cœur (par l'introduction de sérum artificiel par le rectum, ou, si c'est possible, par la bouche). J'ai soin, bien entendu, d'éloigner toute cause d'excitation tant psychique que physique, et j'accélère l'accouchement quand cela ne me paraît présenter aucun danger sérieux pour la mère ni pour l'enfant.

J'ai appliqué cette méthode dans 92 cas depuis trois ans. Je n'ai eu que 5 décès; encore 2 fois la mort fut-elle le résultat de maladies accidentelles sans rapport avec l'éclampsie, et 3 fois la gravité de la situation au moment où les malades furent confiées à mes soins rendait toute tentative thérapeutique bien aléatoire.

M. Mangiagalli (de Pavie). — Le meilleur traitement de l'éclampsie me paraît encore être l'intervention opératoire; mais il est un médicament qui nous permet de pratiquer cette intervention dans les meilleures conditions possibles : c'est le *veratrum viride* que j'emploie sous forme d'extrait fluide, et qui fait toujours cesser les convulsions, sans doute en abaissant la tension vasculaire.

Depuis quatre ans que je me sers de cette préparation, j'ai traité 18 éclamptiques; j'ai obtenu 17 guérisons; le seul décès que j'aie à déplorer est survenu neuf jours après la dernière crise convulsive; aussi ai-je peine à admettre qu'il soit dû à l'éclampsie.

M. Hagopoff (de Constantinople). — Il importe de soumettre les femmes enceintes, dès le début de la grossesse, au régime mixte alternatif : un jour du lait, le lendemain les aliments habituels, sauf ceux qui sont très indigestes. De la sorte, les toxines accumulées dans l'organisme et provenant du régime habituel sont éliminées le lendemain grâce à l'action du lait et les accidents d'auto-intoxication sont conjurés. On prévient ainsi non seulement l'albuminurie et l'éclampsie, mais aussi les vomissements incoercibles, les dermopathies, les troubles psychiques divers, la gingivite, les caries dentaires, etc.

M. La Torre se déclare opposé à l'intervention obstétricale en cas d'éclampsie, car il considère que le traitement médical réussit le plus souvent. Pour sa part, il cherche à favoriser la transpiration cutanée et administre de la morphine a très hautes doses, jusqu'à 0 gr. 10 centigrammes en vingt-quatre heures.

M. D. de Mattos (de Lisbonne) pense qu'avant tout il faut se préoccuper de l'hypertension artérielle et que le premier soin doit être de l'atténuer. Pour cela, le moyen le plus sûr est encore de recourir à la saignée.

L'expérimentation avec des bassins artificiels.

M. Budin présente une série de bassins artificiels en fonte reproduisant les principales malformations de la ceinture pelvienne et destinés à des recherches expérimentales sur les diverses causes de dystocie.

M. Pinard. — On ne peut faire avec ces instruments que des études expérimentales, et les résultats obtenus ainsi ne sauraient exactement reproduire les conditions de l'accouchement sur la femme vivante.

M. Calderini (de Bologne). — Je ne peux pas ne pas rappeler que c'est en Italie que se conservent les mannequins obstétricaux les plus anciens, qui datent du siècle dernier et ont toujours servi à l'enseignement. Je suis heureux de constater que cette manière de démonstration se généralise de plus en plus.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 août 1900.

Des hématuries essentielles.

M. Lancereaux. — On a soutenu récemment qu'il n'y avait pas d'hématuries essentielles. Telle n'est pas ma manière de voir. Je crois, au contraire, qu'un certain nombre d'hématuries sont indépendantes de tout désordre anatomique de l'appareil urinaire et sont entièrement subordonnées à un trouble nerveux. C'est surtout à la suite de la suppression des hémorrhoïdes que se produisent ces hématuries. J'ai eu l'occasion d'en observer plusieurs cas, dont deux chez des rhumatisants chroniques, et cela sans aucune altération de la santé générale et sans que l'examen le plus minutieux des organes urinaires pût révéler la moindre lésion.

Le praticien qui se trouve en présence d'une de ces hématuries doit donc songer tout d'abord à la possibilité d'une origine vasomotrice et ne recourir à l'intervention chirurgicale qu'après avoir épuisé les moyens médicamenteux.

Les causes de ces hématuries ne diffèrent pas de celles des hémorrhagies névropathiques en général, en ce sens qu'elles succèdent aux violentes émotions, à la colère, au refroidissement, etc., etc. Plus fréquentes peut-être chez l'homme que chez la femme, elles se montrent aux différentes époques de la vie, de préférence à un âge avancé et surtout chez les hémorrhoïdaires.

Ces accidents sont presque toujours annoncés par des douleurs gravatives dans les régions des lombes et de l'hypogastre. Les urines troubles, brunâtres ou rouges, sont colorées par le sang extravasé en plus ou moins grande quantité, et cette coloration disparaît parfois momentanément pour se manifester à nouveau plus tard. L'examen microscopique permet d'y déceler des globules sanguins diversement altérés; la chaleur et l'acide nitrique y déterminent un précipité albumineux souvent abondant.

La marche des hématuries névropathiques est essentiellement intermittente, quelquefois périodique; leur durée varie de quelques jours à plusieurs semaines ou même à plusieurs mois.

Le diagnostic de l'hématurie est chose facile; l'examen des urines suffit à cette tâche, à la condition de pratiquer le cathétérisme chez la femme, de façon à ne pas prendre le sang menstruel pour du sang vésical.

Le siège et la nature de cet accident sont plus difficiles à déterminer. L'élément propre à fixer la source de l'hématurie est la douleur qui, si le rein est affecté, occupe la région des lombes et du flanc, et non l'hypogastre, comme lorsque la vessie est en cause. Il existe, en outre, dans ce dernier cas, des besoins fréquents d'uriner. Néanmoins, un examen approfondi de l'appareil urinaire devra toujours être pratiqué pour s'assurer qu'il n'existe aucun désordre matériel encore à son début.

Le pronostic des hématuries névropathiques est peu grave. Quant à leur traitement, il consiste dans l'emploi des opiacés, des astringents et surtout du sulfate de quinine. Administré à la dose de 0 gr. 80 centigr. à 1 gr. 50 centigr., ce médicament arrête presque toujours les hématuries véritablement névropathiques, le plus souvent dans l'espace de quelques jours.

Les douches trouvent leur indication lorsque l'hémorrhagie est arrêtée; elles sont utiles non seulement pour modifier l'état du système nerveux, mais encore pour combattre la faiblesse et l'anémie consécutives aux pertes de sang abondantes.

M. Zambaco (de Constantinople). — J'ai observé également plusieurs sujets chez lesquels des flux hémorrhoïdaires habituels furent remplacés par des hémorrhagies vésicales. J'ai du reste eu l'occasion de vérifier directement sur le cadavre l'existence de dilatations veineuses au voisinage du col de la vessie. Je crois donc, comme M. Lancereaux, qu'il existe des hématuries indépendantes de toute lésion organique de l'appareil urinaire et qui ne réclament pas de traitement chirurgical.

M. Suarez de Mendoza lit un travail dans lequel il montre les avantages de l'emploi de la suture de la cornée après l'extraction de la cataracte, que l'opération soit simple ou compliquée de rupture de la membrane hyaloïde ou d'hémorrhagie expulsive.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 août 1900.

Sérum antihépatique.

M. Delezenne. — Inspiré par les travaux récents sur les sérums cytolytiques spécifiques de certains organes, je me suis attaché à préparer un sérum doué de propriétés toxiques à l'égard du foie. J'ai pu m'assurer que le sérum de lapins ou mieux de canards ayant reçu des injections intrapéritonéales d'une émulsion de foie de chien possède un pouvoir hépatolytique, au moins vis-à-vis du chien.

En effet, à la dose de 2 à 4 c.c. par kilogramme d'animal, il détermine une mort rapide (parfois en quinze ou vingt heures) au milieu de symptômes d'insuffisance hépatique, notamment au point de vue urologique : on constate une diminution considérable du taux de l'urée et une augmentation parallèle de l'excrétion des sels ammoniacaux, la présence de quantités souvent notables de leucine et de tyrosine dans l'urine, etc. Les lésions, *strictement limitées au foie*, sont celles de l'atrophie jaune aiguë.

J'ajouterai que j'ai pu rendre des chiens réfractaires à l'action hépatolytique de ce sérum en leur en injectant des doses faibles et progressivement croissantes. On peut admettre que cette immunité résulte de la production d'une antilysine analogue à l'antispermotoxine de Metchnikoff et à l'antihémotoxine de Bordet et d'Ehrlich, car le sérum d'un animal immunisé, transfusé à un animal neuf, rend ce dernier également réfractaire aux effets du sérum antihépatique.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur le chevauchement des systoles de l'oreillette et du ventricule.

Dans un mémoire récemment communiqué à la Société des sciences médicales de Lyon, M. le professeur Bard reprend l'étude de la palpation large de la région précordiale, qu'il avait autrefois si utilement appliquée au diagnostic différentiel de certaines formes d'hypertrophie cardiaque. Cette fois, il y revient dans le but d'en tirer la solution définitive du litige relatif au soulèvement qui se produit à la pointe du cœur dans la période de la révolution cardiaque qu'on nomme, depuis Gendrin, période présystolique.

On se souvient que le litige en question eut pour point de départ cette remarque fort juste de Dickinson que, chez la plupart des sujets affectés de rétrécissement mitral, le roulement présystolique est accompagné d'un soulèvement manifeste; d'où l'auteur avait très logiquement, mais faussement, déduit que le soulèvement de la pointe étant, de par la physiologie, fonction de la systole ventriculaire ne peut se rapporter à la présystole et n'est par conséquent point un signe de rétrécissement mitral, mais bien d'insuffisance.

Cette hypothèse bouleversant l'interprétation du rythme mitral sur laquelle tout le monde s'était mis d'accord depuis les lumineuses démonstrations de Chauveau et Marey, troublant notre sémiotique et nous rejetant dans tous les embarras jadis créés par Beau, je fus conduit à étudier la question de mon mieux, notamment à l'aide des méthodes cardiographiques de Marey. Je crus pouvoir établir, dans un mémoire de la *Clinique de la Charité*, que l'observation de Dickinson était parfaitement exacte en ce qui concerne la coïncidence d'un soulèvement de la pointe avec le roulement présystolique; mais que ce soulèvement résultait de la *distension* des ventricules opérée par la systole auriculaire, non de leur contraction propre. J'en donnai des preuves abondantes dans un article plus récent du *Journal de physiologie et de pathologie générale*. Ces preuves étaient tirées notamment de la comparaison des cardiogrammes avec les tracés des mouvements des jugulaires et du foie, tracés où l'indication de la systole des oreillettes correspondait nettement à la présystole. Et j'en concluais que, la contraction de la paroi ventriculaire n'existant pas, d'après le témoignage de M. le professeur Chauveau, avant le premier bruit, c'est-à-dire dans la présystole, et celle de l'oreillette étant au contraire à ce moment manifeste, c'était celle-ci apparemment qui produisait le soulèvement observé.

D'autre part M. Chauveau, dans un mémoire publié à cette époque dans le même *Journal de physiologie et de pathologie générale*, signalait, d'après les tracés recueillis par lui sur des animaux, un intervalle séparant la systole auriculaire de la systole ventriculaire, qu'il appelait *espace intersystolique*. Ce fait ne pouvait concorder avec l'opinion que j'avais émise puisque, dans le moment précis où je trouvais le ventricule plus ou moins énergiquement soulevé, il n'y avait plus, selon M. Chauveau, ni systole auriculaire, ni systole ventriculaire.

Là-dessus M. Bard nous renvoie dos à dos, M. Chauveau et moi, sous prétexte que, ni l'un ni l'autre, nous n'avons su ni voulu distinguer l'état physiologique de l'état pathologique.

Il va sans dire que M. Chauveau sait à merveille que l'état pathologique n'existe précisément qu'en tant qu'il diffère de l'état physiologique et pour ma part je ne l'ignore pas non plus, ayant passé ma vie à tâcher de discerner les nuances parfois fort délicates qui les distinguent l'un de l'autre. Mais ce que je sais bien aussi, c'est que, en maintes circonstances, la pathologie peut apporter des renseignements utiles à la physiologie en exagérant et en amplifiant certains phénomènes peu appréciables dans l'état normal; phénomènes qu'on y retrouve cependant, quand on les cherche une fois averti par les exagérations pathologiques. C'est en particulier ce qui advint à cette occasion.

Après avoir constaté et étudié l'impulsion présystolique parfois considérable qui se produit dans un grand nombre d'états morbides, comme l'insuffisance aortique, le rétrécissement mitral, les dilatations du cœur d'origines diverses et certaines fièvres, je recherchai cette même impulsion à l'aide de la palpation préconisée par M. Bard et la trouvai chez beaucoup de sujets exempts de toute affection du cœur, notamment sur moi-même, ainsi que je l'ai relaté dans mon premier mémoire. Il n'est donc pas exact de dire que j'ai voulu confondre l'état normal et l'état pathologique. Mais j'ai fait voir que, dans l'état normal, on retrouve chez l'homme le vestige de ce qui, à l'état pathologique, se manifeste parfois sous des formes si considérablement exagérées. Et c'est ce qui me paraissait important au point de vue de la séméiologie qui était l'objet de mon étude.

Au demeurant, la question en litige restait celle-ci : la propulsion qui se produit au niveau de la pointe dans le moment qui précède immédiatement la clôture des valvules auriculo-ventriculaires et le premier bruit, soit dans l'état pathologique, où elle peut devenir considérable, soit à l'état normal, où elle est rudimentaire, est-elle produite, comme je le crois et pense l'avoir démontré, par la systole de l'oreillette distendant le ventricule? Ou bien faut-il l'attribuer à la systole du ventricule lui-même, comme l'ont soutenu Dickinson pour le cas du rétrécissement mitral, d'Espine (de Genève) pour le galop brightique, Tripier pour l'insuffisance aortique?

A l'opinion que je soutiens, l'intersystole découverte par M. Chauveau paraissait sans doute apporter une objection bien puissante, puisqu'elle établissait une séparation absolue entre deux phénomènes qui se succèdent pour nous avec une rapidité telle qu'ils nous font l'illusion de n'en être qu'un seul. Mais elle n'est pas davantage en faveur de l'opinion des auteurs que je viens de citer; car, au témoignage de M. Chauveau, la systole ventriculaire qui commence avec le premier bruit n'existe pas au moment de la présystole dont on veut lui imputer les manifestations. Quant à attribuer le *choc en dôme* à la contraction isolée des muscles papillaires, signalée par M. Chauveau dans l'intersystole, personne n'y songerait, M. Bard moins que tout autre. Aussi, ne pouvant se résigner à voir avec moi dans un phénomène aussi considérable l'expression d'une simple contraction auriculaire — bien qu'il reconnaisse que l'oreillette est encore active au moment où il se produit —, il s'est décidé à admettre, à l'encontre de M. Chauveau, que non seulement il n'y a point alors d'intersystole, mais que la systole ventriculaire anticipe même sur la fin de la systole de l'oreillette et qu'il existe un véritable *chevauchement des systoles*. M. Bard pense que la palpation large de la région précordiale le peut démontrer. Il s'agit de savoir dans quelle mesure elle le fait, et d'examiner les preuves que l'auteur en donne.

Premièrement, il s'attache à établir que le chevauchement des systoles est chose possible. A quoi je n'ai pas d'objection assurément, ayant apporté moi-même des exemples exceptionnels de ce chevauchement.

Il cherche ensuite à établir comment on peut expliquer le chevauchement en question; c'est-à-dire comment il se peut faire que la systole ventriculaire commence, à l'inverse de ce qu'elle fait d'habitude, un temps notable avant qu'on entende le premier bruit, ou pourquoi celui-ci retarde ainsi sur le début de la systole que d'ordinaire il accompagne. Il en voit la raison dans la résistance que la mitrale, tandis qu'elle se ferme, rencontre du côté de l'oreillette hypertrophiée.

Il est bien vrai qu'un excès de résistance du côté de l'oreillette paraît de nature à retarder la clôture valvulaire, et c'est de cette façon que nous sommes accoutumés d'expliquer la plupart des dédoublements du premier bruit. Mais dans ces cas qui nous sont familiers le retard a une durée extrêmement courte et tout juste suffisante pour que les deux bruits qui se succèdent soient distincts l'un de l'autre, c'est-à-dire pas plus de 0",01. Tandis que le retard qu'il faudrait admettre avec M. Bard pour expliquer l'apparente anticipation de la systole ventriculaire devrait être de 0",10, de 0",20 et bien davantage, d'après les mesures que j'ai pu prendre; c'est dire qu'on devrait le supposer extrêmement supérieur en durée à tous ceux que nous connaissons. Et il faudrait admettre que, pendant tout ce temps, l'oreillette lutte victorieusement avec le ventricule de façon à empêcher le refoulement que celui-ci tend à produire. Pourra-t-on m'objecter ensuite la faiblesse relative de la systole auriculaire, quand celle-ci résiste ainsi à celle du ventricule et lui est, par conséquent, sensiblement égale? Et puisque l'oreillette est supposée avoir à ce moment une force égale à celle du ventricule, pourquoi supposer une systole ventriculaire anticipée, dont il n'est pas besoin pour expliquer les faits?

D'ailleurs, une autre objection se présente encore. C'est que si, dans le cas de rétrécissement mitral par exemple ou d'insuffisance aortique, il se trouve constamment un degré plus ou moins considérable d'hypertrophie de l'oreillette gauche capable d'opposer à l'action ventriculaire une résistance inaccoutumée et de retarder la clôture des valvules, rien de semblable ordinairement n'existe du côté de l'oreillette droite. La valvule tricuspide n'étant point retardée dans son mouvement, sa clôture devrait s'effectuer en temps voulu, c'est-à-dire notablement avant celle de la mitrale. Il y aurait donc de ce fait un dédoublement du premier bruit. Or ce dédoublement n'a jamais lieu en pareil cas. Pour l'expliquer M. Bard invoque le synchronisme nécessaire des deux ventricules. Ce synchronisme n'est pas à mettre en doute. Mais il n'est point en cause ici, ou plutôt c'est précisément parce que les deux systoles débutent nécessairement ensemble que, si les effets de la contraction sont retardés d'un côté et pas de l'autre, le synchronisme de ces effets ne se pourra maintenir et le dédoublement devra se produire.

Au demeurant, ces considérations n'importent peut-être pas beaucoup; car le chevauchement des systoles fût-il susceptible des interprétations les plus naturelles, les plus simples, les plus logiques du monde, cela ne prouverait pas qu'il ait lieu en effet dans les cas indiqués. Beaucoup de choses pourraient s'expliquer très aisément qui n'existent cependant pas du tout. Jusqu'ici donc nous n'avons aucun indice positif, aucune preuve, mais seulement des explications du chevauchement supposé.

La preuve objective, M. Bard la croit trouver dans les données fournies par la palpation large de la région précordiale, et voici comment il l'énonce. Ce que la main appliquée à la région de la pointe perçoit dans la présystole, c'est-à-dire avant la clôture valvulaire et la vibration qui la marque, *est bien réellement, dès son début, un durcissement bien caractérisé au doigt, témoin d'une contraction ventriculaire et non un simple soulèvement tel que pourrait le donner une augmentation passive de volume*.

La démonstration fournie par la palpation large résulte donc exclusivement de ceci : qu'elle fait sentir un *durcissement bien caractérisé* lequel indique un fait actif et *non passif*. Or, il n'est d'abord apparemment pas très facile de distinguer, à degré égal, un durcissement actif d'un durcissement passif. Car c'est pour cela, sans doute, que pendant si longtemps on a voulu voir dans la pulsation artérielle une manifestation de l'activité diastolique des artères,

tandis qu'on y reconnaît aujourd'hui un fait purement passif dont l'activité artérielle, dans la mesure où elle intervient, ne fait qu'atténuer la brusquerie et le heurt apparent. Quant au degré du *durcissement*, comme il dépend surtout, dans l'un et l'autre cas, du degré de tension de la paroi, on ne voit pas qu'il doive être nécessairement bien différent, suivant que cette tension est opérée par la systole du ventricule lui-même ou par celle de l'oreillette qui le distend, si, dans l'un et l'autre cas, la pression intérieure est la même et la dimension des cavités semblable. Or, du moment que, pendant la période considérée, la pression exercée par l'oreillette non seulement fait équilibre à celle du ventricule de façon à empêcher pendant un temps notable la clôture valvulaire, comme M. Bard le suppose, mais encore, dans le cas de rétrécissement mitral, l'emporte assez sur elle pour faire pénétrer le sang dans la cavité ventriculaire avec une vitesse accélérée, dont témoignent l'intensité et l'acuité croissantes du souffle, il en résulte qu'il n'importe guère, au point de vue du degré de la tension pariétale, que ce soit l'oreillette seule qui la produise ou que le ventricule y ajoute son action, puisque cette action n'y ajoute rien.

Ainsi, le seul argument qu'apporte la palpation n'est point décisif et n'a nullement, de l'avis du professeur Bard lui-même (page 54 de son mémoire), *la valeur d'une démonstration directe*. Pourquoi donc introduire une hypothèse à laquelle rien n'oblige et que rien ne prouve? La raison en serait-elle un pur motif de sentiment et le *choc en dôme* semblerait-il un phénomène trop considérable pour qu'on le rabaisse à n'être qu'un effet des contractions de cette pauvre oreillette, objet des dédains de la physiologie? J'avoue que, pour ma part, l'impression que je ressens est vraiment celle-là, quand je palpe un de ces cœurs où le phénomène si bien décrit par M. Bard est à son maximum. Mais quoi... N'avons-nous point assez appris à nous défier de nos impressions et à nous défendre contre elles? Et n'est-ce point pour cela que nous avons recours, tant que nous le pouvons, à des instruments de contrôle en qui le sentiment n'est pour rien?

Aussi, en attendant les démonstrations ultérieures promises par M. Chauveau relativement à la constance et à la durée de l'intersystole dans les états pathologiques et par M. Bard pour le chevauchement des systoles comme explication générale de la propulsion présystolique, je continuerai de m'en tenir à ce que m'a montré l'application sincère, attentive et infiniment répétée des précieux appareils de mon ami Marey et à l'interprétation qu'ils m'ont donnée de mes sensations. Je persisterai à croire ce que m'ont appris Chauveau et Marey, à savoir que le véritable début de la systole ventriculaire et le véritable premier bruit sont choses sensiblement synchrones. Je continuerai d'être convaincu, malgré Dickinson et ses adeptes, parce que nous en avons des preuves incontestables, que le roulement présystolique est bien un résultat direct et un signe du rétrécissement mitral. Enfin, malgré les apparences contraires et en dépit des impressions que j'ai pu avoir, je resterai persuadé que le *choc en dôme* est un phénomème d'origine auriculaire.

M. le professeur Bard m'accuse dans son mémoire d'avoir voulu faire revivre la doctrine de Beau. J'imagine bien qu'il n'a conservé qu'un souvenir assez vague de ce qu'était cette doctrine, et il a eu raison de l'oublier puisqu'elle était une erreur. Mais il a tort de me considérer comme son défenseur; car il se trouve que j'instituais déjà, pour la combattre des démonstrations expérimentales à l'époque très lointaine où, comme agrégé, je remplaçais le professeur Rostan, et qu'aujourd'hui encore je travaille à défendre les applications à la séméiologie de la pure doctrine de Chauveau et Marey.

POTAIN,
Professeur de clinique médicale à l'hôpital de la Charité.

TREIZIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

Tenu à Paris du 2 au 9 août 1900.

(Suite. — Voir nos trois précédents numéros.)

SECTION DE PATHOLOGIE INTERNE

Pathogénie de la goutte.

M. Le Gendre (de Paris), *rapporteur*. — La goutte est une maladie chronique qui n'apparaît en général qu'après l'adolescence et demeure latente dans l'intervalle des paroxysmes révélateurs. Ces attaques paroxystiques consistent d'abord en arthropathies à caractères cliniques et anatomo-pathologiques spéciaux, coexistant ou alternant avec des manifestations congestives, inflammatoires ou douloureuses, qui peuvent affecter tous les organes, appareils et tissus; elles deviennent moins accentuées et plus rares quand la goutte s'invétère et tourne à la cachexie. Une artériosclérose coexistante, à localisations viscérales et surtout rénale, mêle le plus souvent ses effets à ceux de la goutte. Acquise, la goutte est toujours préparée par une période d'hygiène défectueuse : abus d'aliments azotés ou riches en acide oxalique et de certaines boissons fermentées, activité physique insuffisante et surmenage du système nerveux. Elle survient aussi comme une des conséquences de l'intoxication saturnine.

Héréditaire de mâle en mâle dans la moitié des cas, la goutte peut alors se montrer même quand les enfants n'ont pas suivi les errements hygiéniques de leur procréateur.

L'existence des dépôts tophacés d'urate acide de soude, soit au niveau des articulations, soit en certains autres points de prédilection, différencie nettement la goutte de toutes les formes de rhumatisme. Celles-ci, y compris l'arthrite rhumatoïde ou rhumatisme noueux que l'on a indûment appelé la goutte de la femme, peuvent atteindre un goutteux ou se rencontrer chez ses proches.

Il est difficile d'admettre que la production d'acide urique dépende exclusivement de la nourriture, quand on réfléchit que la même alimentation produit, suivant l'espèce animale, tantôt de l'acide urique et tantôt de l'urée. Dans l'urine des lions et des tigres, il y a beaucoup d'urée et très peu d'acide urique; le python et le boa, carnivores eux aussi, excrètent de l'acide urique et pas d'urée; les oiseaux granivores éliminent de l'acide urique sans urée; les mammifères herbivores, beaucoup d'urée et très peu ou pas d'acide urique.

A la plupart des théories pathogéniques de la goutte, on peut faire cette critique qu'elles n'expliquent que le mécanisme des accès goutteux et des déformations tophacées ou de certaines manifestations symptomatiques, sans rendre compte de ces deux caractéristiques si spéciales de la goutte, l'hérédité et la latence pendant une partie de la vie du goutteux.

L'hérédité directe a été observée dans la proportion de 44 %, et la goutte a pu être suivie dans toute la série ascendante mâle d'un goutteux pendant trois cents ans. Seule, une perturbation de la nutrition, de la manière de vivre de chacune des cellules de l'organisme humain peut être transmise ainsi indéfiniment de génération en génération, se continuant à travers l'ovule ou les spermatozoïdes dans la série des cellules qui dérivent de cet ovule ou de ces spermatozoïdes et par conséquent dans la descendance. Seul, également, un trouble nutritif peut ne manifester sa présence qu'à un certain âge sous la forme d'accidents goutteux, quoiqu'il existât déjà dans l'enfance et dans l'adolescence, se révélant alors par certains indices aux yeux d'un observateur informé.

Ce qui est non moins frappant que l'hérédité directe de la goutte, c'est l'association si fréquente de cette affection, dans une même famille et chez les mêmes individus, avec certaines maladies toujours les mêmes, obésité, diabète, lithiases; c'est la statistique clinique qui a permis à M. Bouchard de mettre en évidence ces parentés morbides. La connaissance des rapports suivant lesquels ces maladies se trouvent associées conduit à l'interprétation pathogénique. Or, la goutte se montre presque exclusivement chez des individus dont les ascendants étaient atteints de diabète, d'obésité, de lithiases diverses, etc., ou qui présentent eux-mêmes ces maladies avec une fréquence insolite, ou qui engendrent des individus devant être atteints, à leur tour, de l'une ou l'autre de ces affections. La connaissance de ces coïncidences conduit à attribuer à toutes ces formes morbides la pathogénie démontrée vraie pour l'une d'entre elles. Etant donné que la goutte est de même nature que le diabète, et que celui-ci consiste en un trouble de la nutrition caractérisé par une diminution de l'aptitude des tissus à brûler le sucre, à pousser les transformations des hydrates de carbone jusqu'à l'eau et à l'acide carbonique, il y a de grandes vraisemblances pour que chez le goutteux il y ait aussi une moindre aptitude des cellules à transformer correctement la matière azotée, à élaborer l'albumine d'une façon parfaite. C'est la vie de la cellule qui régit la destruction normale de la matière et qui modifie cette destruction dans un sens pathologique.

L'élaboration imparfaite de l'albumine a pour conséquence d'inonder les humeurs de matériaux normaux en excès, comme l'acide urique, ou de matériaux anormaux moins connus, tels que les corps de la série xanthique. Mais si, à ce moment, il y a altération humorale, on ne peut méconnaître que les humeurs sont ce qu'en fait la vie des cellules : la goutte est plutôt à l'origine une maladie de la nutrition cellulaire qu'une maladie humorale.

C'est le plus souvent, d'ailleurs, en empruntant la médiation des ferments que la cellule opère le métabolisme de l'albumine, comme celui du sucre ou de la graisse, et c'est le système nerveux qui favorise ou inhibe le conflit entre les ferments et la matière à transformer.

On peut donc supposer que l'insuffisance des ferments médiateurs entre la cellule et l'albumine est sous la dépendance des troubles fonctionnels de tel ou tel appareil; à ce point de vue, les défectuosités du foie, du rein, des organes leucocytopoïétiques peuvent trouver une place dans la pathogénie de la goutte.

Dans la symptomatologie si riche des goutteux, une part est à réserver, sans doute, aux conséquences de l'artériosclérose, très fréquente chez eux, et aux manifestations névropathiques qui surviennent souvent avant, pendant et après les accès de goutte.

Parmi les effets de l'incomplète destruction des déchets prend place l'encombrement de l'organisme par certains acides (oxalique, acétique, lactique, etc.), qui peuvent diminuer les conditions de solubilité de l'acide urique sans que celui-ci soit nécessairement en excès dans le sang, ou par certains corps organiques dont la toxicité peut contribuer à la genèse des accidents multiples de la goutte.

La statistique clinique met en évidence les affinités morbides de la goutte avec l'albuminurie simple, avec la néphrite interstitielle, comme la fréquence et l'intensité des troubles du système nerveux chez les goutteux; on peut déduire de ces coexistences que les perturbations fonctionnelles du rein, comme celles du système nerveux, jouent un rôle dans la préparation de la goutte et dans l'explosion de ses paroxysmes, soit par entrave apportée à l'élimination des déchets toxiques de la dénutrition des tissus, soit par inhibition neurotrophique du métabolisme intracellulaire.

Sir Dyce Duckworth (de Londres), *co-rapporteur*. — Plus répandue aujourd'hui en Angleterre dans sa forme aiguë qu'il y a un siècle, la goutte est constituée par une tendance constitutionnelle particulière, plus marquée dans certains pays et dans certaines races, et qui, comme toute autre diathèse, peut être héréditaire et se transmettre, ou encore être acquise et se modifier graduellement. L'uricémie est également un facteur constant de la goutte. Il en est tout autrement des dépôts uratiques qui, bien qu'habituels, peuvent néanmoins faire défaut dans un certain nombre de cas, tant à l'examen clinique qu'à la vérification anatomique.

Le trouble primordial de la goutte consiste dans un métabolisme vicié dont l'uricémie n'est que le résultat. Quant à savoir quel est le siège de la production de l'acide urique dans l'économie, il est probable que le rein est le seul organe où puisse s'en effectuer la synthèse. Le

foie ne jouerait chez les goutteux qu'un simple rôle de stimulant. La rétention d'acide urique par le rein ne doit pas être mise sur le compte d'altérations histologiquement appréciables de cet organe; elle est entièrement indépendante de la néphrite interstitielle que l'on voit survenir dans un stade avancé de la goutte.

L'uricémie peut dépendre soit d'un excès dans la formation de l'acide urique, soit d'une diminution dans l'excrétion de ce corps. Or, on sait que le premier cas est réalisé dans certaines maladies telles que l'anémie et la leucémie. Il est prouvé qu'une excrétion faible d'acide urique est la règle dans la goutte, et les agents propres à déterminer une pareille diminution provoquent facilement des manifestations goutteuses chez les sujets prédisposés. Certaines variétés d'uricémie paraissent résulter de la transformation de nucléine provenant des leucocytes, mais dans ces conditions on ne voit jamais survenir la goutte en raison de l'intégrité du rein. L'acide urique existe dans le sang sous forme de quadri-urate de soude soluble et non toxique, mais instable, et passant facilement, en présence du carbonate de soude, à l'état de bi-urate, sel cristallisé et toxique. La précipitation de ces deux composés (car le quadriurate existe en excès dans le sang) détermine dans les tissus une irritation constante, mais variable en intensité, et se traduisant par un accès de goutte caractérisée.

La plus grande fréquence de la goutte chez des sujets qui se donnent peu d'exercice, prennent une nourriture trop riche et font une consommation exagérée d'alcool, est en rapport avec un trouble particulier de la fonction hépatique, perturbation certaine, mais de nature encore indéterminée.

La théorie humorale de la goutte, qui résulte de cette manière de voir, est satisfaisante mais incomplète, car elle ne saurait suffire à expliquer toutes les manifestations de cette maladie, notamment les déterminations articulaires. Pour cela, il me semble indispensable de faire intervenir un élément nerveux; je pense que c'est la perturbation d'un centre bulbaire — qu'il faut incriminer dans l'arthrite rhumatoïde, dans l'arthropathie tabétique et dans la polyarthrite rhumatismale — qui constitue le second facteur pathogénique de la goutte. C'est la névrose de ce centre qui explique, par exemple, l'apparition des paroxysmes au cours de la goutte, ainsi que la localisation particulière des tophi d'urate de soude.

M. J. Teissier. — L'uricémie ne constitue pas à elle seule toute la goutte; elle peut faire défaut chez les individus atteints de cette maladie, qui est essentiellement caractérisée par le tophus. Or, il existe une forme de goutte désignée sous le nom de rhumatisme goutteux, dans laquelle la sérosité d'un vésicatoire appliqué au niveau de l'articulation malade, comme dans l'expérience de Garrod, renferme non de l'acide urique, mais de l'acide oxalique. Il me semble donc qu'il s'agit ici d'une condition humorale ou moléculaire particulière, permettant à l'acide urique de se transformer en acide oxalique.

M. His junior (de Leipzig). — Pour expliquer l'uricémie, il faut admettre que l'acide urique se trouve à l'état de combinaison dans le sang, par exemple avec de l'acide nucléinique; car l'acide urique est un corps très instable qui se détruit facilement et rapidement.

La disparition des tophus est due non seulement à une dissolution de l'urate de soude, mais aussi à une véritable phagocytose exercée par les leucocytes qui englobent les cristaux d'urate pour les détruire ensuite.

Quand on introduit du bicarbonate de soude dans le sang, on ne parvient plus à en faire disparaître l'acide urique à l'aide des sels de soude ou de lithine. Le seul procédé efficace pour réaliser cette dissolution consiste à déterminer la formation d'une combinaison avec l'acide nucléinique.

M. Le Gendre. — Dans les faits visés par M. Teissier, c'est surtout la question de solubilité qui est importante. Elle dépend de la présence dans le sang de substances qui maintiennent l'acide urique en solution.

Sur l'étiologie du diabète.

M. Pettyjohn (de Chicago). — Dans le diabète, le pancréas n'est pas altéré plus fréquemment que les artères, le foie et les reins. L'hypertrophie du pancréas, qui est fréquente dans les régions paludéennes, ne détermine jamais de diabète, ainsi qu'il résulte de l'étude de 125 observations que j'ai recueillies au cours des cinq dernières années. Il est d'ailleurs constant que les lésions les plus diverses du pancréas ont été observées sans coexistence d'aucun signe de diabète. Aussi est-il possible que l'altération du pancréas soit la conséquence et non la cause de cette maladie qui est fréquemment associée aux affections mentales, telles que la mélancolie, aux chocs nerveux, au surmenage physique, etc.

Rhumatisme déformant.

M. Hammond (de Washington). — Parmi les différentes variétés de rhumatisme déformant, la plus commune est la forme générale et progressive et la plus rare est la mono-articulaire. Je ne pense pas que cette affection puisse être rapprochée de la goutte ou du rhumatisme franc aigu. Pour moi, la cause doit en être cherchée dans des troubles de l'assimilation et notamment dans une fermentation acétique du contenu intestinal. Aussi ai-je supprimé du régime des malades atteints de rhumatisme déformant le sucre, la graisse et les amylacés. Le régime que je leur conseille comprend des viandes saignantes auxquelles on ajoute une petite quantité de fruits et quelques légumes verts. Les malades se trouvent bien de boire de grandes quantités d'eau bouillie une ou deux heures avant le repas. Après plusieurs mois de l'application intégrale de ce traitement, on constate généralement une amélioration notable.

Sur l'action pathogène de l' « amœba coli ».

M. Fenoglio (de Cagliari). — Chez des individus sains, je n'ai jamais trouvé l'*amœba coli* dans le contenu de l'intestin. Ce parasite ne se cultive sur aucun des milieux actuellement usités. Je ne suis pas parvenu à déterminer d'altération spécifique dans l'intestin du chat par des injections rectales de selles renfermant des amibes. Dans tous les cas que j'ai eu l'occasion d'observer, les malades ont guéri dès que l'*amœba coli* a disparu des garde-robes.

Cyto-diagnostic des épanchements séro-fibrineux.

M. Widal expose le résultat de recherches qu'il a faites, avec M. Ravaut, sur la nature histologique des épanchements pleuraux (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 227); il a appliqué, en outre, ce procédé d'investigation à des arthrites de nature diverse, ainsi qu'à l'hydrocèle et au liquide céphalo-rachidien.

Il a pu s'assurer ainsi que l'épanchement de la plupart des *hydrocèles* ne contient guère que des cellules endothéliales desquamées : cette constatation histologique semble indiquer qu'il s'agit le plus souvent, dans cette affection, d'épanchements purement mécaniques.

Dans la sérosité limpide retirée des synoviales au cours du *rhumatisme articulaire aigu*, il a trouvé en abondance des polynucléaires neutrophiles, contrairement à ce qu'il a observé dans la sérosité des arthrites traumatiques et tabétiques.

L'examen du *liquide céphalo-rachidien* dans trois cas de méningite tuberculeuse a montré une prédominance de lymphocytes.

Dr Francis Munch (de Paris).

SECTION DE NEUROLOGIE

Nature et traitement de la myélite aiguë.

M. Marinesco, *rapporteur*. — Pour avoir une idée précise sur la nature intime de la myélite aiguë, il faut envisager la question au triple point de vue clinique, anatomopathologique et pathogénique. De par la clinique, Kahler et Pick sont arrivés à établir une relation étroite entre la sclérose en plaques et les maladies infectieuses. M. P. Marie a repris et développé la question, en sorte que la nature infectieuse de la plupart des maladies aiguës de la moelle est aujourd'hui admise par beaucoup d'auteurs. L'anatomie pathologique est venue déposer en faveur de la théorie de l'origine infectieuse et toxique de la myélite aiguë; toutefois, il règne encore une certaine incertitude, parce qu'on n'est pas bien fixé sur la valeur des réactions qui caractérisent l'inflammation, et, par conséquent, la myélite aiguë. Je pense cependant que si l'on veut bien faire une sélection parmi les cas publiés, on arrivera à une conception anatomo-pathologique exacte de l'affection en question. En effet, que l'on prenne les cas les mieux étudiés de myélite aiguë — et parmi ceux-là, qu'il me soit permis de faire allusion non seulement à ceux que j'ai publiés avec MM. P. Marie et Œttinger, mais encore à ceux de M. Babes, de MM. Auché et Hobbs, Ballet et Dutil, etc. —, on constate qu'il y a dans tous ces faits une somme de réactions organiques suffisantes pour caractériser la myélite aiguë. Dans tous on observe, en effet, une réaction initiale du côté des vaisseaux, caractérisée par l'hyperhémie, l'hémorrhagie et la diapédèse avec infiltration périvasculaire et interstitielle. C'est là un processus de défense; plus tard, on constate une réaction vasculaire dont le but est d'enlever les produits de dégénérescence. En outre, les cellules névrogliques irritées par les agents inflammatoires, réagissent à leur tour, phénomène que je distingue soigneusement de la réaction secondaire de ces mêmes éléments sous l'influence de la dégénérescence des fibres nerveuses. Les cellules névrogliques constituent parfois de véritables nodules inflammatoires. Je suis parvenu, en effet, dans 6 cas de myélite infectieuse dont 4 encore inédits, à déceler le *corpus delicti*, l'agent microbien soit sur les coupes, soit à l'aide des cultures; j'ai trouvé le streptocoque dans deux cas, le staphylocoque, le colibacille, un pneumocoque et un bacille ressemblant au bacille du charbon, chacun une fois. Par contre, je n'ai pu mettre de microbes en évidence dans un cas de myélite aiguë très caractéristique observé au cours de la maladie des jeunes chiens, ni dans un cas de paralysie ascendante de Landry chez un alcoolique. Dans ce dernier fait, il n'y avait que très peu de lésions vasculaires, mais les altérations nerveuses étaient intenses.

Les lésions du tissu nerveux dans les myélites aiguës sont très variables et dépendent de la nature de l'agent inflammatoire, de sa virulence, du siège qu'il occupe par rapport aux éléments nerveux. Elles forment toute une gamme depuis la tuméfaction des granulations chromatophiles et la chromatolyse jusqu'à la désintégration de la substance achromatique avec atrophie de la cellule et du noyau. Une altération assez fréquente, c'est cet état que je désigne sous le nom d'achromatose. Enfin, j'ai rencontré une lésion non décrite que j'ai proposé d'appeler « destruction superficielle avec formation corpusculaire. »

Dans la substance blanche, j'ai vu l'altération que les auteurs allemands appellent « blasiger Zustand » et qu'on pourrait nommer *état alvéolaire inflammatoire de la substance blanche*. Les fibres à myéline désorganisées deviennent la proie de phagocytes qui portent, dans la circonstance, le nom de corps granuleux. Ces corps granuleux dépendent, à mon avis, d'une réaction secondaire et n'ont rien à faire avec l'inflammation.

En résumé, l'inflammation de la moelle est l'ensemble des réactions organiques qui se manifestent lorsqu'un agent infectieux ou toxique a pénétré dans les vaisseaux médullaires. La porte d'entrée de ces agents vulnérants est très souvent la peau altérée ou bien une muqueuse enflammée. C'est ainsi que la myélite aiguë a été observée à la suite de la variole, de la dysenterie, de la fièvre typhoïde, de la cystite, etc. Parfois, c'est un nerf malade qui permet l'irruption de ces agents; c'est le cas pour la névrite ascendante et pour la rage.

J'ai réalisé des myélites expérimentales par l'injection de microbes soit dans une artère lombaire, soit dans la cavité arachnoïdienne, soit dans un nerf périphérique. Le second procédé, préconisé par M. Sicard, m'a permis de reproduire tous les types anatomo-cliniques de myélite connus dans la pathologie humaine. Ainsi, j'ai pu obtenir des myélites aiguës transverses plus ou moins complètes, des myélites diffuses, des myélites disséminées et enfin des poliomyélites aiguës antérieures et postérieures. Les microbes que j'ai injectés sont des streptocoques de différentes provenances, des staphylocoques, des pneumocoques, des méningocoques, des colibacilles, le bacille de l'influenza, le bacille de la tuberculose, etc. Je m'empresse d'ajouter

que dans presque tous les cas les méninges participaient à l'inflammation. J'ai fait la même constatation chez l'homme, de sorte que je crois que la méningite associée à la myélite ne constitue pas une lésion accidentelle, mais qu'elle apparaît avec une certaine fréquence dans la myélite. Cette constatation nous permet d'expliquer le résultat positif de la ponction lombaire dans quelques faits de méningomyélite. C'est ainsi que Schultze a isolé du liquide cérébrospinal, retiré par la ponction lombaire, le méningocoque, dans un cas de paralysie infantile. Toutes ces recherches prouvent que dans certains cas les microbes arrivent à la moelle par le liquide céphalo-rachidien et commencent par former des colonies dans les méninges pour ne pénétrer que secondairement dans la moelle. Le canal épendymaire sert également à la transmission des microbes, ainsi que de nombreuses expériences me l'ont montré. L'injection de germes associés réalise parfois, avec une intensité encore plus grande, les lésions de la myélite aiguë. Ces résultats expérimentaux concordent avec les faits observés chez l'homme par MM. Babes, Thiroloix et Rosenthal, Jaccoud, etc.

Les myélites aiguës d'origine toxique nous sont moins bien connues; du reste, l'expérimentation m'a démontré que les microbes injectés dans la cavité arachnoïdienne peuvent disparaître après avoir achevé leur œuvre d'irritation et de désorganisation.

Ayant admis que la myélite aiguë est représentée par une série de réactions organiques parmi lesquelles les altérations vasculaires jouent un rôle si considérable, il nous reste à concilier ces faits avec les myélites expérimentales sur lesquelles les auteurs français, tels que MM. Gilbert et Léon, Charrin et Babinski, Thoinot et Masselin, Widal et Besançon, Ballet et Lebon, Bourges, etc., etc., ont attiré l'attention. Il me semble que dans la plupart de leurs expériences il ne s'agit pas de véritables myélites, mais bien de centres de dégénérescence parenchymateuse. Toutefois, MM. Hallion et Claude, Ballet et Lebon ont obtenu parfois de véritables myélites. Cela ne veut pas dire que je tende à établir un fossé infranchissable entre la myélite aiguë et les dégénérescences aiguës de la moelle. Mais au point de vue anatomique et même clinique il faut séparer ces deux ordres de faits.

On trouve souvent incriminées dans les observations cliniques, surtout dans la phase prébactérienne de l'histoire de la myélite, le froid et le traumatisme comme causes efficientes. Si on soumet une série de lapins à la réfrigération ou aux traumatismes répétés de la colonne vertébrale, on constate que ces animaux sont plus sujets à l'action des microbes injectés dans le canal rachidien. Mais ni le froid, ni le traumatisme ne sont capables de produire par eux-mêmes une myélite aiguë; c'est du moins ce qui ressort de mes expériences.

Comme traitement causal, j'ai employé le sérum de Marmorek dans la myélite due au streptocoque, mais sans résultats manifestes; j'ai éprouvé le même insuccès par l'emploi du bleu de méthylène dans deux cas de méningomyélite. Contre les douleurs violentes qu'un de mes malades ressentait, j'ai utilisé avec avantage les injections intrarachidiennes de cocaïne.

M. Crocq, *co-rapporteur*. — La dénomination de myélites aiguës s'applique aujourd'hui à deux processus anatomiques distincts, suivant qu'il s'agit d'une inflammation ou d'une intoxication. Il y a donc lieu, théoriquement, de distinguer des myélites aiguës *inflammatoires* et des myélites aiguës *d'origine toxique*.

Mais, d'après les idées actuelles, l'inflammation est un simple processus réactionnel de l'organisme contre une intoxication locale due à une substance soluble (Courmont); il en résulte que l'inflammation est toujours la conséquence d'une intoxication et que la différence entre les lésions inflammatoires et les lésions toxiques réside uniquement dans la présence ou l'absence de réaction. On conçoit que, dans ces conditions, il soit à peu près impossible de tracer une ligne de démarcation bien nette entre les deux processus : inflammation aiguë de la moelle et intoxication aiguë de la moelle, d'autant plus qu'entre l'inflammation aiguë typique et l'intoxication aiguë véritable existe une série d'états intermédiaires qu'on peut tout aussi bien rattacher à l'une qu'à l'autre.

J'ajoute que si l'inflammation et l'intoxication aiguës de la moelle présentent au début des caractères différents (congestion et diapédèse dans le premier cas, altérations du tissu médullaire avec exsudation toxique dans le second), elles se terminent toutes deux par la production de foyers nécrosiques absolument semblables. Il résulte de ces considérations que s'il est difficile de discerner la nature des myélites aiguës au début du processus morbide, cette distinction devient tout à fait impossible à la fin, les lésions secondaires qui sont l'aboutissant des myélites aiguës, qu'elles soient toxiques ou inflammatoires, étant identiques.

M. Ehrnrooth (d'Helsingfors). — Les résultats de mes propres expériences sont absolument conformes à ceux que M. Marinesco a obtenus de son côté. Il est certain que les microbes injectés expérimentalement dans la moelle ne peuvent guère y être retrouvés que pendant deux à trois jours, sans doute parce que le tissu nerveux ne favorise pas leur développement. Au contraire, on voit les microbes persister un temps très long dans les lymphatiques et dans les espaces périvasculaires.

De l'état du corps calleux dans les grosses lésions du cerveau.

M. Kativinkel (de Paris). — J'ai recherché avec beaucoup d'attention, sur 36 cerveaux provenant du laboratoire de M. Marie, les altérations qui pouvaient exister dans le corps calleux à la suite des grosses lésions en foyer d'un des hémisphères. Contrairement aux idées généralement admises, j'ai constaté que même les altérations intéressant des circonvolutions entières ne donnent pas lieu à des dégénérations du corps calleux.

Par contre, j'ai rencontré souvent (dans un tiers des cas) des lésions nées sur place, ce qui me donne à penser que dans beaucoup de faits où les auteurs ont cru trouver des dégénérations secondaires à des lésions hémisphériques, il s'agissait en réalité de petits foyers indépendants, sans rapport avec ces lésions.

M. Piltz (de Lausanne). — J'ai observé très nettement, à la suite de lésions expérimentales de l'écorce du cerveau, une dégénérescence des fibres du corps calleux, qui se continuait dans les parties symétriques de l'autre hémisphère : il s'agissait donc incontestablement dans ces cas d'une dégénérescence secondaire.

M. P. Marie. — Ni M. Kativinkel ni moi n'avons trouvé de ces dégénérescences secondaires; dans les quelques cas où nous avons constaté des altérations du corps calleux, il s'agissait, non d'une lésion dégénérative, mais de petits foyers de ramollissement dus à des altérations artérielles. Nous croyons donc pouvoir affirmer que toutes les fois qu'on parle d'une dégénérescence secondaire du corps calleux, consécutive à une lésion hémisphérique, il s'agit en réalité d'une lésion née sur place.

M. O. Vogt. — Dans tous les cerveaux sans exception que j'ai examinés, j'ai trouvé des dégénérescences secondaires du corps calleux à la suite des lésions des hémisphères cérébraux.

M. von Monakow. — Il me semble aussi bien démontré que, dans les conditions visées par MM. Kativinkel et Marie, le corps calleux présente toujours un certain degré d'atrophie.

M. P. Marie. — Il est assez difficile, étant donné les variations de volume de cet organe suivant les individus et surtout chez le vieillard, de dire si un corps calleux est ou non atrophié; je laisse donc cette question de côté, mais je maintiens que chez l'homme et dans les conditions pathologiques où nous nous sommes placés, on ne trouve jamais de dégénération avec sclérose des fibres du corps calleux.

M. Brissaud. — On comprend difficilement que M. Marie, s'il a pratiqué des coupes en avant et en arrière des petits foyers scléreux qu'il a trouvés dans le corps calleux, n'ait pas constaté une dégénération secondaire des fibres qui les traversent. Comment ces fibres séparées de leurs centres peuvent-elles continuer à vivre?

M. P. Marie. — Je ne puis répondre qu'une chose, c'est que les dégénérescences secondaires sont beaucoup plus difficiles à suivre dans le cerveau que dans la moelle, et qu'il y a peut-être des collatérales qui assurent la nutrition des fibres détruites et empêchent ainsi leur dégénérescence.

Dr G. Deny,
Médecin de l'hospice de la Salpêtrière.

SECTION DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

De l'alimentation extrabuccale.

M. von Leube (de Wurtzbourg). — L'alimentation extrabuccale peut être réalisée soit au moyen de lavements nutritifs, soit à l'aide d'injections hypodermiques.

Dans le premier cas, les albuminoïdes les mieux appropriées sont les préparations de peptone, à la dose de 60 grammes dans 300 grammes de liquide (lait de préférence) et les œufs crus additionnés de sel de cuisine (3 œufs et 3 grammes de chlorure de sodium par lavement). Ces substances offrent l'avantage de ne donner jamais lieu à de l'albuminurie ou à de l'albumosurie, mais elles présentent l'inconvénient de provoquer, à la longue, de la rectite; aussi est-il bon de faire toujours précéder le lavement nutritif d'un clystère évacuant.

En fait d'hydrates de carbone, on peut recommander le sucre à la dose de 15 à 20 grammes dans 300 grammes d'eau ou de lait; il est préférable, toutefois, de recourir à l'emploi de l'amidon, à la dose de 50 à 100 grammes dans 300 grammes de liquide, étant donné que la plus grande partie de cette substance se transforme *graduellement* dans le rectum en sucre, de sorte qu'elle irrite moins l'intestin.

En général, les graisses ne conviennent guère pour les lavements nutritifs, attendu qu'elles ne sont absorbées que dans une très faible proportion. Cependant, on peut se servir avec avantage de clystères composés de 40 grammes de graisse et de 100 grammes de viande et de *pancréas*.

Comme véhicule, le lait est le liquide le mieux approprié; employé à la dose de 300 grammes, il fournit près de 150 calories.

Chacun des lavements que je viens d'indiquer produit de 300 à 400 calories, et l'on peut dans tous les cas en administrer deux par jour.

Quant à l'alimentation par injections sous-cutanées, il importe de faire remarquer tout d'abord que, d'après les essais qui ont été faits jusqu'à ce jour, les peptones, les albumoses et les substances albuminoïdes, en général, ne se prêtent pas à cet usage.

En ce qui concerne les hydrates de carbone, l'emploi du sucre ne paraît pas indiqué, l'injection de solutions sucrées concentrées provoquant toujours des phénomènes douloureux et de la fièvre; d'autre part, si l'on se sert de solutions faibles, on ne fournit à l'organisme qu'un nombre insuffisant de calories. La dextrine ne convient pas davantage, parce qu'elle est éliminée avec l'urine sans avoir été utilisée par l'économie. Il se peut qu'on obtienne des résultats plus favorables en ayant recours à des solutions de glycogène.

Les matières grasses semblent tout indiquées pour l'alimentation par la voie hypodermique. Injectées lentement à la dose de 50 à 100 grammes, elles déterminent à peine une légère distension du derme et sont très bien absorbées.

Cela étant, je crois qu'il convient d'associer l'usage de lavements alimentaires à l'emploi d'injections sous-cutanées de corps gras, de façon à introduire dans l'économie le nombre de calories nécessaire à la conservation de son bilan organique.

M. Ewald. — Pour ma part, j'estime que l'alimentation extrabuccale est incapable de remplacer l'alimentation normale chez un sujet bien portant. Sauf dans les cas de fistule gastrique pour rétrécissement bénin de l'œsophage, l'alimentation extrabuccale ne peut répondre longtemps à toutes les exigences créées par les échanges organiques, et la plupart du temps on ne tarde pas à constater une dénutrition plus ou moins accentuée. Mais chez certains individus débilités, à nutrition languissante, l'alimentation extrabuccale est susceptible d'activer momentanément les échanges azotés et peut même réaliser certaines réserves de matériaux azotés et de graisses. Elle donne les meilleurs résultats dans les cas où il ne s'agit que de suppléer d'une façon passagère à l'alimentation normale, ou bien lorsqu'elle est employée concurremment avec cette dernière.

Quant au choix de la méthode, les lavements nutritifs sont, à mon avis, dans la plupart des cas préférables à l'alimentation par la voie hypodermique. Ce n'est pas que je veuille proscrire d'une manière absolue l'usage d'injections

sous-cutanées nutritives, mais je ne crois pas que celles-ci puissent jamais être employées couramment en thérapeutique.

M. Boas. — L'alimentation extrabuccale, et notamment l'administration de lavements nutritifs, est loin d'être exempte de dangers quand on la prolonge pendant un certain temps. C'est ainsi que j'ai observé souvent, en pareil cas, des phénomènes assez graves de syncope. En conséquence, je suis d'avis que l'alimentation artificielle prolongée ne peut être appliquée que dans les hôpitaux, où les malades se trouvent constamment sous la surveillance du personnel médical.

Quant à la quantité de liquide nutritif qu'on emploie habituellement et qui, comme le montrait tout à l'heure M. von Leube, est en général très restreinte, j'ai constaté qu'il est possible de l'augmenter d'une manière appréciable à la condition de se servir d'une sonde à demeure et de ne laisser pénétrer le liquide dans le rectum que goutte à goutte. En procédant de la sorte, on peut facilement introduire dans l'intestin 500 c.c. de lait à chaque fois et porter la dose quotidienne à 1 litre 1/2, voire même à 2 litres.

M. Le Noir (de Paris). — Lorsque la pénétration des aliments dans l'estomac par la bouche est rendue impossible, l'alimentation peut encore être réalisée de trois façons différentes, à savoir par l'établissement d'une fistule gastrique, par l'administration de lavements alimentaires ou par des injections sous-cutanées de substances nutritives.

Laissant de côté le premier procédé, je ferai remarquer, en ce qui concerne les deux derniers, que l'absorption de l'eau et du sel peut se faire d'une façon absolue et aussi complète que possible par la voie rectale et par la voie hypodermique. Quant aux matières albuminoïdes, elles doivent être exclusivement administrées par le rectum. On peut également ajouter aux lavements nutritifs une certaine quantité de sucre et de graisse. Les graisses seront introduites en partie par la voie rectale, en partie par la voie sous-cutanée.

Comme M. von Leube, j'estime qu'il y a avantage à combiner les deux procédés.

Cette alimentation peut être exclusive; elle constitue un procédé de nécessité pour les cas où tout autre mode d'alimentation est impossible. Elle est aussi une méthode de choix pour le traitement de certaines affections gastriques, en permettant de réaliser la cure de repos absolu de l'estomac. Enfin, combinée à l'alimentation buccale, elle est susceptible de rendre des services au point de vue de la suralimentation, ainsi que l'a rappelé M. Ewald.

M. Desgrez (de Paris) relate les résultats d'une série d'expériences instituées dans le laboratoire de M. Bouchard et qui ont montré que, à la suite d'injections hypodermiques d'huile, le taux de l'élimination d'azote est inférieur à celui que fournissent des animaux en état d'inanition profonde.

M. Le Noir dit avoir constaté que les injections d'huile amènent des infiltrations de toute la masse injectée : l'huile, introduite sous la peau, ne se laisse presque pas absorber, et c'est ce qui explique les résultats rapportés par M. Desgrez.

Troubles oculaires au cours des maladies de l'appareil digestif.

M. Le Gendre. — Il n'est pas rare d'observer, au cours des affections du tube digestif, l'existence de différents troubles du côté de l'appareil visuel. Ces désordres peuvent porter sur la situation des globes oculaires par rapport à l'orbite, sur l'état de la pupille et de la musculature extrinsèque de l'œil, ainsi que sur l'accommodation.

En ce qui concerne la saillie des globes oculaires, ses variations sont assez fréquentes. Dans les affections caractérisées par de grandes pertes de liquides, celles, par exemple, qui s'accompagnent de vomissements répétés, on constate souvent un enfoncement plus ou moins marqué des yeux. Cet enfoncement, qui s'explique par la déshydratation générale des tissus, est quelquefois la conséquence du *régime sec*. D'autres fois on observe, au contraire, de l'exophtalmie. Habituellement intermittente, cette dernière coïncide avec une congestion de la partie supérieure du corps (rougeur de la face). J'ajoute qu'elle s'accompagne d'ordinaire d'un léger degré d'hypertension pouvant faire croire à l'existence d'un glaucome au début.

Les sujets atteints de troubles digestifs présentent parfois une mydriase unilatérale. Dans un cas de coliques hépatiques violentes, j'ai trouvé la pupille droite extrêmement dilatée ; on fit une injection de morphine; le lendemain, l'œil gauche était en myosis, mais le droit restait toujours en mydriase.

En général, la dilatation de la pupille s'observe surtout dans les affections douloureuses et accompagnées de tympanisme; la myosis est plutôt l'apanage des états chroniques, des dyspepsies gastriques ou intestinales avec cachexie.

Comme désordres de la musculature de l'œil, on peut noter du strabisme, de la diplopie, du nystagmus.

Enfin, les troubles de l'accommodation (asthénopie accommodative, scotome scintillant) sont particulièrement fréquents au cours des affections gastriques.

Quant à la pathogénie de ces différentes manifestations oculaires, elle ne peut s'expliquer, à mon avis, que par l'auto-intoxication. Je crois toutefois que, dans les cas où il s'agit de sujets depuis longtemps malades, il y a lieu d'invoquer l'existence de véritables troubles permanents de la nutrition, résultant d'ailleurs eux aussi de l'auto-intoxication.

Pathogénie des varices du membre inférieur.

M. Pierre Delbet (de Paris). — Les varices du membre inférieur n'ont pas toutes la même topographie : les unes, qu'on peut appeler *typiques* et qu'on observe dans 92 % des cas, sont limitées au territoire de la saphène interne; les autres, au contraire (varices *atypiques*), siègent soit sur la saphène externe, soit sur les veines obturatrices ou ischiatiques superficielles.

J'ai constaté que, dans tous les cas où il existe des varices typiques, les valvules de la saphène interne sont insuffisantes, alors même que cette veine ne présente aucune dilatation. Comme, chez les sujets non variqueux, les valvules de la saphène sont non seulement suffisantes mais très résistantes, il y a certainement une relation étroite entre les varices et l'insuffisance valvulaire. Quelle est cette relation? L'insuffisance valvulaire, existant dès le début des varices et alors même que le tronc de la saphène ne présente aucune altération apparente, est évidemment la cause et non l'effet des varices. Elle engendre les varices en élevant la pression. J'ai montré que la pression, dans une saphène dont les valvules sont forcées, peut s'élever à 16 et même à 26 centimètres de mercure (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 372-374). La saphène et ses origines se trouvent, quand les valvules sont forcées, à peu près dans les mêmes conditions que lorsqu'il existe un anévrysme artérioso-veineux. Il n'est donc pas surprenant, les conditions mécaniques étant les mêmes, que le résultat soit le même et qu'il y ait dilatation des veines.

Reste à savoir quelle est la cause de l'insuffisance valvulaire de la saphène.

Les varices sont unilatérales dans un tiers des cas. Elles débutent avant trente ans dans la proportion de 64 % et avant vingt ans 39 fois sur 100. Il y a donc toute une classe de varices, la plus nombreuse, qui méritent le nom de varices juvéniles. Or, peut-on admettre qu'une affection qui est unilatérale dans un tiers des cas, qui porte sur un segment très restreint du système veineux, qui débute à l'âge de la pleine vigueur et souvent même avant l'achèvement de la croissance, soit due à un trouble de la nutrition générale? Il paraît plus probable que l'insuffisance valvulaire provient d'une *faiblesse congénitale* des valvules, telle que celles-ci se laissent forcer à l'âge où l'on commence à faire des efforts violents et répétés. Les choses se passent, à mon avis, comme pour beaucoup de hernies congénitales qui, elles aussi, ont une malformation comme origine.

Quant aux varices qui débutent après trente ans, il est difficile de dire si elles sont causées par une maladie véritable ou par une usure de valvules congénitalement faibles.

Dr L. Cheinisse,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE

Anastomoses intestinales et gastro-intestinales.

M. Roux (de Lausanne), *rapporteur*. — L'entéro-anastomose est contre-indiquée lorsque l'état du malade ne permet que l'entérotomie, l'état de l'intestin exigeant, sous peine de mort, la suppression immédiate d'une ou de plusieurs anses; toutefois, dans quelques cas, elle peut être combinée avec l'extrapéritonéalisation de ces anses, dans l'étranglement herniaire par exemple.

Cette opération est indiquée, au contraire, lorsque le rétablissement du cours des matières est seul en jeu, surtout si une opération plus radicale paraît trop longue ou dangereuse, et aussi lorsque, après la réussite d'une désinvagination ou d'une détorsion, on redoute le péristaltisme.

L'entéro-anastomose sera l'opération définitive dans certains cas de tumeurs inopérables, de tuberculose, d'actinomycose. Elle pourra constituer une opération préliminaire chez des malades porteurs de tumeurs opérables, mais très affaiblis par un commencement d'occlusion, par exemple, et chez des sujets atteints d'affections inflammatoires avec clapiers, de fistules pyostercorales externes ou génitales, qui guérissent souvent par cette intervention si l'on a soin de combiner l'anastomose avec l'exclusion unilatérale.

Quant à la gastro-entérostomie, elle précède la pylorectomie comme opération préliminaire, quand l'état du malade la rend nécessaire, et elle la remplace, lorsque la tumeur est inopérable; elle devrait, enfin, toujours la compléter, pour donner du même coup au patient le bénéfice de l'opération radicale et celui de l'opération palliative, en créant un nouveau pylore à l'abri de la récidive.

Dans les affections non cancéreuses du pylore et de l'estomac pour lesquelles on désire obtenir une évacuation plus rapide du contenu gastrique, la gastro-entérostomie est préférable à la pylorectomie et à la pyloroplastie, car elle est plus facile tout en étant aussi efficace.

Pour un opérateur également habile à manier l'aiguille de couturière et les appareils d'approximation plus ou moins automatiques, la suture restera la méthode de choix, car elle seule assure la réunion de la muqueuse par première intention.

M. Souligoux (de Paris), *co-rapporteur*. — Dans le cas de sténose cancéreuse du pylore, la pylorectomie ne doit être préférée à la gastro-entérostomie que pour les cancers au début, sans adhérences hépatiques, pancréatiques ou coliques, sans envahissement des ganglions pré-aortiques, pancréatiques et hépatiques. C'est donc la gastro-entérostomie qu'on emploiera le plus souvent. Cette opération, d'autre part, sera ordinairement le complément nécessaire de la pylorectomie, quand on aura pratiqué de larges résections de l'estomac et du duodénum.

Dans le cas d'ulcère de l'estomac en voie d'évolution, l'anastomose gastro-jéjunale sera encore très utile, non pour arrêter les hémorrhagies, mais pour mettre l'organe au repos et permettre la cicatrisation de la lésion.

La méthode de von Hacker est de beaucoup préférable quand elle est possible ; elle est plus rapide et par suite moins grave que l'opération de Roux, qui, physiologiquement, est évidemment la plus complète.

M. Monprofit (d'Angers). — J'ai essayé tous les procédés de gastro-entérostomie, et, tout en reconnaissant les avantages du procédé de Roux, c'est à celui de von Hacker que j'ai recours le plus souvent, parce qu'il est très rapidement exécuté.

M. Faure. — L'écrasement de l'intestin, pour les résections intestinales, m'a donné quelquefois de mauvais résultats; depuis quelque temps, je l'ai remplacé par la simple ligature avec un fil, comme on fait dans les autopsies; il suffit ensuite de faire une suture en bourse, de même qu'après l'écrasement, et le résultat, rapidement obtenu, est très satisfaisant.

M. E. Ullmann (de Vienne). — Après avoir employé avec succès, chez 3 chiens, l'entéro-anastomose par ligature élastique sur un cylindre d'os décalcifié, j'ai pratiqué cette intervention sur une femme qui a succombé deux jours après; l'autopsie montra que l'intestin avait subi une torsion sous l'influence de la ligature élastique.

M. Doyen. — J'ai fait actuellement 225 ou 230 opérations sur l'estomac, et je me suis surtout attaché au traitement des affections non cancéreuses, pour lesquelles j'ai obtenu d'excellents résultats. Dès maintenant, on peut dire que, dans les sténoses pyloriques, la pyloroplastie doit céder absolument le pas à la gastro-entérostomie. Cette dernière intervention est également l'opération de choix dans le traitement des ulcères gastriques; elle a été suivie chez tous mes opérés de la cessation complète des hématémèses.

De l'exclusion du côlon par iléo-sigmoïdostomie.

M. Giordano. — L'iléo-sigmoïdostomie est indiquée en cas de cancer du cæcum lorsqu'il y a du ballonnement déterminé par la sténose; le malade, débarrassé de l'intoxication par stase fécale, supportera mieux, quelques jours après, la résection de l'anse iléo-cæcale.

Dans la dilatation idiopathique du côlon, l'exclusion de cette portion de l'intestin a comme effet de régulariser la circulation stercorale, en supprimant l'intoxication produite par la coprostase.

L'iléo-sigmoïdostomie constitue enfin l'opération de choix pour les colites ulcéreuses rebelles, dont les symptômes disparaissent dès que le côlon est délivré du contact des matières fécales.

M. von Eiselsberg. — J'ai fait cette année 3 fois l'implantation latérale de l'iléon dans l'anse sigmoïde. Il s'agissait dans 2 cas d'un cancer et dans le troisième d'une tuberculose très étendue du cæcum. Mes trois opérés ont quitté l'hôpital dans un état d'amélioration très sensible.

Résection intracrânienne du trijumeau.

M. F. Krause (de Berlin). — La résection des branches du trijumeau ne donne pas de résultats certains; aussi, quand l'intervention intracrânienne est indiquée, on doit, à mon avis, pratiquer l'extirpation simultanée du ganglion de Gasser et du tronc du trijumeau. J'ai exécuté cette opération 24 fois chez des malades âgés de trente à soixante-douze ans, en employant la méthode temporale que j'ai imaginée en 1892. J'ai perdu une femme de cinquante-huit ans extrêmement épuisée et un homme de soixante-douze ans, qui succomba le sixième jour, alors que la plaie opératoire était réunie, à des accidents cardiaques, sans la moindre élévation de température.

Parmi mes premiers opérés, je citerai une femme de soixante-quinze ans et un homme de soixante-deux ans, opérés il y a sept ans et demi, une femme de soixante-seize ans et une autre de cinquante-trois ans, opérées il y a six ans, une femme de quarante-deux ans, opérée depuis cinq ans, et une autre de cinquante ans, opérée depuis quatre ans et trois mois. Tous ces malades sont restés sans douleurs jusqu'à présent.

Formes bénignes de psoïtis.

M. Morestin. — J'ai observé dans ces derniers mois 2 exemples de ces formes bénignes de psoïtis qui sont en général méconnues. Dans l'un de ces cas, il s'est formé lentement un abcès du psoas, non seulement sans phénomènes inquiétants, mais sans trouble bien apparent de la santé générale; une simple incision a amené la guérison. Dans l'autre, la guérison est survenue par résolution complète, malgré la bilatéralité de la lésion, circonstance qui a toujours été considérée comme aggravante.

Je pourrais vous citer 3 autres faits dans lesquels l'incision, pratiquée par M. Le Dentu ou par moi, a été rapidement suivie de guérison.

Je crois que, contrairement à l'opinion des classiques, le pronostic général de la psoïtis, tout en étant sérieux, s'est grandement amélioré pour les cas ordinaires.

Crâniectomie temporaire pour abcès du cerveau.

M. Nanu (de Bucharest). — Chez un homme de trente-six ans, souffrant d'une otorrhée invétérée et atteint depuis quelques jours de phénomènes cérébraux graves, avec hémiplégie gauche et perte de connaissance, je pratiquai d'abord l'antrectomie, mais, n'ayant pas trouvé de pus, j'abandonnai la voie mastoïdienne pour faire dans la même séance une crâniectomie temporaire; une première ponction du cerveau, au niveau de la région psycho-motrice, donna un résultat négatif; j'en fis une seconde plus bas, au niveau du lobe temporal, qui ramena du pus et me permit d'ouvrir largement une collection purulente assez grande. Je remis ensuite le lambeau en place en laissant seulement une petite ouverture au niveau de l'angle postérieur de la plaie, pour drainer l'abcès. Le malade a guéri parfaitement, l'hémiplégie et le coma ayant disparu dès le lendemain de l'opération.

Résection du sympathique cervical.

M. Jonnesco. — J'ai actuellement pratiqué la résection totale ou partielle du sympathique cervical sur 126 malades, dont 97 fois pour épilepsie, 15 fois pour goitre exophtalmique, 12 fois pour glaucome, 1 fois pour vertiges dus à l'anémie cérébrale et 1 fois pour migraine essentielle.

J'ai modifié ma technique opératoire de façon à pouvoir réséquer toute la chaîne cervicale et même le premier ganglion thoracique, en conservant intacts le plexus cervical superficiel et le spinal.

Au point de vue du résultat thérapeutique dans l'épilepsie, je laisse de côté mes opérés de 1899 et de 1900 pour lesquels l'intervention est trop récente; sur 49 opérations pratiquées de 1896 à 1898, j'ai obtenu 12 guérisons persistant depuis quatre, trois et deux ans, et 4 améliorations durables.

M. Chipault (de Paris). — Je crois que le résultat définitif de la résection du sympathique chez les épileptiques est rarement la guérison. Pour ma part, je n'ai obtenu qu'un très petit nombre de succès, et chez la plupart de mes opérés l'état est resté stationnaire.

Un nouveau procédé d'hémostase.

M. Michaux. — Nous avons cherché depuis deux ans, M. Michel et moi, à diminuer le temps de l'hémostase dans les opérations. Nous ne sommes pas encore arrivés à supprimer l'hémostase préventive, mais nous nous servons d'un instrument qui nous permet, à l'aide d'une simple pression de main, de placer une ligature au fil d'argent sur chaque point forcipressuré. Nous avons pu, dans une amputation de cuisse, faire ainsi 32 ligatures en neuf minutes et demi. Nous espérons arriver à supprimer l'hémostase préventive et à faire d'emblée l'hémostase définitive avec la plus grande rapidité. La seule objection dont cette méthode soit passible consiste dans l'emploi du fil métallique, mais cet abandon de corps étranger dans les tissus ne présente aucun inconvénient, car le fil d'argent convenablement stérilisé est parfaitement toléré.

Ligature du tronc innominé suivie de guérison.

M. Albert (de Mexico). — Je crois intéressant de vous communiquer une observation de ligature heureuse du tronc innominé remontant à six ans, le malade qui a subi cette intervention étant encore parfaitement bien portant à l'heure actuelle. Le 19 mars 1894, je fus appelé auprès d'un jeune homme de dix-huit ans qui venait d'être blessé d'un coup de couteau au niveau de la partie inférieure de la région carotidienne droite; une compression énergique avait été faite au niveau de la plaie. Il me parut nécessaire de respecter les quelques caillots qui atténuaient par leur présence l'abondance de l'hémorrhagie, et, jugeant dangereux d'aller chercher directement les extrémités de l'artère sectionnée, je décidai de porter une ligature en amont de la plaie, sur le tronc innominé luimême, car il s'agissait certainement d'une plaie de la carotide primitive. Je pratiquai cette ligature en suivant la technique recommandée par Farabeuf. Quatre heures après l'opération, je fis une transfusion d'environ 400 grammes de sang. Les suites opératoires furent simples; j'observai seulement un léger degré de strabisme interne et de ptosis du côté droit, mais il ne se produisit aucun signe d'anémie cérébrale. Un mois après l'accident, le malade était complètement guéri.

Dr MAURICE CAZIN,
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE

Traitement des déplacements de l'utérus.

M. Terrier (de Paris). — On peut subdiviser en plusieurs groupes les abaissements de l'utérus, sans tenir compte de leur étiologie. Dans une première catégorie de faits, il y a procidence du vagin seul; dans une seconde, procidence du vagin avec prolapsus utérin et allongement hypertrophique du col; dans une troisième, procidence de l'utérus et du vagin, sans hypertrophie du col.

Le chirurgien, pour remédier à ces infirmités, peut, ou bien fournir un point d'appui vulvaire ou périnéal à l'utérus, ou bien soulever celui-ci et le maintenir dans une position élevée, ou bien enfin l'enlever.

Je tiens d'abord à déclarer que l'amputation du col hypertrophié ne me paraît pas indispensable, comme le soutient M. Pozzi.

L'opération classique consiste à fournir par une colpopérinéorrhaphie un point d'appui solide aux parois vaginales et à l'utérus. Cette opération ne donne pas toujours un résultat parfait ni durable; aussi Léon Le Fort proposa-t-il d'y substituer le cloisonnement vaginal. Je n'admets pas ce procédé; si le point d'appui inférieur ne suffit pas à maintenir les parties prolabées, il faut s'adresser à un autre genre d'interventions que rend nécessaires surtout la coexistence avec le prolapsus d'une déviation utérine ou de lésions annexielles.

Il est indiqué dans ce cas de redresser l'utérus et de le fixer haut. Deux procédés s'offrent alors à nous : l'opération d'Alquié-Alexander et la gastro-hystéropexie.

Je ne suis pas partisan de l'opération d'Alexander; je préfère de tous points la gastro-hystéropexie qui permet de pratiquer un examen parfait de la cavité du bassin, de l'utérus et des annexes. Toutefois, je ne préconise pas de faire isolément cette dernière intervention; je crois, au contraire, qu'il faut la combiner aux opérations plastiques du côté du col, du vagin et du périnée.

Je commence par faire l'hystéropexie qui me permet de traiter les annexes, s'il y a lieu; puis je soumets les malades à un repos au lit de trois semaines de durée, qui détermine une telle rétrocession de l'hypertrophie utérine que l'amputation sus-vaginale devient inutile. Au bout de ce temps, je fais l'opération plastique du côté du vagin et du périnée; mais je dois dire qu'il est souvent difficile de la faire accepter par les malades que l'hystéropexie a extrêmement soulagées.

Je puis vous citer 5 observations qui montrent le résultat parfait que donne cette opération combinée. Dans un cas, la laparotomie m'a permis d'enlever des annexes kystiques qui seraient demeurées une cause de gêne après une opération purement vaginale.

M. Fournier (d'Amiens). — Convaincu que l'évolution des rétrodéviations utérines se fait fatalement vers la métrite et vers les pires lésions annexielles, persuadé d'ailleurs qu'un traitement opératoire précoce permet d'éviter l'hystérectomie, je rejette entièrement les pessaires qui donnent une fausse sécurité et peu de soulagement. Je pratique de parti pris l'hystéropexie vaginale qui est à la fois bénigne, conservatrice et efficace. J'interviens ainsi même en cas d'annexite, quand les annexes sont prolabées et peuvent être enlevées par le vagin; je ne vois qu'une contre-indication à cette manière de procéder, c'est une salpingite élevée compliquant la rétrodéviation; je fais alors la laparotomie et l'hystéropexie abdominale.

Voici quels sont les divers temps de l'opération que je préconise : je commence par inciser longitudinalement la paroi vaginale antérieure jusqu'au col, et par sectionner transversalement le cul-de-sac vaginal antérieur; puis je dédouble la cloison vésico-vaginale en deux valves latérales, je décolle et refoule entièrement la vessie. Je passe ensuite trois fils de catgut à la partie moyenne de la face antérieure de l'utérus ramené en avant et je fais traverser à chacun des chefs la valve correspondante résultant du dédoublement de la cloison vésico-vaginale. J'attire ainsi le corps utérin en avant, je le fixe en antéflexion, position qui est physiologique, puisqu'elle le maintient dans le bassin au lieu de l'élever vers l'abdomen comme le fait la gastro-hystéropexie. Je ne cherche pas à cor-

riger l'abaissement de l'organe; la rétroversion détruite, le soulagement est certain et toutes mes malades ont cessé de souffrir.

J'ai fait 20 fois cette opération. Deux de mes patientes sont actuellement enceintes de six mois et leur grossesse est entièrement normale.

M. Stankewicz (de Lodz). — J'ai essayé l'emploi du pessaire dans le traitement de la rétrodéviation utérine. Je l'ai appliqué dans 102 cas; je n'ai obtenu que 4 résultats favorables qui ont duré quelques mois à peine. Aussi ai-je renoncé entièrement au traitement médical pour tenter la cure chirurgicale.

L'hystéropexie abdominale m'a paru dangereuse au point de vue des grossesses ultérieures; je la repousse donc, de même que la fixation vaginale chez les femmes jeunes; mais j'admets celle-ci quand il s'agit de femmes approchant de la ménopause ou l'ayant dépassée.

L'hystéropexie éliminée, deux procédés seulement s'offrent à nous : l'opération d'Alexander et le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds; je les ai employés l'un et l'autre.

J'ai fait 4 fois l'opération d'Alexander; j'ai eu 2 récidives; c'est une forte proportion, et d'ailleurs cette intervention a l'inconvénient de ne pas permettre l'examen des annexes.

Pour ces raisons, je préfère le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds, qui m'a donné les meilleurs résultats : sur 27 cas, j'ai eu 25 guérisons complètes, 1 seul insuccès immédiat et 1 récidive après grossesse et accouchement; 6 de mes opérées sont devenues enceintes et n'ont présenté aucun trouble ni pendant la grossesse, ni au moment du travail. J'ai trouvé 16 fois l'utérus mobile, 11 fois fixé par des adhérences.

Je pratique cette intervention par la voie vaginale : j'incise le cul-de-sac antérieur, je décolle la vessie, j'explore les annexes et je les enlève si elles sont malades; puis j'attire dans la plaie vaginale le ligament rond sur la plus grande étendue possible, je le replie sur lui-même et je maintiens cette plicature au moyen d'une anse de catgut. L'opération est délicate parfois, lorsque l'utérus est haut situé et peu mobile. On peut alors faire le raccourcissement des ligaments ronds par laparotomie; c'est également une excellente opération, bien supérieure à l'hystéropexie parce qu'elle réserve entièrement la mobilité de l'utérus et maintient cet organe en position physiologique.

M. Schwartz. — Les indications, variables selon les malades, m'ont amené à pratiquer trois sortes d'interventions : l'opération d'Alexander, l'hystéropexie abdominale, enfin, plus récemment, le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds.

L'opération d'Alquié-Alexander, que j'ai faite une trentaine de fois, donne d'excellents résultats contre les rétroversions et rétroflexions mobiles; elle est bonne au point de vue fonctionnel, facile à pratiquer, mais on observe souvent, à sa suite, des récidives, et elle ne permet pas d'explorer les annexes; je l'abandonne de plus en plus.

L'hystéropexie abdominale, que j'ai pratiquée 63 fois, me paraît préférable. Je n'ai pour ainsi dire pas observé de récidives dans les cas où je l'ai appliquée et elle permet d'examiner et de traiter les annexes.

Malheureusement elle a deux inconvénients : elle permet la formation de brides péritonéales sur lesquelles l'intestin peut s'étrangler, et surtout elle crée des dystocies particulières, quelque soin qu'on prenne de passer les fils au-dessous du fond de l'utérus. C'est ainsi que 9 de mes malades étant devenues enceintes, 7 ont accouché normalement, mais 2 ont présenté de grandes difficultés d'accommodation.

Le raccourcissement intrapéritonéal n'a aucun de ces inconvénients et permet également de s'assurer de l'état des annexes. Je le pratique de la façon suivante : j'ouvre le ventre dans la position de Trendelenburg; j'examine et je traite au besoin les annexes, je réduis l'utérus, puis je saisis les ligaments ronds et je les replie sur eux-mêmes; je fixe alors la plicature par un fil de catgut et je la maintiens encore en suturant ses bords l'un à l'autre au moyen de soie fine.

J'ai fait 5 fois cette opération avec 5 succès. Une de mes malades, opérée en 1897 et à laquelle j'avais, dans la même séance, réséqué et cautérisé les ovaires sclérokystiques, est actuellement enceinte de huit mois; la réduction utérine s'est maintenue et n'a causé aucun trouble. Aussi, le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments me paraît-il être l'opération de choix contre les rétrodéviations utérines.

M. Hartmann. — Je tiens à confirmer entièrement l'opinion de M. Schwartz. L'opération d'Alexander doit être rejetée parce qu'elle est aveugle; il est indispensable de voir s'il y a des annexites et des adhérences, et, par conséquent, de pratiquer une opération intrapéritonéale.

Je fais le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds par la voie abdominale. Pour éviter une cicatrice visible, j'incise la peau parallèlement au bord supérieur des pubis suivant une ligne concave en haut; je relève le volet ainsi formé, je découvre la ligne blanche et je l'incise verticalement. Mon incision est donc en quelque sorte cruciale dans un but esthétique.

Je ne me contente pas de raccourcir le ligament rond, je le ramène au devant de l'utérus et je le fixe par un point à la face antérieure de l'organe de façon qu'il exerce la traction réductrice dans la direction la plus favorable.

M. Jonnesco. — Je partage l'avis de MM. Schwartz et Hartmann relativement à l'insuffisance de l'opération d'Alexander.

Pour ma part, je combine le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds à la plicature du ligament large dans la rétroversion et je fais, en outre, quand l'utérus est rétrofléchi, l'ablation de son angle antérieur de flexion, ou cunéo-hystérectomie antérieure. Grâce à cette technique, j'obtiens les meilleurs résultats.

M. Laroyenne (de Lyon). — Pour diminuer autant que possible la durée de l'ouverture de l'abdomen, dans l'hystéropexie abdominale dont je suis partisan en cas de rétrodéviation et de prolapsus, j'use de quelques artifices particuliers.

Je fais appliquer contre la paroi abdominale, par un aide, l'utérus redressé au moyen d'un hystéromètre; le péritoine ouvert, je traverse immédiatement la face antérieure de l'utérus au-dessous de son fond, avec des aiguilles-broches qui passent à droite et à gauche à travers les muscles de la paroi abdominale. L'utérus étant ainsi maintenu en bonne position, avant de passer les fils je fixe la vessie à la paroi antérieure de l'utérus; c'est à mes yeux le meilleur moyen de corriger la cystocèle en maintenant la vessie haut fixée. Pour pratiquer ce temps opératoire sans danger pour la vessie, j'introduis mon index gauche dans cet organe, de façon à guider toutes mes sutures. Le seul inconvénient qui résulte de cette pratique est une incontinence temporaire d'urine. Mes résultats immédiats et éloignés sont d'ailleurs excellents.

M. Kiriac (de Bucharest). — Pour remédier à la cystocèle qui persiste souvent après le traitement du prolapsus utérin par l'hystéropexie abdominale, j'ai l'habitude de fixer l'extrémité supérieure de la vessie, d'une part, par sa face antérieure, à la paroi abdominale, d'autre part, par sa face postérieure, à la face antérieure de l'utérus. J'attache une grande importance à cette fixation vésico-utérine et, pour la rendre plus intime et plus solide, j'avive l'utérus avant de la pratiquer.

M. P. Petit (de Paris) décrit un nouveau procédé de cystopexie, consistant à raccourcir l'aponévrose ombilico-vésicale par plissement, qu'il n'a expérimenté jusqu'ici que sur le cadavre mais qui lui paraît susceptible de donner de bons résultats dans la cure de la cystocèle.

Traitement conservateur de l'inversion utérine chronique.

M. Spinelli (de Naples). — J'ai mis en œuvre avec succès un nouveau procédé d'intervention chirurgicale conservatrice contre l'inversion utérine chronique.

Après désinfection aussi complète que possible du vagin, je saisis l'utérus inversé et je l'attire à la vulve; je fends par une incision verticale la face antérieure du col et du corps inversé, et j'ouvre transversalement le cul-de-sac antérieur dont l'incision croise la section utérine. Par ce moyen, j'obtiens deux volets latéraux qui me donnent une large ouverture me permettant de saisir le fond de l'organe inversé et de le réduire par traction de haut en bas combinée à des pressions de bas en haut, manœuvre efficace grâce à la large déhiscence du col sectionné sur la ligne médiane antérieure. La réduction ainsi faite, je suture l'incision antérieure du col et du corps, je replace l'organe dans l'abdomen et je ferme le cul-de-sac antérieur.

Cette opération est inoffensive, conservatrice et efficace; elle n'expose pas la malade à voir une rétrodéviation succéder à l'inversion guérie, ce qui arrivait fréquemment à la suite de la colpo-hystérotomie postérieure.

Dr Maurice Hepp,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.



SECTION D'OBSTÉTRIQUE

Traitement de la mort apparente du nouveau-né.

M. Schultze (d'Iéna), *rapporteur*. — L'asphyxie qui caractérise l'état de mort apparente est due à ce que le réflexe respiratoire médullaire est suspendu. Mais tantôt ce réflexe est seul aboli, la moelle pouvant encore réagir à certaines excitations, telles que l'impression de froid — et il suffit parfois alors de plonger le nouveau-né dans un bain froid pour voir apparaître les mouvements respiratoires; tantôt au contraire la moelle est devenue complètement inexcitable, et l'apport de sang oxygéné dans la circulation médullaire peut seul rétablir le pouvoir réflexe; le but à atteindre en pareil cas est donc d'assurer l'hématose en pratiquant la respiration artificielle.

Partant de ces considérations théoriques, voici quelle est la règle de conduite que j'ai adoptée.

Si l'enfant est d'un rouge bleu, s'il existe encore quelque tension des muscles, je le laisse en communication avec le cordon ombilical tant que j'y perçois des battements. Je nettoie la bouche des mucosités qu'elle contient, j'excite les réflexes cutanés. Pour peu que le nouveau-né ne réagisse pas immédiatement, je coupe le cordon ombilical, je plonge rapidement et très peu de temps l'enfant dans de l'eau bien froide, puis je le mets dans un bain chaud. Je répète ces immersions jusqu'à ce que l'enfant crie à haute voix.

Si le corps a la pâleur et la flaccidité d'un cadavre, je sectionne de suite le cordon ombilical, j'enlève toutes les mucosités qui peuvent se trouver dans la bouche ou dans le pharynx, en avançant et en pressant la base de la langue de façon à faire monter l'épiglotte, puis je pratique la respiration artificielle, soit par la méthode de Sylvester, soit par le procédé de balancement que j'ai fait connaître, en commençant par un branle d'expiration prolongé. Il n'y a pas de meilleur moyen pour chasser non seulement des grosses, mais encore des petites bronches, les mucosités qui ont été aspirées. Après avoir fait passer l'enfant de la position d'expiration à celle d'inspiration huit ou dix fois dans une minute, je le plonge dans un bain chaud : parfois les battements du cœur deviennent meilleurs et plus fréquents, la peau rougit, la tension des muscles réapparaît. Si en peu de temps ce résultat n'est pas atteint, je recommence les balancements. C'est la position d'expiration qui détermine ordinairement la première inspiration spontanée; je mets aussitôt l'enfant dans un bain chaud. Si pourtant la respiration reste superficielle, j'emploie de préférence l'eau glacée. L'enfant réagit tout de suite; il fléchit fortement les cuisses et crie à haute voix : la moelle répond maintenant aux excitations.

Dans tous les cas, on ne doit jamais considérer comme hors de danger le nouveau-né en état de mort apparente, tant qu'il ne crie pas très fort et d'une façon continuelle.

M. Ribemont-Dessaignes (de Paris), *corapporteur*. — Les classiques décrivent deux formes de mort apparente du nouveau-né : l'asphyxie bleue, qui mérite seule le nom d'asphyxie, et l'asphyxie blanche, qui est en réalité un état syncopal.

C'est seulement de la première variété que nous nous occuperons ici.

Les deux indications essentielles à remplir dans le traitement de cet accident sont de désobstruer les voies respiratoires et de faciliter l'entrée de l'air dans les poumons pour rétablir ou régulariser les fonctions cardiaques et pulmonaires.

Dans les cas bénins, les mucosités occupent seulement l'arrière-bouche, et un simple écouvil-

lonnage avec le doigt entouré d'un linge suffit à les enlever, tandis que les frictions cutanées, les bains alternativement chauds et froids, rappellent les réflexes respiratoires.

Mais il n'en va pas toujours ainsi; de nombreuses méthodes ont été préconisées pour le traitement de ces formes graves : insufflations de bouche à bouche, respiration artificielle par les procédés de Sylvester, de Schultze, de Rivière, etc. Mais toutes ne répondent qu'à la seconde des deux indications posées plus haut. Aussi l'insufflation instrumentale demeure-t-elle le procédé de choix. Mais pour être vraiment utile, un insufflateur doit remplir deux conditions : permettre d'aspirer les mucosités, et ne porter dans les poumons qu'une quantité d'air en rapport avec leur capacité.

C'est en m'inspirant de ces données que j'ai fait construire un tube qui offre les avantages suivants :

Son introduction est rendue facile grâce à sa courbure et à la disposition de son extrémité terminale, qui assure son maintien dans les voies respiratoires; il s'oppose au reflux de l'air hors du larynx; il permet d'aspirer aisément les liquides et les mucosités qui obstruent les canaux bronchiques. Il est facile de s'apercevoir de sa bonne situation dans le larynx ou de son introduction par erreur dans le pharynx et l'œsophage; enfin, la poire en caoutchouc dont il est muni n'envoie dans les poumons que la quantité d'air suffisante pour les distendre, ce qui évite la rupture des vésicules pulmonaires.

M. Audebert (de Toulouse) déclare avoir essayé le refroidissement artificiel pour ranimer les enfants asphyxiques et en avoir obtenu les meilleurs résultats.

M. Lepage (de Paris). — On a opposé ces temps derniers à l'insufflation le procédé des tractions rythmées de la langue destinées à réveiller le réflexe respiratoire; mais je dois dire que la première manière me paraît bien supérieure à la seconde. Jamais je n'ai pu, par les tractions de la langue, ranimer un enfant chez qui la respiration artificielle avait échoué.

M. Wallich (de Paris). — Quand on pratique l'autopsie de nouveau-nés ayant présenté les phénomènes de la mort apparente, on constate souvent des lésions viscérales plus ou moins étendues, hémorrhagiques ou autres. J'en conclus qu'il importe de ne pas trop violemment manipuler ces enfants pour tenter de les rappeler à la vie et que l'insufflation artificielle avec le tube aspirateur et inspirateur est à cet égard préférable aux grands balancements préconisés par M. Schultze.

M. Draghiescu. — Voici quelle est la technique que nous employons à la Maternité de Bucharest, pour les cas graves dans lesquels les battements du cordon ne sont plus perceptibles.

Après avoir désobstrué les voies aériennes supérieures au moyen d'une petite compresse stérilisée enroulée autour de l'index, on introduit dans le larynx une sonde élastique un peu recourbée et perforée au bout. On aspire toutes les mucosités et les corps étrangers que l'enfant a pu déglutir. Quand cela ne suffit pas, on pratique la respiration artificielle de la manière suivante : après des insufflations de bouche à bouche, on fait avec la main de légères pressions tantôt sur le ventre, tantôt sur le thorax, en imitant en quelque sorte les mouvements d'inspiration et d'expiration. Assez souvent, on peut avec avantage faire l'insufflation au moyen d'un ballon d'oxygène.

M. Rapin (de Lausanne). — Je me contente, pour extraire des voies aériennes les mucosités qui peuvent les obstruer, de pressions sur la poitrine et je me trouve très bien des manipulations selon la méthode de Schultze.

M. Stratmann (de Solingen). — J'ai pu, à l'aide d'instruments manométriques, m'assurer que l'application du procédé de Schultze donne la plus grande amplitude de mouvements respiratoires.

M. Verrier (de Paris). — Sans recourir aux grandes oscillations que comporte le procédé de Schultze, j'emploie les mouvements étendus d'élévation et d'abaissement des bras qui paraissent favoriser tout autant la dilatation de la poitrine, avec moins de secousses violentes.

M. Calderini présente un tube insufflateur muni d'un renflement obturant complètement la bouche et permettant l'insufflation sans qu'il soit nécessaire de pousser l'extrémité du tube jusque dans le larynx.

M. Demelin (de Paris). — On a comparé les deux procédés des tractions de la langue et de l'insufflation, au grand profit de ce dernier. J'ai souvenir d'avoir vu M. Tarnier expérimenter parallèlement les deux méthodes : quand, après avoir insufflé l'enfant et avoir ainsi obtenu un retour à peu près régulier des battements du cœur avec apparition de mouvements inspiratoires saccadés, on abandonnait la respiration artificielle pour user des tractions linguales, on voyait les inspirations se raréfier et les battements du cœur s'affaiblir progressivement. En revenant à l'inspiration artificielle, l'état de l'enfant se relevait.

M. Audebert a dit l'importance qu'il attribuait au refroidissement du nouveau-né; mais son opinion ne répond pas à celle de la majorité des accoucheurs qui redoutent plutôt cette action réfrigérante.

Enfin, il faut distinguer les cas où l'on a affaire à l'asphyxie livide, qui peut se bien trouver des grandes oscillations, d'avec ceux où il s'agit d'asphyxie blanche, syncopale, dépendant de traumatismes cérébraux et bulbaires, contre lesquels nous sommes à peu près désarmés.

M. Pinard. — Il faut, chez les enfants nés en état de mort apparente, s'efforcer de rappeler la respiration et la circulation. Pour arriver à ce but, nous nous mettons en contradiction avec les physiologistes en préférant tous la respiration artificielle à la traction méthodique de la langue.

Pour pratiquer la respiration artificielle, nous possédons la méthode des manipulations dont le procédé de Schultze est un des types, et le tube laryngien.

Avec la méthode des manipulations externes, on ne réussit guère à vider la trachée et les bronches; avec le tube, on aspire et on désobstrue mieux. La méthode de Schultze, il est vrai, si elle est un peu brutale, expose moins à l'emphysème pulmonaire.

M. Charles. — Dans les cas légers, tout réussit. Dans les cas très graves avec lésions viscérales, tout échoue.

Dans les cas intermédiaires, on peut recourir aux diverses méthodes et surtout à l'insufflation; j'avoue que je ne trouve pas mauvais le procédé d'aspiration de bouche à bouche. Quant aux mucosités, en retire-t-on tellement par les tubes aspirateurs? N'en laisse-t-on pas toujours? La plus grande partie peut être expulsée par pression pectorale, comme par les mouvements oscillatoires préconisés par M. Schultze.

Asthme et puerpéralité.

M. Audebert. — L'asthme vulgaire, comme l'asthme des foins, apparaît quelquefois à l'occasion d'une grossesse; il peut aussi se manifester exclusivement pendant la gestation et devenir un véritable signe de gravidité. Halliday Croom en a publié 3 faits et Chambrelent 2 autres. En ajoutant à ces 5 cas 2 observations qui me sont personnelles, j'ai pu — en étudiant la marche de cette complication gravidique — tirer les conclusions suivantes :

La maladie redouble d'intensité pendant la grossesse. Lors de l'accouchement, les accès sont particulièrement violents et dangereux. Le pronostic est sérieux pour la mère (1 mort sur 7 cas), et surtout pour l'enfant (2 morts) qui donne des signes manifestes de souffrance au cours des paroxysmes.

Contrairement à ce que l'on pourrait supposer, la dyspnée, même très violente, ne détermine pas de contractions de l'utérus; cependant la suffocation devrait amener une surcharge d'acide carbonique dans le sang.

Quant à la raison de ces poussées d'asthme gravidique, nous sommes réduits aux hypothèses. Est-ce la gêne des poumons par refoulement du diaphragme qu'il faut incriminer? Est-ce l'irritation du pneumogastrique? Ou bien s'agit-il d'une sorte de ménorhémie, c'est-à-dire d'empoisonnement du sang chez les femmes dont les règles sont suspendues par le fait de la conception?

Quoi qu'il en soit de la pathogénie, le traitement qui m'a paru le plus efficace est l'emploi de la morphine et de la quinine. Obstétricalement il conviendrait, le plus tôt possible, de soustraire l'enfant à la répercussion des crises maternelles par un accouchement opportunément et prématurément provoqué et promptement terminé.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 août 1900.

Sur les difficultés d'ablation de la canule après la trachéotomie.

M. Grancher lit, à l'occasion d'un travail de M. Moure (de Bordeaux), un rapport dont voici le résumé :

Tous les praticiens qui ont eu l'occasion de faire un certain nombre de trachéotomies, chez l'enfant et même chez l'adolescent, ont pu constater que dans certains cas, lorsque la canule a séjourné pendant plusieurs jours dans l'intérieur des voies aériennes, il est difficile de faire reprendre à l'air sa voie normale par le larynx.

D'après M. Moure, les cas dans lesquels apparaît cet obstacle à la décanulation sont ceux où la trachéotomie a été faite *très haut*, c'est-à-dire, sinon dans l'espace crico-thyroïdien, très petit chez l'enfant, au moins sur le cartilage cricoïde. Lorsque ce cartilage a été sectionné, il survient d'abord, par suite de l'écartement des deux branches de son anneau, une immobilisation, partielle au début, puis définitive, des articulations crico-aryténoïdiennes. D'un autre côté, chez l'enfant en particulier, le cricoïde est si près de la région sous-glottique que la présence de la canule ne tarde pas à amener une inflammation de la muqueuse adjacente, quelquefois même une véritable périchondrite qui vient ajouter ses effets à ceux de l'immobilisation des articulations crico-aryténoïdiennes pour mettre obstacle à la décanulation.

Ainsi deux processus, l'un *inflammatoire*, l'autre *mécanique*, sont les causes de l'impossibilité du retour à la respiration laryngée.

Il résulte de ces considérations que lorsqu'on veut ouvrir les voies aériennes chez l'enfant ou l'adolescent, il faut toujours prendre le temps de rechercher comme point de repère la partie supérieure du cartilage thyroïde ou mieux encore l'anneau cricoïdien, de manière à faire porter l'incision sur le premier et même de préférence sur le deuxième anneau de la trachée, mais jamais sur le cartilage cricoïde.

Si l'opération est un peu plus laborieuse, elle a tout au moins l'avantage d'éviter les ennuis d'une sténose glottique consécutive à une trachéotomie faite sur un point de la charpente laryngée qui doit être ménagé. Lorsque cette lésion n'a pu être évitée, il importe de laisser la canule à demeure le moins longtemps possible.

Quand, malgré toutes ces précautions, il survient des phénomènes de sténose, la première indication est de faire la trachéotomie au-dessous du point primitivement ouvert, puis d'attendre que les choses reviennent en l'état, par le fait même de la disparition du corps étranger cricoïdien. Il peut même se faire que la trachéotomie *basse* ne soit pas suffisante; c'est alors à la dilatation laryngée, au tubage, etc., peut-être même à la laryngo-fissure (thyrotomie médiane) qu'il faut recourir, de manière à pouvoir enlever les tissus infiltrés qui gênent la respiration.

De la toxicité des gaz employés pour le gonflement des ballons d'enfants.

M. Vallin appelle l'attention de l'Académie sur les dangers que peuvent faire courir les ballons qu'on distribue aux enfants dans certains magasins. Le gaz qui remplit ces ballons, et qui est susceptible de se répandre dans les appartements, présente une odeur alliacée si prononcée qu'il y a tout lieu de penser qu'il contient de l'hydrogène arsénié, gaz éminemment toxique.

M. Bouchardat croit que ce n'est pas à l'hydrogène arsénié, mais au gaz d'éclairage, qu'on a recours pour gonfler ces ballons. Bien que ce dernier gaz ne soit pas dépourvu d'inconvénients, sa toxicité est moins grande que celle de l'hydrogène arsénié. Quant à l'odeur alliacée, elle est due, probablement, à la présence d'une certaine quantité de gaz acétylène.

M. Lancereaux donne lecture d'un travail sur les *hémorrhagies névropathiques des voies respiratoires (épistaxis et hémoptysies.)*

M. Dupaigne (de Louveciennes) lit une note relative à l'emploi des injections intrarachidiennes de cocaïne pour supprimer les douleurs de l'accouchement.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Hôpital Boucicaut. — M. Doléris.

De l'avortement provoqué brusqué.

L'avortement provoqué est une opération que l'on est appelé à pratiquer assez rarement, mais qui a, néanmoins, des indications auxquelles on ne peut se soustraire et dont vous devez être instruits. Indépendamment des cas de rétrécissements extrêmes du bassin, où l'interruption de la grossesse dès les premiers mois, méthode adoptée autrefois, doit aujourd'hui céder le pas à l'opération césarienne faite à terme, l'avortement provoqué s'impose dans tous les cas où la vie de la femme est menacée par des accidents *sérieux*, directement sous la dépendance de l'état de grossesse et résistant à tous les moyens thérapeutiques connus.

Le type de ces accidents est réalisé par la forme grave des vomissements incoercibles. Mais les affections organiques du cœur, influencées par la gêne de la circulation abdominale et par le travail supplémentaire imposé au muscle cardiaque au cours de la grossesse, deviennent aussi, aux périodes pré-asystolique et asystolique, une indication formelle.

Il en est de même de certaines hémorrhagies utérines rebelles à tout traitement et capables, par leur cause ou leur nature même, d'amener l'avortement certain à une échéance indéterminée et, dans tous les cas, de mettre en péril la vie de la femme.

J'en pourrais dire autant de quelques formes graves d'albuminurie, non influencées par le régime lacté sévèrement administré et ayant précédemment déterminé l'avortement spontané. On estime aujourd'hui qu'il est licite de conjurer l'aggravation de la lésion rénale et l'apparition de troubles soudains, dangereux pour la femme; et l'avortement provoqué a été proposé dans ce but.

Il est bien entendu que, dans tous ces cas, l'avortement ne doit être provoqué que lorsque les autres moyens thérapeutiques ont échoué, quand on les a essayés tous d'une façon rationnelle et pendant un temps suffisamment long, et, enfin, lorsqu'une nouvelle attente est manifestement périlleuse. Pour prendre comme exemple l'affection qui nécessite le plus souvent l'avortement provoqué, *les vomissements incoercibles*, c'est à la fin de la deuxième période qu'il faut intervenir, lorsque la réaction fébrile est continue et que la faiblesse générale et la diminution de poids s'accentuent rapidement. Le choix du moment de l'intervention est d'ailleurs une des questions les plus délicates qui puissent se poser à l'esprit de l'accoucheur : d'une part, il y a tout intérêt à temporiser le plus possible pour sauvegarder la vie du fœtus; et, d'autre part, il ne faut point attendre que l'état de la malade soit assez précaire pour être au-dessus des ressources de l'art. Autrefois, avec les anciens procédés d'avortement, il fallait de plus faire entrer en ligne de compte la lenteur du résultat, la perte considérable de sang, prolongée souvent pendant plusieurs jours, et quelquefois l'insuccès d'une première tentative. Or, rien n'était plus variable que le temps nécessaire à l'évacuation de l'utérus; et la difficulté de tabler sur un résultat certain venait s'ajouter aux difficultés déjà si grandes de la détermination à prendre.

Faute de posséder un procédé rapide d'avortement, on s'abstenait souvent. Ainsi, à la troisième période des vomissements incoercibles, alors que la résistance de l'organisme est vaincue et que les heures sont comptées, l'accoucheur ne pouvait proposer une délivrance à échéance trop longue. On trouvait dans tous les traités d'obstétrique le conseil de l'abstention « pour ne pas compromettre l'art sans avoir chance de sauver la malade ».

Dans le but de satisfaire aux indications impérieuses et immédiates de certains cas, à une période rapprochée du terme de la grossesse, les anciens avaient à leur disposition l'*accouchement forcé*, méthode brutale en apparence, mais parfois héroïque, d'où dérive l'*avortement brusqué*.

Cette chance de sauver la malade, même dans les circonstances les plus graves, au début de la grossesse nous est aujourd'hui donnée par la méthode rapide. Mais avant de vous parler de cette méthode, qui est la mienne depuis 1892, il est utile de dire un mot des procédés autrefois en usage et encore conseillés par quelques auteurs.

La *dilatation* du col avec des laminaires, avec des éponges préparées, avec un dilatateur métallique ou même avec le ballon de Champetier ne fournit que des résultats inconstants si l'on se borne à la dilatation elle-même. Les contractions utérines peuvent ne s'éveiller que fort tard, l'expulsion de l'œuf ne se faire que deux ou trois jours après. Quelquefois même la grossesse continue malgré plusieurs tentatives.

Mêmes résultats incertains, quand on emploie les *injections intra-utérines* ou les *sondes* destinées à décoller les membranes. Quant à la *perforation des membranes*, encore qu'elle doive paraître assez facile, elle s'est montrée infidèle et la littérature obstétricale est pleine de faits qui le prouvent surabondamment.

Dilatation du col, décollement des membranes, perforation des membranes, autant de méthodes lentes et peu sûres, autant de procédés à rejeter dans les cas où le temps presse et où toute journée perdue aggrave le danger.

Il ne faut pas l'oublier, chez les femmes atteintes de vomissements incoercibles graves, chez les cardiaques en asystolie, chez les malades affaiblies par des hémorrhagies tenaces, l'indication formelle n'est pas seulement d'agir, mais encore d'agir vite. L'opération de l'avortement devient une intervention d'urgence. Dès que la décision en est prise, l'exécution doit suivre immédiatement et elle doit être menée à bien sans désemparer.

Le but étant de faire cesser la grossesse, il n'est pas logique d'en livrer la réalisation aux hasards d'une opération qui ne représente qu'une tentative aléatoire, un premier temps de l'avortement provoqué, alors qu'il est si facile d'exécuter les divers temps de la délivrance dans son ensemble. C'est là un premier motif qui m'a poussé à remplacer la provocation de l'avortement par l'exécution intégrale de l'avortement; à ne point m'arrêter à la phase de dilatation, mais à procéder incontinent à l'évacuation totale de l'utérus.

Un autre motif non moins sérieux est l'avantage que je trouve à m'assurer de l'extraction complète de l'œuf sans danger de rétention partielle du délivre, et par là à prévenir tout accident hémorrhagique ou infectieux.

Enfin, le fait de procéder soi-même à tous les détails de l'opération comporte la nécessité de mettre en œuvre les précautions d'asepsie les plus minutieuses, et cela est d'autant plus aisé que, l'évacuation de l'utérus ne durant que quelques minutes, l'opérateur procède aux lavages et à la désinfection pré-opératoire comme il procède à l'asepsie définitive post-opératoire, dans les conditions les plus parfaites.

En résumé :

1° Exécution de l'opération au moment précis déterminé par les circonstances;

2° Rapidité d'exécution;

3° Limitation de la perte de sang;

4° Evacuation complète de la cavité utérine sans possibilité de rétention partielle de l'œuf;

5° Asepsie pré-opératoire et post-opératoire parfaite.

Tels sont les avantages qui m'apparurent lorsque je pratiquai l'avortement brusqué pour la première fois, dans les circonstances suivantes.

Le 4 janvier 1892, je me trouvai en présence d'un cas de grossesse compliquée d'affection cardiaque assez grave pour menacer la vie de la malade, et je décidai l'avortement provoqué. A cause de l'anémie profonde, de la cachexie véritable à laquelle la patiente était arrivée, il ne m'était pas permis de l'exposer à une hémorrhagie de quelque importance sous peine d'un danger sérieux.

Je résolus donc, non pas seulement de provoquer l'avortement mais de *l'effectuer entièrement*, ce qui me fut très aisé à l'aide de la dilatation progressive et du curettage de l'utérus gravide. J'étais ainsi certain de réduire la perte de sang à son minimum, et, en effet, en moins de trente-six heures la gestation était interrompue, l'œuf extrait, la cavité utérine évacuée aseptiquement et complètement, tout danger d'infection écarté, et l'hémorrhagie avait été insignifiante, vu la rapidité d'exécution de l'opération.

En publiant ce fait et en le soumettant à la discussion de la Société obstétricale, je montrai les avantages de ce nouveau procédé rapide d'avortement provoqué artificiel qui n'avait pas encore été mis en œuvre et je conclus en disant : *je pense que cette manière de procéder peut être de mise chaque fois qu'on a affaire à des femmes exténuées par les vomissements incoercibles, à des affections organiques sévères qui commandent l'avortement provoqué, mais, avant tout, l'épargne du sang.*

Mon initiative a porté ses fruits. L'*avortement brusqué* a conquis des adhérents nombreux.

Récemment, un mémoire du docteur Merle (1) établissait l'utilité du procédé dans un cas de vomissements incoercibles et, d'après la bibliographie que l'auteur fournit à ce sujet, on peut juger que l'exemple que j'avais donné en 1892 a été suivi, souvent avec d'heureux résultats. Toutefois quelques cas malheureux, celui de M. Merle entre autres, montrent que ma pensée a été insuffisamment comprise et que les accoucheurs qui ont eu à intervenir se sont attardés dans la pratique ancienne de la dilatation du col, comme procédé de provocation de l'avortement, au lieu d'aller *rapidement* au but qui est la suspension de la gestation et l'évacuation immédiate de l'utérus.

Je pourrais me plaindre que l'on ait attribué une trop grande importance à la phase de dilatation préalable qui, dans mon esprit, n'a pour but que d'assouplir le col utérin; d'autant que j'ai, dans d'autres cas, supprimé entièrement cette phase de dilatation par les laminaires pour la remplacer par la section du col ou par la dilatation rapide au moyen des bougies d'Hegar. J'ai publié en effet, en février 1895, une observation d'avortement brusque, exécuté en quelques minutes, dans lequel je procédai par la discission sanglante du col suivie du curettage, après échec de la dilatation par les bougies graduées. Dans différents autres cas, je me suis servi exclusivement de celles-ci, leur action ayant été suffisante. Mon procédé était donc complet de tous points, et il n'y a été rien ajouté.

Il est aisé à tout accoucheur, pour peu qu'il soit au courant de la pratique que j'ai exposée dans d'assez nombreux ouvrages depuis 1886 à propos de la rétention placentaire, de conclure que la technique doit varier suivant les faits, et que la question de durée, grâce aux procédés multiples de dilatation, est entièrement à la merci de l'opérateur. En d'autres termes, tout avortement brusqué peut être effectué dans un laps de temps qui varie de quelques minutes à quelques heures, à l'entière discrétion du médecin. Je ne saurais donc m'étonner que telle soit la conclusion à laquelle on est arrivé à l'étranger. Elle découle directement de l'appréciation d'une technique dont la simplicité et la sûreté ne peuvent être discutées aujourd'hui.

(1) Merle. De l'avortement forcé extemporané. (*Obstétrique*, 15 mai 1900.)

On affirme bien que la curette et les pinces à placenta sont dangereuses, et que l'évacuation digitale est *préférable*. Je ne puis admettre ces appréciations quelque peu humiliantes pour l'obstétrique française. J'ai fait tous mes efforts pour démontrer à l'aide de la pratique — ce qui vaut mieux que toute discussion théorique — qu'un élève bien dirigé peut acquérir très vite la connaissance du procédé et l'exécuter avec toute la prudence nécessaire. Encore faut-il le lui enseigner. Inutilité de la chloroformisation, absence de douleur, rapidité de l'opération (quelques minutes à peine), tels sont les avantages du curettage.

L'*expression utérine* est contenue dans la technique précitée, si l'on appelle ainsi la pression exercée sur le fond de l'utérus, quand cela est possible. Mais elle demeure irréalisable, en tant qu'*expression* proprement dite, pour peu que la paroi abdominale soit tendue, épaisse; à plus forte raison chez les femmes réellement obèses. Et, si le col utérin reste long, le trajet étroit, les parois résistantes, ce qui peut arriver malgré la dilatation très large obtenue par les bougies graduées, même répétée, l'expression utérine est tout à fait illusoire. J'en ai acquis l'expérience par quelques tentatives, notamment chez des femmes à col allongé, hypertrophique, scléreux, entre autres dans un fait de fibrome du corps de l'utérus que j'ai publié. Dans de telles circonstances, j'ai eu la preuve qu'on ne dépassait un certain degré de dilatation qu'à la condition de déchirer la paroi cervicale.

Or, pour ces cas, l'extraction digitale, aidée de l'expression, est une manœuvre longue et laborieuse, autrement brutale que l'emploi d'instruments appropriés maniés avec prudence. Elle entraîne enfin une perte de sang beaucoup plus considérable.

Ni les arguments qui ont été soutenus en faveur de l'extraction digitale, ni l'expérience que j'en ai acquise, n'ont entamé ma conviction à cet égard. J'ai une longue pratique de ces sortes d'interventions, je puis le dire, et je n'arrive pas à comprendre qu'on affirme qu'il est plus simple, plus aisé, plus sûr, de faire passer dans un col utérin, à l'aide du doigt, un fœtus de quatre à cinq mois qui toujours se fragmente, qu'on le veuille ou non, et un placenta qui se déchire, que d'obtenir le même résultat en employant de bons instruments. Les médecins qui ont vu mettre en œuvre les deux méthodes partagent mon avis.

Il résulte de ce qui précède que l'avortement brusqué peut être exécuté de deux façons et comporte deux techniques suivant les cas : 1° avortement brusqué extemporané; 2° avortement brusqué précédé de la dilatation progressive.

Le premier procédé vient d'être discuté.

Le second nécessite la *dilatation lente graduée*, pendant environ vingt-quatre heures, au moyen de laminaires.

Quel est ici l'avantage de la dilatation par les laminaires?

Il consiste précisément à convertir un trajet cervical rigide et fibreux en un conduit souple, susceptible de subir la dilatation maxima par les bougies sans effort et sans danger de fissure. C'est quelque chose assurément, et cette considération me fait recommander une semblable technique lorsque la question de temps n'est pas une condition *sine qua non* du succès thérapeutique. Dans l'espace de vingt-quatre heures, on peut, vu la disposition des tissus sous l'influence de la grossesse, renouveler la tige de laminaire quatre ou cinq fois et convertir le col utérin en un manchon souple et élastique qui admet sans résistance jusqu'aux plus forts numéros des bougies d'Hegar.

D'ailleurs, ce qui importe dans la pratique, lorsqu'on se trouve dans la nécessité d'effectuer l'avortement, c'est bien moins d'obtenir rapidement la dilatation que de pratiquer l'évacuation totale de l'utérus d'une façon expéditive et idéale quant à l'asepsie et à l'hémorrhagie. Il suffit d'un peu de prévoyance et de décision.

Dans le cas que j'ai publié en 1892, j'avais agi d'après cette logique.

Dans le fait relaté en 1895 (1), il s'agissait d'un décollement de l'œuf et d'hémorrhagies graves; je pratiquai la section bilatérale du col.

Cette femme, agée de vingt-trois ans, était arrivée au cinquième mois de sa quatrième grossesse après avoir vu des hémorrhagies apparaître dès le deuxième mois et continuer jusqu'à son entrée à l'hôpital. Les premiers jours de son admission, l'hémorrhagie était modérée, puis elle devint profuse. Des tamponnements répétés restèrent sans résultats. En présence de la perte sanguine abondante et continuelle, de l'état anémique très grave et des syncopes fréquentes, j'intervins extemporanément. *On s'abstint de la chloroformisation qui parut dangereuse.*

Dilatation du col avec les bougies d'Hegar; mais le col présente des parois rigides, très peu dilatables dans toute leur étendue, jusqu'au niveau de l'isthme où on sent un relief saillant qui met obstacle à la dilatation.

Un ballon introduit dans le col éclate. Une syncope se produit (piqûres d'éther et de caféine).

L'opération est reprise au bout de quelques minutes. La dilatation est insuffisante pour donner passage au fœtus. L'orifice interne reste obstinément contracté et dur.

Je pratique la section bilatérale du col, et l'opération se termine facilement par l'extraction du fœtus d'abord, du placenta ensuite. Suture des plaies cervicales. Suites normales.

Dans deux cas analogues, où l'hémorrhagie très grave et répétée aux cinquième et sixième mois était due vraisemblablement à un placenta prævia, j'ai procédé également à l'avortement brusqué, pour lequel la dilatation avec les sondes d'Hegar a suffi; le premier de ces faits remonte à 1896 et fut opéré de concert avec le docteur Rivière (de la Ferté-Milon); le deuxième a trait à une malade du docteur Barié.

Dans d'autres cas, notamment dans celui que j'ai mentionné brièvement dans une statistique publiée en 1897 (2), je me contentai des bougies d'Hegar, bien que le col ne fût nullement dilaté. Il s'agissait d'une jeune femme, enceinte de quatre mois et arrivée à la période cachectique des vomissements incoercibles de la grossesse. Le médecin traitant avait introduit une laminaire qui, ayant pénétré dans la cavité du corps de l'utérus, n'avait amené aucune dilatation du trajet cervical. Je pratiquai la dilatation rapide au moyen de bougies d'Hegar, au cours de laquelle la laminaire fut éliminée spontanément. Je procédai immédiatement à l'évacuation de l'utérus par mon procédé ordinaire. Les suites furent normales et la patiente guérit rapidement.

Je vais maintenant résumer les divers temps et le manuel de l'opération, avec la réponse topique aux critiques que l'on fait à la méthode instrumentale.

L'intervention comprend deux temps :

1° Dilatation du col;

2° Evacuation de l'utérus.

La dilatation se fait extemporanément avec les bougies d'Hegar. L'usage des dilatateurs à branches doit être rejeté, car, avec ces instruments, on risque de provoquer une déchirure du col utérin.

Quand on peut patienter quelques heures, il est commode de placer une ou deux grosses laminaires qui commencent la dilatation et favorisent le passage des grosses bougies en ramollissant les tissus du col.

Dans les cas où le col résiste, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'incision bilatérale remontant jusqu'à l'orifice interne. Quelques points de catgut à la fin de l'intervention suffisent à la réfection.

Le col largement ouvert, l'extraction de l'œuf se pratique aisément à l'aide de pinces fenêtrées spéciales construites sur mes indications. Si l'on n'a pas de pinces de ce modèle sous la main, on peut les remplacer par des pinces en cœur ou par de larges pinces à préhension. Ce n'est que lorsque l'utérus reste inerte et que le décollement tarde à se faire que l'on éprouve parfois quelques difficultés, faciles à vaincre en se servant de l'une des branches de la pince fenêtrée pour décoller doucement les membranes; il suffit de réarticuler ensuite l'instrument pour cueillir l'œuf entier ou pour le morceler.

Lorsque la pince ne ramène plus rien, la curette entre en jeu. Gardez-vous bien de jamais vous servir de la petite curette étroite et tranchante en usage dans la plupart des services de chirurgie : c'est un instrument dangereux et responsable des accidents imputés à tort à la méthode. Une bonne curette doit être large, fenêtrée, mousse et arrondie. Cette curette à grande boucle, introduite dans l'utérus, vient sans danger en visiter soigneusement les parois et enlève les parties oubliées par la pince. Un écouvillonnage termine l'opération.

Ce mode d'intervention présente de nombreux avantages : le temps nécessité est minime, quelques minutes suffisant à l'évacuation complète de l'utérus. L'hémorrhagie n'est pas à redouter comme dans les méthodes lentes. L'asepsie peut être parfaite. Enfin, l'opération est presque indolore et la chloroformisation devient inutile, ce qui n'est pas à dédaigner si l'on songe que l'on intervient pour des états très graves.

Depuis la publication de mon premier cas, les observations d'avortement provoqué rapide se sont multipliées, et le principe de la méthode a été aisément accepté. Les critiques n'ont porté que sur l'intervention instrumentale et l'on a voulu opposer au curettage le curage digital. L'évacuation de l'utérus, au doigt, sans instrument, paraissait moins dangereuse. J'ai montré tout à l'heure l'infériorité de la méthode digitale. J'ajoute qu'elle présente une sûreté d'asepsie moins rigoureuse, le doigt ne se stérilisant pas aussi aisément qu'un instrument. Pour ces différentes raisons, le curage digital doit perdre chaque jour du terrain, tandis que l'évacuation instrumentale, plus facile, plus propre et plus chirurgicale, s'impose comme la méthode de choix.

Quelles sont donc les raisons qu'invoquent en faveur du curage digital les dissidents, de plus en plus rares? La curette, disent-ils, est un instrument insuffisant; c'est de plus un instrument aveugle et dangereux.

La curette est un instrument insuffisant? Mais elle n'est qu'un des multiples moyens de la méthode instrumentale : pinces à avulsion placentaire et écouvillons doivent jouer le rôle principal, tandis que la curette ne fait que vérifier et compléter. Il suffit, ainsi armé, d'avoir pratiqué une fois l'évacuation instrumentale, pour savoir avec quelle facilité on vide l'utérus. On peut voir, dans la statistique de mon service de la Pitié publiée en 1897, cette opération pratiquée fréquemment par mes élèves et toujours d'une façon complète.

La curette est un instrument dangereux? Si l'on parle de la petite curette étroite et tranchante, cela est juste et je vous disais tout à l'heure de ne jamais l'employer. Mais voyez le modèle à large boucle de ma curette mousse. Avec cet instrument, la surface utérine sur laquelle porte la pression est large, et il faudrait faire effort pour pénétrer au travers d'un utérus, même réduit à l'état de mince membrane. Pour éviter tout accident, il suffit de prendre les précautions de la prudence la plus élémentaire : maintenir une dilatation suffisante du col, pour que l'instrument évolue ai-

(1) Doléris. Avortement brusqué dans un cas d'hémorrhagie grave due au décollement placentaire, au cours d'une couche prolongée; incisions larges du col utérin. (*Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynécol.*, fév. 1895).

(2) Doléris. Statistique du service d'accouchements de la Pitié (années 1895 et 1896). (*Obstétrique*, nov. 1897.)

sément dans la cavité utérine, savoir la direction exacte de l'utérus et agir avec douceur. En pratique, je ne connais pas de cas d'effraction avec ma curette, et s'il devait s'en produire ce serait surtout dans les curettages *post abortum*, alors qu'on pénètre dans des utérus où l'infection a quelquefois longtemps séjourné et dont la musculature est dégénérée et atrophiée. Or, les résultats donnés dans le traitement de la rétention placentaire viennent corroborer ceux que l'on obtient dans l'évacuation de l'œuf complet. Aucune statistique ne peut rivaliser avec celle que fournit le curettage instrumental bien fait. Je puis donc conclure aujourd'hui comme il y a huit ans : la méthode la plus rationnelle, la plus sûre et la plus rapide d'avortement provoqué artificiel, c'est *l'avortement brusqué*, en un seul temps, effectué entièrement par l'opérateur, au moyen du curettage évacuateur de l'utérus précédé de la dilatation.

TREIZIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

Tenu à Paris du 2 au 9 août 1900.

(Suite. — Voir nos quatre précédents numéros.)

SECTION DE NEUROLOGIE

Les lésions non tabétiques des cordons postérieurs de la moelle épinière.

M. Homen (d'Helsingfors), *rapporteur*. — Les affections qui, en dehors du tabes, s'accompagnent d'une altération sinon exclusive, du moins prépondérante, des cordons postérieurs sont très nombreuses. Je ne m'occuperai que de celles que j'ai eu l'occasion d'étudier.

En ce qui concerne la *paralysie générale*, je suis porté à considérer les altérations des cordons postérieurs comme étant de nature exogène et semblables à celles du tabes ou ne s'en distinguant que par une participation moindre des différents systèmes de fibres et d'étages de la moelle. Lorsque les zones endogènes sont altérées, c'est souvent, mais non toujours, le fait d'une propagation secondaire du processus des parties exogènes.

Je n'insisterai pas sur deux cas de *lèpre* dans lesquels j'ai trouvé également des lésions médullaires de nature exogène ressemblant à celles du tabes, parce que les malades ayant eu la syphilis, ces faits prêtent à la discussion.

Je réunis dans le même groupe les altérations des cordons postérieurs que j'ai rencontrées dans plusieurs cas de *tumeurs du cerveau* ou *du cervelet* et dans un certain nombre d'affections où la pression intracrânienne est augmentée : je crois, en effet, que chez les sujets atteints de néoplasmes intracrâniens, c'est à l'augmentation de pression du liquide céphalo-rachidien et aux troubles circulatoires qui en résultent que sont dues les lésions de la moelle; celles-ci occupent surtout les racines intramédullaires et leurs prolongements dans les zones marginales, et quelquefois, mais plus rarement, leurs collatérales.

Les lésions des cordons postérieurs qui ont été signalées dans les *névrites périphériques* proviennent pour une part de ce que les agents nocifs (poisons, microbes, toxines, etc.) sont transportés dans la moelle plutôt par les racines postérieures que par les racines antérieures, et pour l'autre part sont dues à des modifications structurales des nerfs comparables à celles qu'on observe à la suite des amputations et des résections nerveuses.

Dans deux cas de névrite alcoolique, j'ai trouvé une altération très manifeste des fibres exogènes sensitives, surtout au niveau du renflement lombaire, et une dégénération non moins nette des cordons de Goll dans la partie supérieure de la moelle.

Dans les *anémies graves*, les lésions sont surtout prononcées dans les cordons postérieurs et en rapport avec les septa et les vaisseaux. Elles commencent souvent sous forme de taches ou plutôt de stries visibles, non à la périphérie, mais à l'intérieur des cordons : elles présentent une grande analogie avec celles que j'ai trouvées dans les *scléroses dites combinées* où elles sont ordinairement la conséquence, au moins au début, de foyers de dégénération, ou, si l'on préfère, de myélite. Ces foyers coexistent souvent avec des altérations des vaisseaux et se propagent surtout le long des septa.

Dans le *marasme sénile*, j'ai rencontré aussi un épaississement plus ou moins diffus de la névroglie avec atrophie et destruction des fibres nerveuses autour des vaisseaux, principalement dans les cordons postérieurs.

Dans les *myélites infectieuses aiguës*, pas plus du reste que dans la *syphilis*, les lésions nerveuses, liées ou non à celles des méninges et des vaisseaux, ne m'ont jamais paru avoir une tendance bien évidente à se localiser sur les cordons postérieurs.

Enfin, en ce qui concerne les *dégénérations secondaires*, je me bornerai à faire remarquer que, dès 1884, j'ai démontré expérimentalement qu'à la suite de sections de la moelle, non seulement les différentes fibres d'un faisceau, mais encore les différents faisceaux de la moelle ne s'altèrent pas tous à la fois mais dans un ordre déterminé, et que la dégénération des cordons postérieurs, en particulier, est nettement manifeste deux ou trois jours avant celle des autres faisceaux et trois ou quatre jours après la section.

Quant à l'explication ou à la raison du fait que dans un nombre considérable d'affections très diverses les cordons postérieurs sont intéressés seuls ou du moins plus que les autres, il faut la chercher, selon moi, soit dans le parcours des racines extramédullaires et leurs relations avec les fibres voisines, soit dans les connexions qui existent entre les cordons et les nerfs périphériques. Ce sont ces particularités anatomiques qui rendent ces cordons plus vulnérables en les exposant davantage à l'influence des agents nocifs provenant de la périphérie.

M. Bruce (d'Edimbourg), *co-rapporteur*. — Comme l'a fait remarquer M. Homen, les lésions des cordons postérieurs se rencontrent dans un grand nombre de maladies; j'en passerai seulement quelques-unes en revue.

Dans l'*atrophie musculaire progressive* (type Charcot-Marie), il existe une véritable sclérose des cordons postérieurs qui occupe toute la longueur de la moelle, à l'exception de la région sacrée. Cette sclérose intéresse surtout le cordon de Burdach, et à un degré moindre celui de Goll, et laisse intacte la zone cornu-marginale et partiellement aussi la zone postéro-interne.

Les *tumeurs cérébrales* déterminent assez souvent des altérations des cordons postérieurs, mais je crois que la pathogénie de ces altérations est plus complexe que ne l'a indiqué M. Homen. Selon moi, ces lésions sont dues à des dégénérescences ascendantes d'une ou de plusieurs racines lésées à leur entrée dans la moelle, tantôt par l'exagération de la pression du liquide céphalo-rachidien, tantôt par l'action des toxines sur le point vulnérable d'Obersteiner et Redlich.

Dans la *syringomyélie*, l'altération des cordons postérieurs se localise au niveau de la commissure postérieure, le long du septum médian et enfin entre les cordons de Goll et de Burdach. Cette altération est due très probablement à l'extension immédiate des lésions de la substance grise et n'est pas le fait d'une dégénérescence secondaire.

On observe encore une véritable sclérose des cordons postérieurs, en même temps que des cordons antéro-latéraux dans la *maladie de Friedreich*. C'est surtout au niveau de la région dorsale inférieure que les cordons postérieurs sont lésés ; au-dessus et au-dessous de cette région, la sclérose va en diminuant et on n'en trouve plus que des traces dans la moelle sacrée. Cette lésion est remarquable par un développement tout à fait exagéré de la névroglie dont les fibrilles sont disposées en tourbillons et forment un lacis inextricable. Elle envahit la plus grande partie du cordon à l'exception des zones dites endogènes. Les racines postérieures présentent une sclérose similaire avec des degrés variés d'amincissement et de démyélinisation de leurs fibres (état embryonnaire).

L'existence de modifications similaires dans les nerfs sensitifs périphériques et d'une atrophie des ganglions des racines postérieures suggère l'idée que le point de départ de cette sclérose doit être cherché dans un développement originairement défectueux des neurones sensitifs, suivi de leur dégénérescence et d'une prolifération secondaire de la névroglie.

Ce n'est pas seulement dans l'ataxie de Friedreich que l'on trouve une sclérose combinée des cordons postérieurs et antéro-latéraux. On observe aussi cette double lésion dans la *pellagre*, la *paraplégie ataxique* de Gowers ou *tabes ataxo-paraplégique* de Dejerine, la *combinirte systematische Erkrankung* des Allemands, la *dégénérescence combinée d'anémie grave*, la *dégénérescence combinée subaiguë* des auteurs anglais.

Il est bien certain que toutes ces dénominations ne s'appliquent pas à des maladies distinctes; dans la pellagre, la sclérose, d'après Tuczek, affecte principalement le cordon de Goll ainsi que la zone centrale radiculaire, et laisse relativement intactes les zones cornu-commissurales et septo-marginales. Les racines, suivant Tuczek, sont normales; tandis que pour Babes elles sont dégénérées. Ces auteurs attribuent la sclérose des cordons postérieurs dans la pellagre à l'action immédiate d'une substance toxique sur les fibres nerveuses; pour M. Marie, elle serait la conséquence de l'altération de la substance grise.

Dans la paraplégie ataxique, les lésions des cordons postérieurs ressemblent à celles de la dégénérescence combinée subaiguë, mais elles en diffèrent par la lenteur de leur évolution. Les altérations de la moelle dans l'anémie grave paraissent avoir les mêmes caractères que celles de la « combinirte systematische Erkrankung » de Rothmann et de la dégénérescence combinée subaiguë. Elles sont surtout marquées au niveau des régions dorsale et cervicale. Dans la région lombaire elles occupent la zone centrale et dans la région cervicale le cordon de Goll. Le fait que ces dégénérescences ne se limitent pas au septum, qu'elles sont en relation étroite avec les vaisseaux de la pie-mère et que les racines postérieures et les méninges sont normales semble indiquer que toutes ces maladies ont une origine vasculaire commune et qu'elles sont probablement dues à une intoxication plutôt qu'à une inflammation.

D[r] G. Deny,
Médecin de l'hospice de la Salpêtrière.

SECTION DE THÉRAPEUTIQUE

Indications de la saignée.

M. Hayem (de Paris), *rapporteur*. — La saignée a fait pendant longtemps la base de la médication dite *antiphlogistique*. Mais les théories pathogéniques sur lesquelles s'appuyait ce mode de traitement ayant été absolument abandonnées, la phlébotomie répétée est aussi tombée dans un juste abandon.

Par contre, l'émission sanguine pratiquée non plus systématiquement, mais bien pour répondre à certaines indications précises, mérite d'être conservée, car elle constitue un moyen thérapeutique parfois héroïque.

En tous cas, nous n'admettons à l'heure actuelle que la saignée isolée, ou du moins répétée seulement deux ou trois fois et à plusieurs jours d'intervalle; nous la considérons en un mot comme une *opération d'urgence*.

D'une façon générale, on peut grouper sous deux rubriques les indications de la phlébotomie, les unes étant fournies par un état d'intoxication, par une toxémie, les autres par des troubles de la circulation générale. S'il est facile d'expliquer le mode d'action de l'ouverture veineuse dans le dernier cas, il n'en va pas de même pour ce qui est de la toxémie, car la décharge de poison réalisée par une évacuation sanguine de 200 ou 250 centimètres cubes est insignifiante, et cependant on observe souvent à sa suite une amélioration considérable; peut-être faut-il admettre alors que l'émission sanguine agit en exaltant les propriétés fonctionnelles de certains éléments.

Les *affections pulmonaires* indiquent assez fréquemment la saignée; dans l'œdème aigu du poumon, particulièrement chez les sujets atteints de maladies des gros vaisseaux ou d'affections rénales, l'indication est formelle et urgente; on peut en dire autant de certaines pneumonies à forme œdémateuse, voire simplement congestive.

Chez les *cardiaques*, la phlébotomie est utile

surtout à la période d'hyposystolie; à ce moment, le cœur, parfois encore vigoureux, doit lutter contre une charge trop lourde pour lui; on peut l'aider, soit en augmentant ses forces par l'emploi des cardiotoniques, soit en diminuant le travail qu'il a à accomplir, et c'est ce que réalise la saignée. Nous estimons que c'est à cette dernière intervention qu'il faut avoir recours tout d'abord, et cela qu'il s'agisse d'affections valvulaires d'emblée ou de lésions primitivement vasculaires, l'indication dans les deux cas étant l'hypertension artérielle. Au reste, si l'émission sanguine est surtout utile à cette période, où la compensation n'est pas encore complètement rompue, elle rend aussi parfois les plus grands services dans l'asystolie déclarée. Il ne nous paraît pas impossible qu'on puisse encore l'employer avec succès contre l'angine de poitrine, du moins contre sa forme dyspnéique.

En cas d'*hémorrhagie* ou de *congestion cérébrale*, et bien que l'intervention d'un élément fluxionnaire actif dans la pathogénie de ces états morbides soit justement rejetée, il peut paraître rationnel de pratiquer la phlébotomie; malheureusement, au moment où nous pouvons intervenir la lésion nerveuse est irrémédiablement constituée et nous n'avons aucune prise sur elle; néanmoins une saignée modérée pourra parfois se montrer utile, chez les sujets à tension artérielle exagérée, par exemple.

Quand nous aurons cité l'*urémie*, aiguë ou récente, l'*éclampsie puerpérale*, enfin certaines *intoxications*, notamment celle par l'oxyde de carbone, nous en aurons fini avec les indications formelles de la saignée; en dehors des affections que nous venons de passer en revue, cette opération est contestable : s'il est vrai, en effet, qu'elle se montre parfois efficace, comme c'est le cas pour la chlorose, elle n'offre pas d'avantages certains sur d'autres méthodes plus simples de traitement.

Il importerait de connaître d'une façon précise les modifications intimes qu'imprime la saignée à l'organisme. Mais les données font complètement défaut à cet égard, et on ne peut nullement conclure des expériences sur l'animal à l'homme. En tous cas, ce qui est certain c'est que ses effets ne sauraient être nuisibles qu'en cas de déglobulisation extrême; même chez des sujets fortement anémiés (urémiques, éclamptiques), une saignée de 300 à 500 grammes est toujours possible sans inconvénients. Au reste, le sang ainsi soustrait se reforme rapidement, grâce aux hématoblastes seuls; en effet, contrairement à l'opinion de certains auteurs, je n'ai vu intervenir les éléments de la moelle osseuse qu'en cas de pertes sanguines considérables et répétées à intervalles rapprochés.

M. Huchard. — Je ne saurais sans protester entendre parler d'une forme dyspnéique de l'angine de poitrine; on sait, au contraire, qu'un des signes caractéristiques de la crise d'angor est le calme des mouvements respiratoires malgré l'intensité des douleurs; quand il survient de la dyspnée, on peut être assuré qu'il existe une complication, la néphrite interstitielle par exemple. Au reste, les angineux sont des sujets prédisposés aux phénomènes syncopaux, et cette seule considération me semble contre-indiquer d'une façon formelle l'emploi de la saignée chez eux.

M. A. Robin. — A côté des effets mécaniques et antitoxiques de la phlébotomie, il faut faire une large part à l'action de la soustraction de sang sur la nutrition élémentaire, sur les échanges organiques. Ces effets, peu connus jusqu'ici, sont constants et considérables, et me paraissent de nature à éclaircir singulièrement le mode d'action de la saignée.

Des recherches que je poursuis depuis plusieurs années m'ont, en effet, permis de constater qu'après une saignée de 150 à 250 grammes, chez des pneumoniques, des urémiques, des cardiaques, on voit régulièrement survenir de la polyurie, en même temps que le taux des matériaux solides, de l'urée, de l'acide phosphorique, de l'azote total, augmente d'une façon notable; d'autre part, la ventilation pulmonaire s'accélère : dans un cas, la quantité d'air qui traverse le poumon s'est élevée de 61 %; la proportion d'oxygène consommé par les tissus suit un accroissement parallèle.

On observe des modifications analogues, mais moins grandes, après une hémorrhagie physiologique (règles) ou pathologique (épistaxis, hématémèses par ulcère rond).

En résumé, la saignée me paraît un excellent moyen d'augmenter les phénomènes d'oxydation cellulaire; elle est donc indiquée dans tous les cas où la nutrition est compromise non par excès de désassimilation, mais par insuffisance des oxydations.

Doit-on combattre la fièvre?

M. Stockvis (d'Amsterdam), *rapporteur*. — Il est certains cas, rares d'ailleurs, où il est impossible de ne pas intervenir en face d'un malade fébricitant : c'est alors que des symptômes alarmants du côté des grandes fonctions de l'économie (cœur, appareil respiratoire, système nerveux) mettent le patient en imminence de collapsus. Dans de telles circonstances, l'inaction ne saurait être de mise; mais sera-ce par l'administration d'antithermiques que l'on cherchera à abaisser la température? Nous pensons que ce serait là une faute grave, et que c'est uniquement à l'hydrothérapie, à l'emploi des analeptiques que l'on doit avoir recours, et non aux substances médicamenteuses.

Cependant, l'usage de ces dernières est légitime parfois, et cela en l'absence de toute menace de collapsus; je veux parler des affections dont nous possédons la médication spécifique, car alors ce n'est pas l'hyperthermie seulement que nous sommes en mesure de combattre, mais la fièvre elle-même. Malheureusement, il en est bien rarement ainsi, et, en dehors de la syphilis, du paludisme et du rhumatisme articulaire aigu, l'antipyrétique spécifique est encore à trouver.

En présence d'une maladie fébrile, il est donc également exceptionnel que l'on ait à parer à des accidents immédiatement graves et que l'on soit en possession d'une médication spécifique; aussi nous semble-t-il que la règle générale, celle qui s'applique à l'immense majorité des cas, doit être de ne pas traiter les fébricitants, de les soigner, et nous estimons que c'est aux prescriptions hygiéniques et diététiques, à l'*hypurgie* et non à la thérapeutique médicamenteuse, que le dernier mot doit rester.

M. Lépine (de Lyon), *co-rapporteur*, donne lecture de son rapport que nous avons publié récemment (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 199).

M. A. Robin. — La thérapeutique de la fièvre doit être basée sur l'étude des échanges organiques chez le malade pyrétique. A ce point de vue, il y a lieu de distinguer deux types d'hyperthermie, une hyperthermie *simple*, dans laquelle les oxydations générales et l'activité respiratoire sont augmentées, et une hyperthermie *grave*, réalisée par les infections profondes, qui a pour effet de diminuer les oxydations et d'augmenter, au contraire, les phénomènes élémentaires de désassimilation (hydratations et dédoublements). Aussi les antipyrétiques, qui sont des modérateurs des oxydations, sont-ils indiqués pour le premier type de fièvre, tandis qu'ils ne sauraient être que nuisibles dans le second.

Pour cette forme grave d'hyperpyrexie, le but du thérapeute doit être triple :

1° Il doit chercher à diminuer les phénomènes de désintégration; dans ce but, certains antithermiques, comme le sulfate de quinine, peuvent rendre des services, mais à la condition d'être administrés à des doses faibles, (0 gr. 50 centigr. à 0 gr. 60 centigr. à prendre en trois fois dans les vingt-quatre heures), car les doses ordinaires produiraient l'effet tout à fait opposé. C'est encore la même indication que remplit le traitement analeptique dont vient de nous parler M. Stockvis;

2° Il doit favoriser les oxydations; ce à quoi il parvient par l'aération, les inhalations d'oxygène, l'ingestion de boissons abondantes, et surtout par l'hydrothérapie;

3° Il doit enfin lutter contre la rétention des résidus organiques, faciliter leur élimination et pour cela les rendre solubles; l'oxydation est déjà un processus très général de solubilisation; en outre, on peut chercher à réaliser avec les déchets nuisibles des substances solubles : ainsi par l'administration d'acide salicylique ou benzoïque on transforme le glycocolle insoluble en acides salicylurique ou hippurique, facilement éliminables par l'urine.

En résumé, j'estime qu'il y a des fièvres qu'il faut respecter et des fièvres qu'il faut combattre, et pour cela il ne suffit pas de lutter contre l'hyperthermie, qui n'est qu'une manifestation extérieure de l'état fébrile.

M. Huchard. — La question qui nous est posée ne comporte pas une solution unique; aussi bien, sans vouloir recommencer ici le procès de la thérapeutique par équations, me bornerai-je à démontrer par quelques exemples la diversité des indications fournies par une même pyrexie. Et d'abord, il est facile de s'assurer que le symptôme hyperthermie ne saurait donner une idée de la gravité de l'état fébrile; alors qu'une température de 40° ou 40°5 est normale dans la scarlatine, elle devient inquiétante au cours du rhumatisme articulaire aigu; qui ne sait aussi que, dans la dothiénentérie, l'accélération du pouls est un indice beaucoup plus fâcheux que l'élévation de la fièvre? De même encore, dans la pneumonie, la diminution du taux des chlorures urinaires qui, abaissé au-dessous de 0 gr. 50 centigr. par vingt-quatre heures, indique un état très grave, sinon mortel.

Si nous examinons maintenant la tuberculose pulmonaire, contre laquelle on a tant abusé de la quinine, adopterons-nous un antithermique toujours le même, alors que la fièvre relève au moins de trois mécanismes différents (fièvre de germination, fièvre d'inflammation, fièvre de résorption)?

Traiterons-nous de la même façon la fièvre pfeifférienne, dans la grippe pure, et l'hyperthermie due aux infections associées?

Je ne veux pas insister, et, pour me résumer, je dirai qu'en présence d'un fébricitant nous pouvons obtenir deux résultats différents : l'*antithermie*, facile à produire mais peu utile, et l'*antipyrèse*, beaucoup plus difficile à réaliser, car un antipyrétique doit à la fois activer le chimisme organique, relever la diurèse et tonifier le système nerveux; ce triple but, on peut l'atteindre parfois en associant l'usage de la quinine à faibles doses à celui des bains froids.

De l'opothérapie hépatique dans le diabète sucré.

M. Gilbert. — L'ingestion de substance hépatique modifie chez un certain nombre de diabétiques le taux du sucre excrété. Mais les effets observés sont assez différents suivant les cas. Tantôt l'opothérapie hépatique fait diminuer ou disparaître la glycosurie; tantôt, au contraire, elle n'a pas d'influence appréciable sur elle; tantôt même, elle augmente incontestablement le taux du sucre.

Il est facile de s'assurer que les cas où l'administration de substance hépatique amène une amélioration sont ceux où le diabète est lié à une insuffisance fonctionnelle du foie (caractérisée par la diminution de l'urée, par l'urobilinurie, etc.); ce sont les diabètes par *hypo* ou *anhépatie*. Par contre, les cas de diabète non améliorés ou même aggravés par le traitement sont ceux où la glycosurie paraît dépendre d'une suractivité de l'organe; ce sont les diabètes par *hyperhépatie*, plus fréquents que les précédents, généralement familiaux, avec augmentation de volume du foie et intégrité histologique de l'organe, élimination considérable d'urée, etc.

Ainsi l'opothérapie hépatique dans le diabète sucré constitue non seulement une méthode thérapeutique utile pour un certain nombre de faits, mais encore un procédé de diagnostic qui permet, joint aux autres témoins de l'activité du foie, de distinguer les diabètes par hypohépatie de ceux où l'hyperhépatie est en cause.

Traitement de la pneumonie franche par l'ergotine.

M. Kleczkowski (du Grand-Fresnoy). — On admet généralement que les diverses médications mises en œuvre contre la pneumonie sont impuissantes à enrayer l'évolution cyclique de cette affection.

Or, l'ergotine employée à la dose quotidienne de 3 à 5 grammes dès le stade de frisson, avant l'apparition du souffle, a pour effet de faire évoluer la maladie en quatre ou cinq jours; administrée plus tard, elle n'abrège pas sensiblement la durée de la période fébrile, mais elle modère la fièvre, calme les phénomènes dyspnéiques, et surtout le délire qui ne lui résiste jamais plus de vingt-quatre heures.

Depuis dix-huit ans que j'emploie cette méthode, je n'ai pas vu un seul cas mortel de pneumonie, exception faite des pneumonies évoluant chez des diabétiques.

La diacétyle-morphine dans le traitement de la douleur.

M. L. Guinard. — La diacétyle-morphine présente l'avantage d'agir moins énergiquement sur le cerveau, mais plus fortement sur l'appareil bulbo médullaire, que la morphine; il en résulte des effets hypnotiques inférieurs à ceux de cet alcaloïde, mais une action analgésique plus marquée.

En outre, la diacétyle-morphine a une action très rapide; elle ne provoque pas de nausées ni d'inappétence, et son emploi prolongé ne paraît pas offrir les inconvénients du morphinisme.

Les premières injections déterminent quelquefois des éblouissements, une sensation de brouillard devant les yeux, un peu de vertige, de la céphalée en cercle; ces troubles disparaissent d'ordinaire aux injections suivantes.

Aussi ce produit me paraît-il appelé à remplacer la morphine dans le traitement de la douleur, notamment des névralgies, des coliques néphrétiques et hépatiques, etc.

Le mode d'administration est le même que pour la morphine, mais des doses moitié moindres sont suffisantes.

Le traitement des arrêts de développement.

M. Springer (de Paris). — Les diverses causes, héréditaires (syphilis, alcool) ou acquises (infections, intoxications), qui déterminent les arrêts de développement, agissent en dernière analyse sur les cartilages de conjugaison, particulièrement sur celui de l'extrémité inférieure du fémur; aussi l'excitation électrique de ces organes est-elle susceptible d'activer leur fonctionnement et de provoquer une reprise de la croissance. Mais pour que cette méthode donne de bons résultats, il importe de mettre l'organisme dans les meilleures conditions de nutrition possibles, ce que l'on réalise en traitant préalablement les états pathologiques coexistants, et notamment les troubles gastro-intestinaux et hépatiques.

Il est bon d'associer à ce traitement électrique l'usage des préparations thyroïdiennes, l'insuffisance du corps thyroïde étant fréquente chez les sujets à développement incomplet. Mais pour éviter la dénutrition et l'amaigrissement que provoquent fréquemment ces préparations, je préconise l'emploi de la décoction fraîche de céréales comme boisson habituelle.

Par cet ensemble de moyens thérapeutiques, je suis arrivé à obtenir un accroissement de plusieurs centimètres en quelques semaines, et cela même chez des sujets ayant dépassé l'âge auquel on admet généralement que la croissance prend fin (vingt-cinq ans dans un cas, trente-quatre ans dans un second).

M. Foveau de Courmelles (de Paris) étudie les *actions électriques et radiographiques spécifiques*; il considère comme spécifiques les effets de la faradisation contre les paralysies d'origine centrale; ceux de la franklinisation dans le traitement de la neurasthénie; ceux de la galvanisation contre l'occlusion intestinale, l'hémorrhagie et la douleur des fibromes utérins; ceux de l'électrolyse dirigée contre les rétrécissements uréthraux, etc., etc.

Dr F. Farnarier (de Paris).

SECTION DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Des auto-intoxications.

M. Ewald. — A l'heure actuelle, l'existence de l'auto-intoxication ne fait l'objet d'aucun doute. Nous observons tous les jours des sujets atteints de troubles gastro-intestinaux graves, qui sont pris brusquement de phénomènes syncopaux et se rétablissent dès que les désordres digestifs ont disparu. Il en est de même pour l'intoxication urémique, ainsi que pour le coma diabétique ou cancéreux. D'autre part, au cours des affections chroniques, telles que l'anémie pernicieuse, la maladie d'Addison, le myxœdème, etc., on note constamment des oscillations dans l'intensité des phénomènes morbides. Tous ces faits nous obligent à admettre l'existence d'un poison, d'origine intestinale ou interstitielle, circulant dans l'organisme, et sur le compte duquel il faut mettre, sinon tous les symptômes de la maladie, du moins un grand nombre d'entre eux.

Quelles sont les substances qui donnent lieu à l'auto-intoxication? J'ai fait, sur ce sujet, un certain nombre de recherches et j'ai réussi à déceler dans les urines des corps de la nature des diamines. Toutefois, les combinaisons de ce groupe, isolées à l'état de sels de platine, d'or ou de picrates dans différentes maladies par Griffiths, Baumann, Brieger, Albu et moi-même, sont très instables et, d'autre part, leur quantité est trop minime pour pouvoir donner lieu à des phénomènes d'auto-intoxication.

Reste la recherche de la toxicité brute des urines. A cet égard, les travaux de M. Bouchard, à qui nous sommes redevables de la connaissance du coefficient urotoxique, ont été le point de départ de toute une série de publications intéressantes. Mais ils ne sont pas restés sans soulever certaines objections, et dans ces derniers temps on a vu surgir des faits qui semblent être en désaccord avec les idées de l'Ecole française. Aussi serait-il intéressant de savoir comment M. Bouchard interprète ces faits nouveaux qui viennent compliquer la notion du coefficient urotoxique.

M. Albu (de Berlin). — Si la réalité de l'auto-intoxication est aujourd'hui généralement admise, on est cependant encore loin de s'entendre sur les poisons qui interviennent dans ce genre de processus. J'ai pu, d'ailleurs, me convaincre que, dans les effets déterminés par les injections intraveineuses d'urine, il y a lieu de tenir compte, en dehors du facteur chimique, de deux autres éléments de nature purement mécanique, à savoir la rapidité avec laquelle on procède à l'injection et les modifications de la tension osmotique que provoque dans tout organisme l'introduction d'un liquide étranger à l'économie. Aussi les phénomènes qu'on observe à la suite de ces injections varient, d'une part, suivant qu'on exécute l'expérience plus ou moins lentement, et, d'autre part, selon le degré de concentration du liquide injecté.

M. Bouchard. — Partant de cette idée que l'économie est un laboratoire et un réceptacle de poisons et que la vie accumule constamment dans la matière vivante des principes nuisibles, j'avais d'abord cherché à étudier cette auto-intoxication de l'organisme au moyen d'injections intraveineuses de sang. Mais je ne tardai pas à me convaincre que c'était là une méthode décevante et que j'avais fait fausse route. Je fus ainsi amené à diriger mes recherches du côté d'un des grands émonctoires de l'économie, le rein. J'ai montré que l'urine est toxique et j'ai mis en évidence la multiplicité des poisons qu'elle renferme. L'analyse physiologique de cette toxicité urinaire fit voir qu'elle se composait d'éléments variés, tels que poisons convulsivants, poisons agissant sur la pupille, substances diurétiques, hypothermisantes, etc.

D'autre part, la nécessité d'avoir une *unité* pouvant servir de terme de mesure et de comparaison m'a conduit à établir ce que j'ai appelé le *coefficient urotoxique*.

Les choses en étaient là lorsque, comme viennent de le rappeler MM. Ewald et Albu, l'évolution de la théorie de la toxicité urinaire entra dans une période de doute et de contestation. Certains expérimentateurs déclarèrent que les urines ne sont pas toxiques et que les effets nuisibles qu'on constate à la suite de leur injection tiennent tout simplement, d'une part, à l'augmentation de la masse sanguine et, d'autre part, au défaut d'isotonie qui existe entre le liquide injecté et le sang. Or, tout en reconnaissant une valeur incontestable à la mensuration de la tension osmotique de l'urine — mensuration qui en pratique peut être remplacée par la détermination du point de congélation (*cryoscopie*) —, j'estime que la part du défaut d'isotonie et de la pléthore sanguine résultant de l'injection ne représente, en réalité, qu'un quart de l'effet nuisible total. Par conséquent, alors même que, laissant de côté les deux premiers éléments, on tient compte exclusivement du résultat brut d'une injection intraveineuse d'urine, on obtient encore des renseignemnts précieux, et la doctrine des auto-intoxications me paraît loin d'être ébranlée.

M. Charrin. — J'ai montré que les urines de certains nouveau-nés sont toxiques et que les poisons qu'elles renferment ne proviennent ni de l'extérieur, ni de la mère, mais tirent leur origine des cellules de ces enfants. C'est là un exemple d'auto-intoxication incontestable.

M. Gautier rappelle les résultats de recherches instituées, il y a quelques années, dans son laboratoire et qui ont permis de déceler la présence, dans les urines, de principes toxiques parfaitement définis.

De la valeur de l'osmonocivité dans la recherche de la toxicité des liquides, et en particulier de l'urine, en injection intraveineuse.

M. Bosc fait, sur ce sujet, en son nom et en celui de M. Vedel, une communication que nous résumons ainsi :

Il est difficile de résoudre la question de l'osmonocivité de liquides toxiques non isotoniques si l'on a recours directement à des solutions complexes comme l'urine. Pour arriver à connaître l'action de chacun des facteurs de toxicité, MM. Bosc et Vedel ont étudié d'abord des solutions salines simples, puis des mélanges de deux et de plusieurs sels, de façon à obtenir des solutions se rapprochant de liquides naturels, comme l'eau de mer, et, enfin, des solutions plus complexes encore de par les propriétés des substances dissoutes, et constituant une urine artificielle.

Ces recherches ont montré qu'il n'est pas nécessaire de ramener un liquide à l'isotonie pour mesurer sa toxicité. Cela est d'autant plus vrai qu'il s'agit de solutions peu toxiques ou de liquides complexes dont les composants peuvent présenter des propriétés très dissemblables. On expérimentera les solutions hypo, iso et hypertoniques jusqu'à ce qu'on ait trouvé celle qui donne les caractères de toxicité les plus précis. La recherche de la toxicité urinaire par injection intraveineuse devra être pratiquée avec l'urine en nature.

Des auto-intoxications dans les infections des pays chauds.

M. Crespin (d'Alger). — J'ai cherché à me rendre compte des modalités particulières sous lesquelles se présentaient dans les pays chauds, en Algérie notamment, certaines maladies infectieuses, telles que la fièvre typhoïde, la grippe, la pneumococcie, le paludisme. J'ai remarqué que dans ces infections, un organe, le foie, était particulièrement touché, à tel point que j'ai pu décrire une forme hépatique de la fièvre typhoïde, et que j'ai relevé dans toutes ces affections des symptômes hépatiques souvent très accusés. C'est l'altération du foie suivie de phénomènes d'insuffisance de cet organe qui fait la gravité des infections dans les pays chauds.

Quant à la pathogénie des accidents en question, elle repose peut-être sur l'élévation et la continuité de la température dans la saison chaude, ainsi que sur l'exagération de la tension de la vapeur d'eau et le degré élevé de l'état hygrométrique. Ces conditions créent un milieu uniforme, peu favorable à l'exercice du jeu des réflexes; il s'ensuit que les émonctoires, et le foie surtout, dépourvus des excitations nécessaires à leur fonctionnement restent torpides.

Cette fragilité hépatique dans les pays chauds une fois bien établie, il était rationnel de recourir à l'emploi de l'opothérapie hépatique dans les infections. J'ai eu à me louer de cette médication dans plusieurs cas très graves, et j'ai remarqué que deux symptômes étaient surtout améliorés rapidement, à savoir les hémorrhagies et le délire.

Pathogénie de l'urémie.

M. Smiraglia-Scognamiglio (de Naples). — Contrairement à la théorie de Feltz et Ritter, j'ai constaté qu'on peut injecter à un chien les sels contenus dans une quantité d'urine humaine normale correspondant à $^1/_6$ du poids de l'animal sans provoquer d'autres troubles qu'une élévation de la température (avec maximum au deuxième jour) et une augmentation du nombre des pulsations (maximum au troisième jour) ainsi qu'une albuminurie qui disparaît complètement ou à peu près au bout de trois à quatre jours.

Se basant sur ce fait que, chez des chiens ayant subi une néphrectomie bilatérale, on parvient à prolonger la vie au moyen d'injections de suc rénal, certains auteurs ont attribué l'urémie au défaut de sécrétion d'un contrepoison du côté du rein. Mais j'ai pu obtenir les mêmes résultats en substituant au suc rénal des injections de sang défibriné, de sérum sanguin de chiens sains, etc. Je crois, par conséquent, que toutes ces injections agissent simplement par la masse plus ou moins considérable de liquide

qu'elles introduisent dans le sang, ce qui a pour effet d'abaisser le degré de concentration des poisons.

Avec M. Bouchard, j'estime que l'urémie est une intoxication complexe, due à des poisons multiples, surtout de nature organique.

M. Baylac. — L'urémie étant une auto-intoxication liée à une insuffisance dans la dépuration rénale, j'ai recherché la présence des poisons urinaires dans la plupart des liquides et des tissus de l'organisme.

J'ai constaté, après MM. Bouchard, Dieulafoy, J. Teissier, que dans l'urémie les urines perdent leur toxicité au point d'être moins toxiques que l'eau bouillie.

La toxicité du sérum sanguin n'est pas, comme on pourrait le croire, en raison inverse de celle des urines. Il n'existe pas de différence notable entre le coefficient sérotoxique normal et le coefficient sérotoxique pathologique. La gravité du pronostic n'est, du reste, nullement en rapport avec le degré de toxicité du sang.

Les liquides d'œdèmes, si abondants dans certains cas d'urémie, sont également dénués de tout pouvoir toxique.

Enfin, la toxicité des extraits de poumons, de cerveau, de muscles, de rate est à peu près identique, qu'il s'agisse d'animaux sains ou d'animaux auxquels on a pratiqué une double néphrectomie. Seule, la toxicité de l'extrait de foie est élevée d'une manière sensible dans l'insuffisance rénale expérimentale, parallèlement à l'augmentation de volume de cet organe.

Ainsi donc, dans l'insuffisance rénale absolue, les poisons de l'organisme sont en partie arrêtés et accumulés dans la glande hépatique. C'est là une démonstration nouvelle du rôle protecteur que joue le foie.

Pathogénie de l'éclampsie.

M. Charrin. — En injectant du sérum d'éclamptiques sous la peau de cobayes aux doses de 15 à 25 c.c. tous les deux ou trois jours, on constate parfois, au bout d'une semaine ou davantage, des symptômes et des lésions qui rappellent les phénomènes que présentent les femmes atteintes d'éclampsie.

On enregistre de l'hyperthermie et, dix à vingt-quatre heures avant la mort, des convulsions; les urines peuvent contenir de l'albumine, les reins offrent des altérations épithéliales, le foie est le siège de quelques hémorrhagies et de tares dégénératives.

Tous les sérums d'éclamptiques ne font pas naître ces accidents et ces lésions, que j'ai réussi à produire avec le sang de 3 malades sur 5; il y a là sans doute des variétés, du reste aisées à comprendre d'après mes recherches. J'ai vu, en effet, avec Tissot les oxydations fléchir chez la femme enceinte. Or, moins les oxydations sont actives, plus les déchets de la désassimilation sont toxiques.

On sait aussi qu'au cours de la grossesse la constipation est souvent opiniâtre et nombre d'auteurs ont signalé des phénomènes de stercorémie.

Il en résulte que, des trois grandes sources de poisons organiques — alimentation, processus intestinaux, dénutrition —, les deux dernières offrent une production plus abondante qu'à l'état normal.

D'un autre côté, les appareils de défense contre ces poisons sont habituellement défectueux (foie en surcharge graisseuse et glycogénique; muqueuse intestinale irritée; corps thyroïde et capsules surrénales anomales). Quant à l'élimination, il n'est pas rare de la voir faiblir (albuminurie, constipation, peau pigmentée).

Il y a donc hyperproduction de poisons et défaut dans la protection par voie de métamorphose ou d'expulsion des principes toxiques.

L'auto-intoxication s'établit et ces principes altèrent le foie, le rein, comme le prouve l'expérience. Ces lésions sont-elles nécessaires ou bien la présence de principes toxiques suffit-elle? La question ne saurait être résolue pour le moment. En tout cas, on conçoit mal un point de départ hépatique ou rénal : une lésion exige une cause, d'autant plus que ces viscères sont prédisposés (graisse hépatique).

La complexité de cette pathogénie explique les variétés suivant que le défaut provient de la production, de la transformation ou de l'élimination, les appareils étant rarement tous intéressés.

En outre, l'auto-intoxication peut porter atteinte à l'état bactéricide, d'où la fréquence des infections secondaires dont aucune n'est constante ni spécifique.

M. Balthazard fait, au nom de M. Claude et au sien, une communication sur l'*application de la cryoscopie des urines à l'étude des maladies du cœur et du rein.*

M. Maurel (de Toulouse) donne lecture d'une note sur les *lois qui régissent l'action générale des agents thérapeutiques et toxiques.*

Dr L. Cheinisse,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

SECTION DE MÉDECINE DE L'ENFANCE

Méningites aiguës non tuberculeuses.

M. L. Concetti (de Rome), *rapporteur.* — J'ai pu recueillir personnellement un grand nombre d'observations de méningites aiguës non tuberculeuses; en dehors des cas mortels où l'autopsie a pu être pratiquée, j'ai confirmé le diagnostic par l'étude du liquide céphalo-rachidien retiré par la ponction lombaire; j'ai pu pratiquer cette petite opération sans accidents jusqu'à 53 fois chez le même enfant.

Au point de vue de la pathogénie de la méningite aiguë non tuberculeuse, il convient de faire des distinctions.

Dans une première catégorie de faits, il s'agit de phénomènes méningés qui peuvent apparaître, exceptionnellement d'ailleurs, chez un enfant en pleine santé, mais qui le plus souvent éclatent au cours d'une maladie aiguë, infection gastro-intestinale, pneumonie, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, etc. Le liquide céphalo-rachidien, plus abondant qu'à l'état normal, reste limpide; mais sa densité est augmentée et il contient de l'albumine en notable proportion, ce qui indique bien l'existence d'un processus inflammatoire, d'une méningite aiguë. Cependant, ni l'examen direct ni les ensemencements ne permettent de déceler l'existence de micro-organismes; on a donc affaire à des altérations d'ordre toxique. Je propose de réserver à ces cas la dénomination de *méningite séreuse aiguë.* Mais avant de porter le diagnostic de cette variété, il convient de faire des examens fréquemment répétés pendant toute la durée de la maladie, car le liquide céphalo-rachidien est un mauvais milieu de culture pour les microbes qui ne tardent pas, en sa présence, à être tués. C'est à cette forme que correspondent la plupart des cas décrits sous les noms de *pseudo-méningite* ou de *méningisme.*

Dans une seconde série d'observations, les accidents méningés sont le plus souvent primitifs, plus rarement secondaires à une des maladies que nous avons déjà énumérées. Le liquide céphalo-rachidien est d'aspect variable : limpide, séro-purulent ou franchement purulent; quand il est limpide, il contient plus d'albumine que dans les formes précédemment décrites; mais ce qui le caractérise dans tous les cas, c'est qu'il renferme des microorganismes. Ces différents aspects du liquide représentent les étapes successives de l'évolution d'une même maladie. Aussi je crois que, malgré la limpidité du liquide dans certains faits où l'on trouve des germes, il ne faut pas leur attribuer le nom de méningites séreuses aiguës; nous réservons cette dénomination exclusivement aux méningites d'origine toxique.

Les agents de ces méningites sont nombreux. Le plus souvent, ce sont le pneumocoque de Talamon-Fränkel ou le méningocoque de Weichselbaum; mais on a trouvé aussi le colibacille, le bacille d'Eberth, des streptocoques, des staphylocoques, le bacille pyocyanique, etc.

Le pneumocoque détermine des méningites à évolution rapide, à réaction vive, et généralement très graves. Ces méningites, quelquefois primitives, sont le plus souvent secondaires et consécutives à des pneumonies (méningites métapneumoniques).

Les méningites à méningocoques, au contraire, sont d'ordinaire primitives; cependant leur point de départ est peut-être une infection nasale. Leur évolution est moins aiguë que celle de la méningite pneumococcique, elle se fait souvent par poussées successives, interrompues par des rémissions, et peut durer des mois. Elles ont une tendance à guérir dans la plupart des cas. Quant au méningocoque, je pense qu'il doit être séparé complètement du pneumocoque; il s'agit là de deux microbes absolument différents. Si le méningocoque présente plusieurs variétés (type Weichselbaum, type Jäger-Heubner), il n'en constitue pas moins un seul et même germe, présentant des caractères spéciaux suivant les conditions où il végète; j'ai pu d'ailleurs transformer l'un dans l'autre ces différents types.

Les autres variétés étiologiques de méningites aiguës sont mal caractérisées. Souvent mortelles, elles peuvent toutes guérir, soit complètement, soit en laissant après elles de l'hydrocéphalie, de l'amaurose, de la surdité, des paralysies, etc.

Enfin, dans un troisième groupe, nous plaçons, à côté des méningites aiguës, d'autres affections aiguës du système nerveux, polioencéphalites, poliomyélites, etc., qui relèvent des mêmes causes; pour leur diagnostic, l'étude du liquide céphalo-rachidien est encore d'une grande utilité.

Quant à la thérapeutique des méningites aiguës, elle trouve dans la ponction lombaire un appui efficace. Mais il faut que cette ponction soit pratiquée d'une façon précoce et répétée fréquemment. Elle m'a paru abréger la durée de la maladie, et, quand la guérison s'est produite, elle a toujours été complète. Dans quelques cas, j'ai essayé le traitement spécifique en remplaçant le liquide retiré par ponction par du sérum antipneumococcique; mais je n'ai pas eu encore de résultats concluants; peut-être ai-je obtenu une action plus évidemment favorable par l'injection de liquide céphalo-rachidien provenant d'un enfant guéri.

M. Netter, *co-rapporteur.* — Je m'occuperai uniquement de la méningite cérébro-spinale épidémique, qui à l'heure actuelle est en voie d'augmentation sur la plus grande partie du globe. De 1883 à 1886, l'existence de plusieurs foyers épidémiques et de cas sporadiques avait été signalée à Berlin, à Turin, à Vienne, à Paris, à Cologne, en Danemark, en Suède, en Finlande. Depuis 1890 et surtout depuis 1893, le nombre des foyers s'est multiplié dans les pays que je viens de citer; en outre, la maladie a envahi d'autres régions de la France, ainsi que la Belgique, la Roumanie, la Grèce, etc.

En France, elle a réapparu à Paris (en 1897), à Lille et dans diverses localités : depuis le commencement de 1900, les cas sont assez nombreux à Marseille. En Angleterre, on ne parle pas à proprement parler de méningite cérébro-spinale, mais on observe fréquemment une forme spéciale de méningite simple, la *posterior basic meningitis,* dans laquelle on trouve un microbe analogue à celui de Weichselbaum. La maladie n'est d'ailleurs pas cantonnée en Europe : elle existe dans la plus grande partie des Etats-Unis, au Canada, dans l'Inde, en Algérie, au Soudan, en Nubie, dans le Sud-Africain, en Australie.

Je n'insisterai pas sur les caractères cliniques de la méningite cérébro-spinale épidémique; je ferai remarquer seulement la grande variabilité de son évolution. Elle n'a pas toujours une symptomatologie très marquée. C'est sa marche qui est surtout caractéristique. Son début est généralement assez brusque, mais la fièvre peut être à peu près nulle; la durée est souvent très longue; je l'ai vue se prolonger quatre mois.

Le diagnostic de la méningite cérébro-spinale épidémique est parfois malaisé. Cette difficulté ne lui est d'ailleurs pas spéciale, elle est le propre de toutes les méningites aiguës. Parmi les symptômes qui permettent d'en établir l'existence, le signe de Kernig est certainement un des meilleurs. On le trouve dans environ 85 % des cas de méningite; il peut exister dans les diverses variétés de cette affection, mais il est plus fréquent dans les méningites aiguës que dans les méningites tuberculeuses. Cependant, on le rencontre quelquefois dans des affections autres que les méningites, telles que les hémorrhagies méningées, les abcès du cerveau, la fièvre typhoïde, la pneumonie; il est probablement lié alors à l'inflammation des méninges.

Je n'insisterai pas sur la valeur diagnostique de la ponction lombaire de Quincke : elle est indiscutable.

Quant au traitement, j'ai souvent constaté les heureux effets des bains chauds prolongés et fréquents préconisés par Aufrecht, et de la ponction lombaire souvent répétée.

M. Koplik (de New-York). — La méningite cérébro-spinale peut revêtir trois types clini-

ques principaux. Dans le premier, le plus aigu, le début est soudain, avec des frissons, une fièvre élevée, du délire, des convulsions, de la raideur des membres. Le deuxième revêt la forme comateuse. Le troisième, qui est le plus commun, présente des symptômes moins accentués et a une évolution subaiguë. Dans les deux premiers, le liquide céphalo-rachidien est purulent; dans le dernier, il peut être purulent, séro-purulent ou limpide; dans tous les cas il renferme le méningocoque. Le diagnostic d'avec la méningite tuberculeuse est souvent très délicat, mais il est facilité par la ponction lombaire, qui est une opération inoffensive à condition qu'on ne retire pas plus de 20 c.c. de liquide à la fois. Au point de vue thérapeutique, elle donne des résultats favorables et peut amener la guérison complète dans les méningites aiguës; même dans la méningite tuberculeuse, elle détermine parfois un amendement.

M. Marfan. — Que pense M. Netter du signe de Kernig dans la méningite tuberculeuse? Pour ma part, dans celle-ci, je ne l'ai trouvé qu'une fois sur une quinzaine de cas. De plus, M. Netter a-t-il à proposer une explication de la pathogénie de ce symptôme?

M. Netter. — J'ai observé le signe de Kernig fréquemment dans la méningite tuberculeuse, constamment dans les méningites secondaires, 72 fois sur 100 dans les méningites épidémiques. Quant à sa pathogénie, nous sommes réduits aux hypothèses; il semble qu'il relève d'une altération des nerfs de la queue de cheval.

Bactériologie de l'intestin des jeunes enfants.

M. H. Tissier (de Paris). — Chez l'enfant normal nourri au sein, dans une première phase qui succède immédiatement à la naissance la flore intestinale est complexe; vers le quatrième jour, elle se constitue telle qu'elle restera jusqu'au sevrage. On trouve alors un anaérobie strict, le *bacillus bifidus*, qui prédomine, et des microbes facultatifs, le colibacille, le streptocoque intestinal, le *bacterium lactis aerogenes*. Sous l'influence du calomel ou d'un lavage de l'intestin, le bacillus bifidus diminue, le streptocoque et le colibacille continuent à pulluler.

Chez l'enfant élevé au biberon, les espèces sont très variées : *bacillus acidophilus*, *bacillus exilis*, streptocoque, colibacille, etc.

Dans les cas où l'on a recours à l'allaitement mixte, l'aspect bactériologique de la flore intestinale se rapproche de ce qu'il est chez l'enfant nourri au sein.

Au cours des gastro-entérites, on constate une modification semblable à celle qui succède à l'administration de calomel; en outre, apparaissent des espèces que nous n'avons pas pu retrouver dans les selles normales : *diploccocus griseus liquefaciens*, *coccobacillus anaerobicus perfœtens*, un streptocoque décoloré par le Gram, la variété spéciale de colibacille décrite par Hermann et Wurtz, etc.

L'antisepsie intestinale chez les enfants.

M. Fede (de Naples). — J'ai expérimenté, avec M. Gallo de Tommasi, le calomel, le salol et la teinture d'iode comme antiseptiques intestinaux chez l'enfant. De ces produits, le calomel seul, administré à doses fractionnées (de 0 gr. 01 à 0 gr. 03 centigr. à la fois, jusqu'à 0 gr.12 centigr. par jour), a une action marquée, comme le prouvent les résultats de l'observation clinique, la diminution du nombre des bactéries des selles (qui, dans un cas, est tombé de 1,050 à 40), l'atténuation de leur virulence et l'abaissement du taux des acides sulfo-conjugués dans l'urine.

Altérations des échanges nutritifs chez les nourrissons atteints de maladies gastro-intestinales.

M. Pfaundler (de Gratz). — L'intoxication acide au cours des gastro-entérites, admise par Czerny et Keller, ne me paraît pas démontrée. En effet, l'élimination de l'ammoniaque par les urines peut atteindre le même taux chez les nourrissons sains que chez ceux qui sont atteints de gastro-entérites. Elle semble liée à la richesse en graisses de l'alimentation du nouveau-né — car ces substances déterminent une production abondante d'acides —, et surtout au peu d'activité du ferment oxydant du foie dans le jeune âge.

Résultats des inoculations d'extraits de matières fécales de nourrissons.

M. P. Haushalter (de Nancy). — J'ai cherché, avec M. L. Spillmann, à déterminer au moyen d'inoculations sous-cutanées ou intraveineuses chez le lapin la toxicité des extraits alcooliques et aqueux de matières recueillies chez des nourrissons sains ou atteints de gastro-entérite. Dans un cas comme dans l'autre, les résultats sont des plus variables, les extraits de matières fécales normales étant parfois plus toxiques que ceux de matières diarrhéiques. La quantité de poison éliminée par les selles n'est donc pas en rapport avec l'abondance des toxiques élaborés ou résorbés dans l'intestin; aussi nous semble-t-il probable que l'intensité et la forme de l'intoxication dans les gastro-entérites dépendent moins de la surproduction de toxiques intestinaux que de l'état fonctionnel ou anatomique de la muqueuse intestinale et du foie, organes essentiels pour la destruction desdits poisons.

Glycosurie alimentaire dans les gastro-entérites des nourrissons.

M. E. Terrien (de Paris). — Comme divers auteurs l'ont signalé, la glycosurie n'apparaît chez le nourrisson normal qu'après l'ingestion de fortes doses de sucre (5 grammes de glycose ou 4 gr. 50 centigr. de lactose par kilogramme). Au cours des gastro-entérites, la glycosurie alimentaire est fréquente, même après administration de quantités relativement faibles de matières sucrées. Il est probable que cette particularité est due à une insuffisance fonctionnelle du foie chez les nourrissons atteints de gastro-entérite.

M. J. Gallo de Tommasi (de Naples) donne lecture d'un travail sur l'*élimination des acides sulfo-conjugués de la série aromatique chez les enfants*.

Dr P. Nobécourt,
Chef du laboratoire de l'hospice des Enfants-Assistés.

SECTION DE CHIRURGIE GÉNÉRALE

Traitement du cancer du larynx.

M. Gluck (de Berlin). — En 1881, la statistique des opérations pratiquées pour cancer du larynx indiquait une mortalité de 52 %, et jusqu'en 1891 cette mortalité n'était pas inférieure à 46 %. Grâce aux perfectionnements de la technique opératoire, les résultats se sont considérablement améliorés, comme le prouvent ma statistique personnelle et celles d'autres chirurgiens qui ont adopté mes procédés.

Pour ma part, je pourrais vous présenter 17 malades guéris d'un cancer du larynx. J'ai opéré 61 cas dont quelques-uns avec envahissement du pharynx et de la langue. Mes résultats ont été peu favorables au début, puis j'ai pu intervenir dans une série de 22 cas avec un seul décès et plus tard je suis arrivé au chiffre de 35 opérations avec 3 morts, ce qui donne une mortalité de 8 à 9 %. En considérant séparément les laryngectomies totales et les hémilaryngectomies, j'ai eu 2 décès sur 20 laryngectomies totales, soit une mortalité de 10 %, et j'ai exécuté avec succès 14 hémilaryngectomies, mon quinzième opéré ayant succombé à une affection secondaire.

Péri-épididymite variqueuse.

MM. Mignon et Sieur (médecins militaires). — La péri-épididymite consécutive au varicocèle de la queue de l'épididyme se présente sous la forme d'une tumeur arrondie ou fusiforme qui entoure la naissance du canal déférent et la queue de l'épididyme et remonte plus ou moins haut le long du corps de cet organe, sans jamais empiéter sur sa tête. De consistance élastique, cette tumeur peut acquérir une dureté très grande; soumise à l'influence de poussées congestives, elle varie très notablement de volume. A la longue, l'inflammation gagne la moitié inférieure du canal déférent et retentit sur la vaginale qui traduit son irritation par l'apparition d'une petite hydrocèle ou d'un épaississement fibreux.

L'affection se développe dans les capillaires veineux qui prennent naissance dans la partie inférieure du testicule et de l'épididyme; à leur sortie de la glande, ces veines se disposent en une sorte de chevelu qui entoure la terminaison de l'épididyme et l'origine du canal déférent; ces troncs veineux sont tortueux et il est vraisemblable que leur disposition cirsoïde, jointe à leur situation déclive, joue un certain rôle dans l'évolution de la maladie.

Arrivée à son dernier degré, l'affection pourrait être confondue avec l'épididymite tuberculeuse, mais sa localisation, l'intégrité du cordon et de la prostate et la variabilité de son volume permettent le plus souvent de faire le diagnostic différentiel.

Résultats éloignés du traitement de la tuberculose testiculaire par la ligature et la section du cordon spermatique.

M. Mauclaire (de Paris). — J'ai pratiqué 18 fois la ligature en masse de tout le cordon pour tuberculose épididymo-testiculaire.

Quand la tuberculose n'est pas fistuleuse ou suppurée, on peut obtenir de bons résultats. Dans 3 faits de ce genre, j'ai vu le testicule et l'épididyme diminuer de volume, devenir durs et insensibles, ce dernier caractère seul différenciant le testicule malade du testicule sain; chez 2 malades, les lésions prostatiques ont nettement rétrocédé.

D'autres fois, l'atrophie survient lentement, une fistule se produit et au bout de quelques mois la guérison est complète.

Dans un tiers des cas, les résultats sont peu satisfaisants, parce que le testicule et l'épididyme largement suppurés continuent à infecter la vaginale et surtout les hématomes qui se produisent facilement dans la région scrotale; ces fistules durent longtemps et nécessitent des interventions secondaires.

Résultats de la résection du cordon spermatique.

M. Carlier (de Lille). — La résection du cordon spermatique ne provoque pas la gangrène du testicule, grâce aux anastomoses des artères du cordon avec le système artériel des bourses. Après la section de tous les éléments du cordon, la glande ne s'atrophie pas fatalement, du moins chez les malades ayant dépassé la cinquantaine. Cela est en contradiction avec l'atrophie testiculaire qui survient parfois si rapidement chez les hommes jeunes dont on a lié ou sectionné involontairement l'artère spermatique, au cours d'une opération pour un varicocèle ou pour une hernie, ce qui peut s'expliquer par l'absence ou l'insuffisance de la circulation collatérale dans le jeune âge, ou par la nécessité, pour l'entretien de la vie intégrale du testicule jeune, d'une irrigation artérielle plus complète qu'à l'âge avancé.

Anastomose vésico-rectale.

M. Jacob Frank (de Chicago). — Pour éviter l'infection des reins consécutive à toute implantation des uretères dans l'intestin, dans le cas d'exstrophie de la vessie, il est préférable d'anastomoser la vessie directement au rectum. J'ai fait cette opération, avec un accoupleur en os décalcifié, chez des chiens qui ont été sacrifiés après plusieurs mois et dont les reins ont été trouvés en parfait état. Je crois que cette opération peut être utilisée, sans aucun danger pour les reins, non seulement chez les sujets atteints d'exstrophie vésicale, mais aussi dans les cas où l'ont veut obtenir un écoulement régulier et permanent de l'urine et où l'on a recours habituellement soit à l'ouverture sus-pubienne soit à l'ouverture périnéale.

Nouvelle méthode de fixation du rein mobile.

M. Biondi (de Sienne). — J'ai employé trois fois le procédé de Lloyd et de Tuffier, pour la fixation du rein, et deux fois celui de Guyon; enfin, dans un cas, j'ai associé les deux méthodes. J'ai suivi les malades et j'ai pu me convaincre que chacun de ces procédés présente des inconvénients et ne donne pas toujours une guérison durable. Aussi, dans mes 13 dernières fixations du rein, j'ai renoncé à toute suture et à toute suspension par des fils. Après avoir mis à nu l'organe en enlevant les capsules adipeuse et fibreuse et l'avoir redressé, s'il est en antéflexion, je le repousse dans sa loge, où je le fixe par le tamponnement avec une longue bande de gaze, qui doit remplir tout l'espace au devant du pôle inférieur et au-dessous du rein; dans ce but, il faut tasser la bande d'abord au devant du rein, puis en dedans et au-dessous du pôle inférieur de la

glande, en ayant soin de la disposer en zigzag, c'est-à-dire alternativement de dehors en dedans et vice-versa, de façon à pouvoir l'enlever facilement lorsque le moment est venu, c'est-à-dire après sept à huit jours.

Ce procédé est remarquablement simple et rapide, et la guérison est obtenue au bout d'une vingtaine de jours. Le rein décapsulé se trouve solidement fixé, grâce à la formation très active d'un tissu de granulation.

Dans des expériences sur des chiens, j'ai pu constater que le rein décortiqué était fortement uni aux tissus voisins et présentait à sa surface une capsule fibreuse de nouvelle formation qui n'envoyait aucun prolongement cicatriciel dans le parenchyme et pouvait être détachée sans rien enlever de la substance corticale. Je me suis assuré également que les reins ainsi traités avaient conservé le même poids et ne présentaient aucune altération notable.

De la transplantation des tendons dans le traitement des paralysies.

M. Vulpius (d'Heidelberg). — Dans les transplantations de tendons destinées à remédier à des paralysies, j'emploie la méthode que j'ai appelée *descendante*, et dans laquelle je mets le bout périphérique du tendon sectionné en connexion avec des muscles sains, sans leur faire subir la moindre lésion.

Les indications principales de la transplantation tendineuse sont fournies par les lésions traumatiques des muscles, des tendons et des nerfs et par les paralysies spinales, principalement par la paralysie spinale infantile. Dans le cas de paralysie partielle, la transplantation tendineuse est nettement indiquée; dans la paralysie totale, il faut choisir entre cette opération et l'arthrodèse. La transplantation des tendons nous a montré que la paralysie totale est en réalité plus rare qu'on ne le croit.

En ce qui concerne les résultats de l'intervention, le succès doit être instantané, en ce sens que, à la fin de l'opération, on doit avoir obtenu une position normale de l'articulation. Les 160 opérations que j'ai pratiquées m'ont montré que cette amélioration de la position est permanente et qu'elle est suivie d'un retour plus ou moins complet de la motilité. Le traitement postopératoire a, d'ailleurs, une grande influence sur le résultat définitif, qui sera d'autant plus brillant que le terrain de la paralysie sera moins étendu. Le succès dépend aussi de la localisation de la paralysie, la cuisse étant moins favorable que la jambe à l'application de cette méthode.

Opération d'un pied bot varus équin congénital chez un homme de trente-quatre ans.

M. Ziembicki (de Lemberg). — J'ai eu, il y a deux ans, l'occasion d'opérer un pied bot varus équin congénital chez un homme de trente-quatre ans. Je me trouvai en présence de lésions tellement avancées, compliquées par l'état d'infection chronique des téguments, que j'hésitai un peu à intervenir; mais je dus céder devant les instances du malade. Je pratiquai sur chaque pied, à un an d'intervalle, l'ablation du scaphoïde, du cuboïde, de la tête de l'astragale et de l'apophyse calcanéenne, complétant l'incision de Phelps faite aussi profondément que possible. La réduction de la difformité s'est faite entièrement, et la forme définitive du pied est tout à fait satisfaisante, comme vous pouvez en juger d'après les moulages que je vous présente.

Dans les opérations de ce genre, je crois qu'il y a avantage à ne pas suturer complètement, mais à tamponner simplement la plaie opératoire.

Ligature de l'aorte abdominale avec survie de quarante-huit jours.

M. Keen (de Philadelphie). — J'ai pratiqué il y a quelques mois, chez un homme de cinquante-deux ans, une ligature de l'aorte abdominale au-dessous du diaphragme, pour un anévrysme siégeant au-dessus de l'ombilic; je ne sais si ma ligature a été placée au-dessus ou au-dessous du tronc cœliaque, mais elle était certainement supérieure à la naissance des artères rénales. Les battements de l'artère fémorale cessèrent après la ligature, pour reparaître cinq à six heures plus tard. Le malade guérit de l'intervention et put quitter son lit, mais, au bout d'un mois et demi environ, il succomba à une hémorrhagie secondaire. Sur 13 cas, y compris le mien, la ligature de l'aorte a été suivie de mort rapide dans 10 cas; 2 opérés ont vécu dix et trente-neuf jours; le mien a eu une survie de quarante-huit jours. Je crois que, dans le traitement des anévrysmes de l'aorte abdominale, il faut renoncer à la ligature et se contenter de la compression, que j'ai cherché à réaliser à l'aide d'un appareil spécial.

De l'opération inter-iléo-abdominale.

M. Nanu. — L'opération inter-iléo-abdominale a été pratiquée seulement 8 fois jusqu'ici, avec 5 morts et 3 guérisons, pour des néoplasmes, des traumatismes graves ou des coxalgies anciennes.

Il y a un mois, j'ai fait cette opération pour un myxosarcome de l'os coxal gauche, chez un homme âgé de cinquante ans. J'ai exprimé d'abord le membre de son contenu sanguin par la bande élastique. J'ai fait ensuite la ligature des vaisseaux iliaques primitifs; pour cela, j'ai mené, de l'épine du pubis à l'épine iliaque postéro-supérieure, une incision qui a limité la base du lambeau. Après avoir décollé le péritoine, écarté l'uretère et lié les vaisseaux, j'ai circonscrit le lambeau en faisant d'abord une incision circulaire dans le tiers supérieur de la cuisse, et en sectionnant ensuite les muscles suivant deux lignes qui se réunissaient en bas sur la partie antérieure de l'incision circulaire et divergeaient en haut pour se terminer au niveau des extrémités de la première incision. J'ai ensuite pratiqué la désarticulation de l'os coxal sans entrer dans la cavité péritonéale et sans intéresser aucun des organes du pelvis ou de l'abdomen. Le malade est en voie de guérison.

Traitement des plaies infectées.

M. O. Bloch (de Copenhague), *rapporteur*. — Au point de vue pratique, toute plaie accidentelle, sans aucune exception, doit être considérée comme infectée. Pour traiter les plaies d'une façon efficace, il faut chercher à détruire les microbes et éviter la rétention des sécrétions, ou, en d'autres termes, il faut réaliser l'*antisepsie* et le *drainage*.

D'après mon expérience personnelle, l'*acide phénique* est l'agent qui remplit le mieux la première de ces indications. En outre, le pansement que l'on applique doit être rigoureusement stérilisé et même antiseptique, au moins en partie; il doit aussi être hydrophile, c'est-à-dire absorbant, de façon à dessécher la plaie et à empêcher les sécrétions d'entrer en relation directe avec l'air environnant et les germes extérieurs; enfin, il faut qu'il soit capable de filtrer l'air qui communique avec la plaie, empêchant ainsi le passage des microbes. On atteindra ce triple but en employant la gaze stérilisée imprégnée d'eau phéniquée et le coton hydrophile.

D'une façon générale, je ne me fie guère, à très peu d'exceptions près, aux antiseptiques internes et aux médicaments dits *fébrifuges;* quant aux sérums thérapeutiques, au sérum antistreptococcique en particulier, il est sage d'attendre, pour se prononcer sur leur valeur, qu'une plus longue expérience en ait été faite et qu'on soit mieux fixé sur leurs propriétés.

M. Lejars (de Paris), *co-rapporteur*, donne lecture de son rapport que nous avons publié récemment (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 259.)

M. Maylard (de Glasgow). — Je ne saurais trop insister, au sujet du traitement des plaies infectées, sur la valeur des applications d'acide phénique pur à la surface de toutes les parties infectées. J'ai observé notamment plusieurs cas de gangrène traumatique dont l'évolution a été immédiatement arrêtée par cette méthode. L'application d'acide phénique ne nécessite pas l'anesthésie; elle doit être faite avec prodigalité et répétée au bout de vingt-quatre heures lorsque les symptômes inflammatoires n'ont pas disparu. Ce traitement des plaies infectées est essentiellement actif au point de vue bactéricide et n'a pas d'influence fâcheuse sur les tissus.

Péricardotomie.

M. Voïnitch-Sianojentzky (de Saint-Pétersbourg). — La péricardotomie par une seule incision longitudinale à travers l'insertion thoracique du grand droit de l'abdomen est une opération tout à fait simple et facile. Cette incision, qui correspond exactement à l'axe anatomique du médiastin antérieur, donne la possibilité de pénétrer dans le péricarde sans intéresser la plèvre. Ce procédé doit être préféré à tous les autres pour les cas de petits épanchements péricardiques, ou lorsqu'il est impossible de diagnostiquer le volume de l'épanchement.

L'incision longitudinale peut être agrandie vers le bas jusqu'au fond du péricarde, dès que celui-ci a été mis à découvert; de cette façon, on obtient un drainage excellent, quelle que soit la disposition du fond de la cavité péricardique.

Iléo-typhlite hypertrophique.

M. Schwartz. — J'ai opéré une jeune femme de vingt-sept ans qui présentait une tumeur de la fosse iliaque droite, ayant débuté dix-huit mois auparavant sans crises douloureuses très violentes ni phénomènes d'obstruction intestinale. Je pensai à un néoplasme du cæcum, peut-être à une tuberculose. La laparotomie me permit d'enlever une tumeur iléo-cæcale de la grosseur du poing, très adhérente à la fosse iliaque. Après résection de l'anse iléo-cæcale, je fis une anastomose latéro-latérale entre l'intestin grêle et le côlon ascendant. L'examen de la tumeur, pratiqué par M. Cornil, montra qu'il s'agissait simplement d'une iléo-typhlite avec hypertrophie considérable de la tunique musculeuse de l'intestin qui, en certains points, ne mesurait pas moins de 2 centimètres à 2 centimètres et demi d'épaisseur.

Traitement de la péritonite tuberculeuse.

M. Galvanis (d'Athènes). — Je désire attirer votre attention sur l'efficacité de la laparotomie répétée à des intervalles plus ou moins longs, dans le traitement de la tuberculose péritonéale chronique.

Dans ces dernières années, j'ai opéré 134 péritonites tuberculeuses, qui pour la plupart ont guéri. Mais à côté des cas cédant à une première opération, il est des malades chez lesquels la péritonite continue à évoluer. Il ne faut pas hésiter à pratiquer une deuxième laparotomie, sans trop attendre, dès qu'on a constaté la continuation du processus péritonitique; c'est ce que j'ai dû faire chez une vingtaine de patients. Dans quelques cas, une troisième, une quatrième et même une cinquième laparotomie ont été nécessaires.

M. Psaltoff (de Smyrne). — J'ai traité par la laparotomie 40 cas de péritonite tuberculeuse.

Sur une première série de 24 malades, 12, que nous avons pu suivre deux, trois et quatre ans après l'opération, jouissent d'une santé parfaite et ne présentent aucun signe de leur ancienne affection. Une fois seulement, j'ai dû intervenir chez un petit enfant pour une récidive survenue deux mois et demi après la laparotomie. 3 malades de cette série ont succombé; les 9 autres n'ont pas été revus.

Une autre série de 15 opérations a donné 4 morts et 11 améliorations sensibles, dont nous avons pu vérifier la persistance chez 2 malades.

Enfin, dans le quarantième cas, il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse simulant une occlusion intestinale; la laparotomie pratiquée d'urgence a été suivie d'une guérison complète.

De la transplantation des intestins.

M. E. Ullmann. — J'ai fait un certain nombre d'expériences de transplantation sur l'intestin du porc, qui a la plus grande ressemblance avec celui de l'homme. La plupart des animaux mis en expérience ont très bien supporté ces transplantations; je les ai sacrifiés de quinze jours à quatre mois après l'opération et j'ai pu constater dans tous les cas l'existence d'une cicatrice solide. J'ai, dans ces expériences, employé deux rangs de suture, le premier comprenant les tuniques musculeuse et séreuse, le deuxième la séreuse seulement.

M. Delagénière (du Mans) présente un malade guéri d'une exstrophie de la vessie par l'opération de Trendelenburg.

M. Rogues de Fursac (de Paris) relate un fait de pseudarthrose de l'humérus avec paralysie radiale, pour lequel il a fait la suture de l'humérus et une greffe du radial sur le médian.

M. Nanu communique, au nom de M. Carnabell (de Bucharest), une observation de *plaie du cœur traitée par la suture.*

Dr Maurice Cazin,
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

(*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital de la Croix-Rousse (de Lyon). — M. F. Leclerc.

De l'asphyxie locale des extrémités dans les états pathologiques bulbo-protubérantiels.

Il n'est douteux pour personne que l'asphyxie locale des extrémités, survenant chez des sujets jeunes, non artérioscléreux, est une affection d'origine nerveuse, que l'on doit rapporter le plus ordinairement à l'hystérie féminine. Il n'en est cependant pas toujours ainsi, et j'espère vous démontrer, par l'histoire d'un malade que j'observe depuis plusieurs années et par la discussion dont ce cas sera le point de départ, que c'est quelquefois un état pathologique de la région bulbo-protubérantielle qu'il y a lieu d'incriminer dans la pathogénie de la maladie de Raynaud.

Il s'agit d'un homme encore jeune — il a actuellement trente-cinq ans —, fils d'une mère nerveuse atteinte de tremblement intermittent. Un frère du malade a succombé adolescent à une encéphalopathie chronique dont il m'a été impossible de préciser la nature. Lui-même a eu autrefois des maux de tête qui ont été qualifiés de céphalées nerveuses. Il n'est pas syphilitique et n'abuse ni de l'alcool ni du tabac. Depuis longtemps, il présente les symptômes suivants : presque tous les jours, mais avec des paroxysmes survenant tantôt sans motif apparent, tantôt sous l'influence de causes morales — voire même de la simple pensée obsédante qu'il va être fatigué —, il est saisi par ce qu'il appelle « ses spasmes » : c'est un état vertigineux avec sensation de dérobement des jambes et angoisse indicible. Il lui semble qu'il ne pourra pas faire un pas, qu'il va s'effondrer. Il y a bien un certain degré d'agoraphobie, car les accidents se produisent le plus souvent et ont leur maximum d'intensité quand le malade est hors de chez lui. Ces crises durent tantôt quelques minutes, tantôt plusieurs heures. Elles s'accompagnent fréquemment d'une série d'éructations dont le nombre atteint plusieurs centaines; c'est une véritable explosion de renvois, d'ailleurs parfaitement insipides et indépendants de tout état dyspeptique, les fonctions digestives étant absolument normales. Ainsi donc : *vertige* avec sensation d'effondrement, *anxiété* terrifiante, *éructations* en salves, tels sont les composants habituels du syndrome nerveux en question.

Episodiquement sont survenues des crises d'*asphyxie locale des extrémités* dont une a été remarquable par sa généralisation à la face et par l'apparition simultanée et éphémère de *glycosurie*. C'était en juin 1899. Mon malade, qui était à son magasin, fut pris de ses malaises habituels. Il put en se forçant aller jusqu'au tramway qui, d'ailleurs, passe à sa porte, et rentrer dans son appartement où il me fit appeler. Là, je le trouvai assis dans un fauteuil, la face cyanosée comme dans l'anesthésie par le protoxyde d'azote, en proie à une anxiété considérable qui rendait sa respiration courte et sa parole brève. Les seules régions exposées et visibles de son tégument, c'est-à-dire les mains et la face, présentaient une teinte cyanique et livide extrêmement prononcée. Le spectacle était terrifiant pour l'entourage, et moi-même quoique sachant le malade parfaitement indemne de toute maladie organique et bien qu'une rapide enquête m'eût appris qu'il n'avait absorbé aucun médicament cyanosant (acétanilide ou autre), je ne pus m'empêcher de partager un instant *in petto* la terreur ambiante. Je fus vite rassuré par l'état du pouls, fort et régulier, et par l'inspection des autres parties du tégument qui, le malade dépouillé de ses vêtements, ne présentait qu'un peu de cyanose aux pieds, beaucoup moins prononcée qu'aux mains et aux diverses régions de la face (nez, pommettes, oreilles et langue). Dès que j'eus fait le diagnostic de *maladie de Raynaud avec participation de la face*, je fus tranquille et pus rassurer la famille. Il était cinq heures de l'après-midi ; le lendemain matin, tout avait disparu. Le surlendemain, une nouvelle crise d'asphyxie locale, plus courte que la première, se produisit; d'autres accès, limités aux mains et toujours très fugaces, sont survenus depuis cette époque. Je me fis apporter des urines émises pendant le grand accès, celui auquel participa la face. Elles ne renfermaient pas d'albumine, mais donnaient avec la liqueur de Fehling la réaction non douteuse du sucre. Cette glycosurie fut éphémère. Elle n'avait jamais été constatée chez le malade qui, fort préoccupé de son état de santé, faisait pratiquer de fréquents examens de son urine. Elle manqua, d'ailleurs, à l'occasion d'un autre accès d'asphyxie locale qui, il est vrai, fut très court et n'atteignit que les mains.

Indépendamment du traitement moral que j'infuse *larga manu* à mon névropathe, je lui ai prescrit des douches froides qui l'ont amélioré et du bromure de strontium qui, à son dire, a accentué l'amélioration commencée par l'hydrothérapie.

Je me crois autorisé, dans le cas particulier, à porter le diagnostic de *syndrome bulbo-protubérantiel* par simple trouble fonctionnel, circulatoire probablement. On peut m'objecter que mon malade n'est qu'un vulgaire hystérique. Mais je ferai observer qu'il ne présente aucun des signes habituels de l'hystérie, en particulier pas de troubles de la sensibilité cutanée, pas de crises convulsives, pas de rétrécissement du champ visuel, qu'il est parfaitement équilibré au point de vue mental. En tout cas, pour un partisan de la théorie ubiquitaire de la grande névrose, cette observation devrait être qualifiée d'hystérie à symptômes exclusivement bulbaires.

En effet, que sont au point de vue pathogénique les éléments du complexus morbide que je viens de décrire, à savoir le vertige, l'anxiété et les éructations, pour la symptomatologie courante, puis, épisodiquement, pour les grandes circonstances, l'asphyxie locale des extrémités accompagnée de glycosurie? L'origine bulbo-protubérantielle du vertige, dans l'espèce, n'est pas douteuse, puisqu'on peut écarter toute cause gastrique ou toxique et toute excitation périphérique du nerf vestibulaire. Force est donc d'admettre une excitation centrale et exclusivement bulbo-protubérantielle, car, en dehors du vertige, il n'y a dans le syndrome en question aucun symptôme cérébelleux.

L'anxiété est une manifestation éminemment bulbaire, d'après Brissaud (1), et son centre est le même que celui du vertige, ou tout au moins en est très voisin.

Les spasmes de l'estomac ou de l'œsophage qui donnent lieu aux éructations ne sont-ils pas le fait d'une excitation des noyaux gris ventriculaires des neuvième et dixième paires?

Quant aux deux autres symptômes, l'asphyxie locale des extrémités et la glycosurie concomitante, j'espère pouvoir vous en démontrer l'origine également bulbaire; mais, tout d'abord, il importe de trancher deux questions préalables : s'agit-il réellement ici d'une glycosurie symptomatique, ou bien sommes-nous en présence d'un diabète à la première période, celle de la glycosurie intermittente? Ne peut-on pas, dans l'espèce, considérer la glycosurie comme une conséquence directe de l'état asphyxique, puisqu'elle ne s'est produite jusqu'à présent que pendant une crise d'asphyxie locale ?

A la première question, je répondrai qu'il s'agit bien d'une glycosurie accidentelle, de circonstance, et non pas d'un diabète sucré vrai. En effet, l'existence de cette dernière maladie a contre elle, dans le cas particulier, l'absence de glycosurie antérieure, de polyurie et de polydipsie, et la disparition définitive et spontanée du sucre depuis plus d'une année. Ce n'est pas à dire que diabète et asphyxie locale des extrémités ne puissent pas coexister chez le même sujet. Raynaud (1) lui-même rapporte un cas de gangrène symétrique des extrémités survenu chez un diabétique. Il existe sans doute d'autres faits analogues, et l'on conçoit fort bien qu'il puisse y avoir ou simple coïncidence ou encore association de deux états morbides relevant d'une même cause générale, le neuro-arthritisme. Mais, dans l'une et l'autre hypothèse les deux processus sont indépendants quant à leur évolution, et chacun d'eux se comporte comme s'il était isolé. Tout autre est le cas de notre malade, chez lequel la glycosurie relève de la même perturbation nerveuse que l'asphyxie locale, le vertige et les autres symptômes bulbaires.

Quant à la seconde objection — qui consisterait à faire de la glycosurie une conséquence directe de l'état asphyxique du sang —, il me paraît facile de la réfuter. Sans doute, Dastre (2) a démontré que l'asphyxie *rapide* produit chez l'animal de la glycosurie passagère. Mais, outre que les conditions cliniques qui président à l'asphyxie locale des extrémités ne ressemblent en rien aux conditions expérimentales dans lesquelles s'est placé ce physiologiste, il est bien évident que la glycosurie serait signalée depuis longtemps dans un très grand nombre d'observations de maladie de Raynaud si elle n'était qu'une conséquence de l'asphyxie. Or, nous savons pertinemment qu'il n'en est rien.

Nous voilà donc amenés à admettre une pathogénie commune pour l'asphyxie locale des extrémités et pour la glycosurie, et une pathogénie semblable à celle que nous invoquons pour expliquer les vertiges, les angoisses et les éructations; c'est-à-dire, en dernière analyse, une action bulbaire. En faveur de cette pathogénie commune militent des arguments anatomo-physiologiques et expérimentaux, et des arguments cliniques.

Examinons d'abord les premiers. M. Raynaud (3), le créateur du syndrome que nous étudions, le définit ainsi : « Cette maladie est une névrose caractérisée par l'énorme exagération du pouvoir excito-moteur des portions grises de la moelle qui tiennent sous leur dépendance l'innervation vasomotrice. » Si l'on complète cette définition en attribuant cette action excitomotrice non seulement à la moelle, mais encore et probablement surtout à la région bulbo-protubérantielle, je ne sache pas que l'on puisse, dans l'état actuel de la science, donner une meilleure description de l'asphyxie locale des extrémités, j'entends celle des jeunes sujets non artérioscléreux chez lesquels le *spasme* seul peut expliquer le resserrement des artérioles au niveau des parties qui sont le siège de la syncope locale; et ce resserrement pendant la crise n'est point une simple vue de l'esprit : il a été constaté *de visu* sur les artères rétiniennes de deux des malades de Raynaud, par Raynaud lui-même et par Galezowski et Panas (4).

En complétant ainsi la définition de M. Raynaud, et en faisant plus large la part des centres vasomoteurs bulbo-protubérantiels, nous restons d'accord avec la majorité des physiologistes modernes qui, tout en accordant à la moelle un rôle secondaire dans la production des phénomènes vasomoteurs, attribuent le rôle principal à la région du quatrième ventricule (5).

(1) Brissaud. Leçons sur les maladies nerveuses (2e série, hôpital Saint-Antoine). Paris, 1899, p. 348.

(1) M. Raynaud. Art. « Gangrène symétrique des extrémités », *in* Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, p. 650.

(2) Dastre. Glycémie asphyxique. (*Thèse de Paris*, 1879.)

(3) M. Raynaud. (*Arch. gén. de méd.*, 1874.)

(4) M. Raynaud. (*Loc. cit.*)
Voir aussi, à ce sujet : Eparvier. Contribution à l'étude de l'asphyxie locale des extrémités. (*Thèse de Lyon*, 1884, obs. IV.)

(5) Wertheimer. Art. « Bulbe », *in* Dictionnaire de physiologie. Paris, 1899.

Il est donc hors de conteste que, d'une part, le spasme artériel est la condition anatomique qui produit la crise d'asphyxie locale des extrémités chez les sujets jeunes et que, d'autre part, cet état spasmodique est sous la dépendance d'une excitation anormale des centres nerveux vasoconstricteurs, c'est-à-dire, d'une façon prépondérante, de certains noyaux gris de la région bulbo-protubérantielle.

Or, depuis la célèbre expérience de Claude Bernard, on sait que la piqûre du quatrième ventricule engendre de la glycosurie et même de l'albuminurie et de la polyurie. Ce même physiologiste ainsi que Laffont ont vu que cette excitation glycogénétique produit, en même temps que de la glycogénie, de la vasodilatation dans le foie. Car si Morat et Dufourt (1) ont prouvé que la glycogénie expérimentale s'opère dans le foie grâce à des filets centrifuges spéciaux glycosécrétoires contenus dans les nerfs splanchniques et indépendants de toute action vasculaire, il n'en est pas moins vrai que cette action vasculaire intervient, au moins dans les expériences qui consistent à piquer le plancher du quatrième ventricule, et qu'elle est vasodilatatrice.

Donc, la piqûre expérimentale des centres glycogénétiques engendre simultanément de la glycosurie et des effets vasomoteurs dans le foie. Ces derniers, il est vrai, sont vasodilatateurs, et non vasoconstricteurs comme ceux qui président dans les membres à la production de la syncope locale des extrémités. Mais que l'on veuille bien prendre en considération l'observation de MM. Dastre et Morat (2) qui, en étudiant l'action excitante du sang asphyxique sur les centres vasomoteurs, ont vu les vaisseaux de la peau se dilater tandis que ceux des viscères se resserraient. Ce même antagonisme entre la circulation viscérale et la circulation périphérique a été constaté sous l'influence des injections intraveineuses de nicotine, de strychnine, etc., etc., par Wertheimer et ses élèves et par François-Franck (3). Donc, sous l'influence d'une seule et unique excitation des centres nerveux vasomoteurs, on peut observer des effets vasculaires *opposés*. On conçoit ainsi que la mise en action de certaines cellules bulbo-protubérantielles vasomotrices puisse engendrer des réactions opposées, c'est-à-dire vasoconstrictives dans tel département artériel et vasodilatatrices dans tel autre. On sait, d'autre part, que ces mêmes cellules ou des cellules très voisines sont glycogénétiques. Les données physiologiques et expérimentales qui précèdent ne nous autorisent-elles pas à admettre qu'une excitation portant sur les centres glycogénétiques et vasomoteurs du quatrième ventricule peut donner lieu à la fois à de la glycosurie et à des effets vasomoteurs agissant *en sens inverse* dans la circulation profonde (hépatique en particulier), d'une part, et dans la circulation périphérique des extrémités (mains, pieds, visage), d'autre part? Ce n'est là qu'une hypothèse, mais cette hypothèse s'appuie sur des observations physiologiques et expérimentales incontestables. Si vous m'accordez les prémisses précédentes, vous conclurez avec moi que l'asphyxie locale des extrémités accompagnée de glycosurie se conçoit physiologiquement parlant, et qu'elle peut être mise, au même titre que d'autres symptômes nerveux (vertige, angoisse), sur le compte d'un trouble fonctionnel des centres nerveux bulbo-protubérantiels.

Enfin, je vous l'avais annoncé, la clinique va nous fournir, à son tour, des arguments en faveur de cette manière de voir. En effet, l'asphyxie locale des extrémités et la glycosurie nerveuse accompagnent parfois certains états nerveux connus et classés (névroses ou affections organiques) dans lesquels la région du plancher ventriculaire et ses centres vasomoteurs sont plus ou moins directement intéressés.

(1) Morat et Dufourt. Les nerfs glycosécréteurs. (*Compt.-rendus de l'Acad. des sciences*, 19 mars 1894, et *Semaine Médicale*, 1894, p. 131.)

(2) Dastre et Morat. (*Arch. de physiol.*, 1884.)

(3) François-Franck, *in* Traité de pathologie générale de Bouchard. T. III, 2e partie, p. 180.

Je n'insisterai pas sur l'association de l'asphyxie locale avec l'*épilepsie* (Féré et Eparvier) ou avec l'*hystérie* (Eparvier), car dans ces cas l'intervention des centres bulbo-protubérantiels peut être contestée. Cependant, elle ne me paraît pas douteuse dans certains faits d'Eparvier (1), où il s'agit de maladie de Raynaud chez des hystériques présentant en même temps des vomissements nerveux; une de ces malades (obs. X) était même atteinte de toux nerveuse et de troubles vasomoteurs.

Voici un autre état morbide dont personne ne conteste l'origine bulbaire : c'est la *polyurie essentielle*. Or, M. Raynaud (2) cite le cas d'un jeune homme de vingt-deux ans, qui avait de l'asphyxie locale par accès en même temps que de la polyurie essentielle. Il absorbait chaque jour de 4 à 5 litres de liquide et rendait une quantité d'urine à peu près égale, sans aucune trace de sucre.

La mise en jeu des noyaux gris vasomoteurs et albumino-sécréteurs du quatrième ventricule n'apparaît-elle pas chez la malade de M. le professeur Renaut (3), qui, à la suite d'une frayeur occasionnée par un tamponnement de chemin de fer, sans qu'elle eut d'ailleurs reçu la moindre contusion, fit une asphyxie locale des extrémités avec de l'*hématurie* d'abord, puis de l'*albuminurie?*

Voilà donc quelques faits où la maladie de Raynaud participe à des troubles nerveux d'origine bulbo-protubérantielle. Mais nous connaissons aussi la glycosurie qui apparaît parfois dans des circonstances analogues. Telle est, par exemple, la glycosurie qui accompagne les *tumeurs* ou autres productions pathologiques intéressant le plancher du quatrième ventricule (4). Telle est encore la glycosurie qu'on rencontre quelquefois dans le *tabes* et sur laquelle Oppenheim a appelé l'attention; elle se produit sous l'influence des lésions tabétiques du plancher ventriculaire, et doit être soigneusement distinguée du diabète sucré coïncidant parfois avec l'ataxie locomotrice et évoluant pour son propre compte.

Ballet a vu, de son côté, la glycosurie survenir épisodiquement dans le cours du *goitre exophtalmique.*

Jusque-là, dans les différents syndromes bulbo-protubérantiels précités, nous avons rencontré soit la glycosurie, soit l'asphyxie locale des extrémités, mais non l'une et l'autre. Seule, l'observation qui fait l'objet de cette leçon présentait réunis les deux symptômes. En voici une autre où maladie de Raynaud et glycosurie ont aussi évolué simultanément chez le même malade. La relation en est empruntée aux Mémoires et Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux de 1873; elle a trait à un malade chez lequel Hameau et Gintrac diagnostiquèrent une maladie de Raynaud sous forme de gangrène symétrique des extrémités. Il s'agissait d'un jeune Irlandais âgé de seize ans, nerveux et abusant de l'alcool, qui, pendant plusieurs semaines, présenta une succession de plaques de sphacèle sur les avant-bras et le dos des mains. Chose curieuse, au moment de l'apparition des plaques gangreneuses survenait une glycosurie qui cessait pendant la période d'élimination des eschares. « Cependant, disent les auteurs, le malade n'a pas le diabète dans le sens nosologique du mot. Diabète intermittent : tel est le terme qu'on doit appliquer à ce cas. » Celui de glycosurie nerveuse me semble préférable. En tout cas, il est difficile de ne pas être frappé de l'analogie qui existe entre ce fait et le nôtre. Il existe donc quelques observations dans lesquelles l'asphyxie locale des extrémités témoigne d'un état morbide bulbo-protubérantiel au même titre que la glycosurie, quoique plus rarement que cette dernière, au moins dans les cas connus jusqu'à présent.

(1) Eparvier. (*Loc. cit.*, obs. X et XVIII.)

(2) M. Raynaud. (*Loc. cit.*)

(3) Renaut. (*Lyon méd.*, 11 février 1900.)

(4) Levrat-Perrotton. Sur un cas de glycosurie déterminée par une tumeur renfermée dans le quatrième ventricule. (*Thèse de Paris*, 1859.)

Levy. Diabète sucré dans ses rapports avec les lésions nerveuses spontanées. (*Thèse de Paris*, 1892.)

En résumé, l'asphyxie locale des extrémités des jeunes sujets, affection éminemment nerveuse, s'observe le plus souvent soit comme trouble nerveux isolé, soit comme accident de l'hystérie féminine. Mais dans certaines circonstances on peut la voir, hors de son milieu habituel, associée à d'autres symptômes qui ont tous un air de famille. C'est ainsi qu'elle accompagne des désordres nerveux qui ont nettement leur origine dans les centres vasomoteurs du bulbe et dans d'autres centres voisins échelonnés sur le plancher ventriculaire. Comme telle, elle entre dans la composition de quelques syndromes bulbo-protubérantiels, au même titre que la glycosurie qui, en pareil cas, peut coexister avec elle.

TREIZIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DES

SCIENCES MÉDICALES

Tenu à Paris du 2 au 9 août 1900.

(Suite. — Voir nos cinq précédents numéros.)

SECTION DE PATHOLOGIE INTERNE

Sur la forme arythmique et tachy-arythmique de la cardiosclérose.

M. Huchard. — Parmi les variétés si nombreuses de cardiopathies artérielles, la forme tachy-arythmique est une des plus fréquentes. C'est une arythmie vulgaire, à début souvent brusque, parfois progressif et insidieux. L'arythmie peut persister pendant douze et quinze ans sans donner naissance à des troubles graves de la santé jusqu'à ce qu'un jour, à la suite de surmenage par exemple, éclatent des accidents dont l'anatomie pathologique ne donne pas la clef, mais dont la clinique montre l'importance. Dans ces cas, il est en effet essentiel d'instituer un traitement et un régime appropriés. Il faut surtout connaître l'impuissance complète de la digitale contre cette boiterie du cœur ; précisément à cause de cette inefficacité de la digitale, on n'est que trop porté à abuser de ce médicament; alors les troubles s'aggravent et l'arythmie rythmée fait son apparition, premier indice d'une saturation digitalique de l'organisme.

M. Pierre Merklen. — Je suis d'accord avec M. Huchard pour distinguer l'arythmie intermittente et l'arythmie permanente. Je ne m'occuperai ici que de cette dernière.

Elle se rapproche de l'asystolie par bien des caractères, mais elle en diffère au point de vue de l'action de la digitale : l'asystolie cède, l'arythmie ne cède pas. Cette dernière peut d'ailleurs exister pendant des années sans donner d'accidents. Elle n'est pas la cause de l'insuffisance du cœur, mais arythmie et insuffisance sont sous la dépendance d'une même lésion initiale.

L'arythmie n'existe pas dans tous les cas de myocardite. Il est légitime de penser que ceux dans lesquels on la constate doivent avoir quelque chose de spécial. Il est évident que si l'on arrivait à prouver que les lésions des myocardites sont dans l'arythmie particulièrement prononcées au niveau des oreillettes et du sillon auriculo-ventriculaire, c'est-à-dire là où se trouvent les ganglions cardiaques, on serait autorisé à admettre que c'est de l'altération de ces ganglions que relève l'affection. Or, j'ai recueilli avec M. Rabé cinq observations qui me font penser à l'origine auriculaire et auriculo-ventriculaire supérieure de l'arythmie. Ces lésions seraient suffisantes pour produire l'arythmie et non l'asystolie.

Au point de vue du pronostic, l'arythmie n'ajoute rien à la gravité de la cardiosclérose; elle ne constitue pas en elle-même un danger pour la vie.

Au point de vue thérapeutique, deux de mes malades, qui n'avaient retiré aucun bénéfice du traitement digitalique, se remirent remarquablement à la suite de l'usage prolongé de la teinture de strophantus à la dose de 3 gouttes par jour.

M. Huchard. — Je partage l'opinion de M. Merklen en ce qui concerne la pathogénie des arythmies, mais je ne suis pas encore tout à fait convaincu de l'origine auriculo-ventriculaire de ces troubles cardiaques. Je puis cependant à cet égard citer une observation personnelle, unique jusqu'ici : chez un sujet artérioscléreux atteint d'arythmie et ayant succombé à l'asystolie, on trouva à l'autopsie une sclérose avancée de l'oreillette gauche, peu prononcée à droite.

M. Pierre Merklen. — Pour que la sclérose de l'oreillette produise de l'arythmie, il faut qu'elle soit diffuse et très prononcée avec destruction des fibres musculaires.

Il est possible que, dans le rétrécissement mitral, l'arythmie soit en rapport avec un excès de tension de l'oreillette gauche. J'ai vérifié le fait au point de vue clinique chez une femme atteinte de rétrécissement mitral avec insuffisance tricuspidienne, chez laquelle je vis disparaître l'insuffisance tricuspidienne par l'administration de petites doses de digitale; mais en même temps survint une dyspnée extrême avec arythmie, probablement par exagération de la tension auriculaire. D'ailleurs, l'arythmie ainsi réalisée par un excès de tension intracardiaque n'est jamais que passagère.

M. Barié (de Paris). — La teinture de strophantus ne m'a donné que des résultats incertains; ce n'est le plus souvent qu'un médicament infidèle; l'extrait m'a paru bien préférable. C'est dans les cas d'arythmie douloureuse, c'est-à-dire accompagnée de palpitations, que l'on obtient surtout de bons effets de ce médicament.

M. Potain (de Paris). — L'observation de M. Barié est très exacte. Le strophantus soulage la douleur sans modifier le rythme.

M. Ewart (de Londres). — L'arythmie reconnaît une double origine, intra et extracardiaque. Le péricarde peut jouer le rôle de cause extracardiaque, probablement par irritation du pneumogastrique. Mais, dans de nombreux cas, l'arythmie paraît dépendre d'une dilatation de l'estomac qui soulève le diaphragme. Je pense que pour expliquer l'arythmie, si fréquente dans l'artériosclérose, il faut invoquer une cause plus banale que l'altération des ganglions cardiaques.

Sur la dilatation aiguë du cœur dans les fièvres malariques.

M. Fornario (du Caire). — J'ai noté la dilatation du cœur 13 fois sur 55 observations de fièvre paludéenne dont le diagnostic fut établi par l'examen microscopique du sang.

Dans un cas, on put constater pendant les accès de fièvre quarte dont était atteint le malade un agrandissement de la matité du cœur, ainsi qu'une augmentation du volume du foie et de la rate. Les accès duraient de huit à dix heures. Après leur terminaison, les organes reprenaient à peu près leurs dimensions primitives.

Dans les 12 autres faits, concernant pour la plupart des enfants de deux à treize ans atteints de fièvre quotidienne, on nota une augmentation de toutes les cavités du cœur, y compris de l'oreillette gauche. Chez presque tous ces malades, il existait un dédoublement du deuxième bruit à la base, avec un souffle doux à la pointe.

Sur les 55 sujets que j'ai observés, 2 seulement présentaient une lésion organique du cœur. Une fois il s'agissait d'une myocardite, et une fois d'une endocardite ulcéreuse aiguë.

Sur la cardioptose.

M. Rummo (de Palerme). — De même que les viscères, le cœur peut être déplacé du fait de l'allongement de ses moyens de suspension. Il existe donc une véritable cardioptose. Celle-ci ne semble pas présenter de parenté avec les autres ptoses viscérales, la coexistence des deux ordres d'affections étant plutôt rare.

La cardioptose est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Elle se manifeste chez des sujets jeunes ayant généralement présenté dès leur jeune âge de la tachycardie, des palpitations, de l'hypertrophie de croissance. L'athérome n'est pour rien dans sa genèse. Chez les sujets qui présentent la cardioptose, le squelette est généralement faible, le thorax long, les muscles flasques, le pannicule adipeux peu développé, et l'hémoptysie, les varices sont fréquentes. Dans certains cas, le cœur ne dépasse pas une première étape dite de ptose partielle. A un degré plus avancé, la ptose est totale et le cœur semble couché sur le diaphragme. Il glisse d'abord vers le côté gauche; puis survient un déplacement latéral et vertical. Alors la crosse de l'aorte se dilate et les foyers d'auscultation descendent jusqu'au niveau du troisième ou quatrième espace intercostal; le pouls diaphragmatique gauche devient visible et palpable; l'espace semi-lunaire de Traube se rétrécit et souvent le lobe gauche du foie subit un léger mouvement de descente. L'augmentation de volume du cœur est possible, mais peu prononcée. Quand la maladie continue à évoluer, on voit survenir l'asystolie, l'angoisse respiratoire, la dyspnée d'effort, des douleurs précordiales, une sensation de constriction thoracique, de l'angine de poitrine, des palpitations, de la tachycardie ou de la bradycardie, sans compter de fréquentes manifestations neurasthéniques. Très souvent, l'abaissement du bord inférieur du poumon accompagne la ptose cardiaque. Quelquefois on note la coexistence d'un rétrécissement mitral pur.

Le facteur étiologique principal de la cardioptose est une prédisposition congénitale, peut-être héréditaire et familiale, qui atteint le tissu élastique des gros vaisseaux de la base du cœur, d'où insuffisance des moyens de fixité de cet organe.

Pouls veineux des saphènes dans l'insuffisance tricuspidienne.

M. Launois (de Paris) relate un cas de pouls veineux dans les saphènes et dans les veines du membre inférieur au cours de l'insuffisance tricuspidienne, qu'il a eu l'occasion d'étudier avec M. Lœper. Il s'agit d'une femme de quarante et un ans, atteinte de rétrécissement mitral d'origine rhumatismale, qui présenta, à l'occasion d'une fatigue et d'une marche prolongée, des phénomènes d'asystolie avec dilatation du cœur droit et le syndrome habituel de l'insuffisance tricuspidienne (battements des jugulaires et du foie), ainsi que des battements systoliques au niveau des veines du membre inférieur, notamment des saphènes qui étaient le siège de dilatations variqueuses.

Il semble, dit l'orateur, que le phénomène du pouls veineux perçu au niveau des saphènes soit uniquement fonction de la disposition des valvules, en particulier de leur insuffisance, et qu'il n'y ait pas lieu de faire entrer en ligne de compte la diminution de la pression sanguine intraveineuse. La béance du système cave inférieur et l'absence de valvules sur le tronc cave rendent compte de la production du phénomène.

Le pouls des saphènes se distingue des autres oscillations que l'on peut observer au niveau de ces veines en ce qu'il est nettement systolique, ainsi que le prouvent les tracés sphygmographiques recueillis sur la malade dont il s'agit. D'autres battements physiologiques (d'origine respiratoire, par exemple) ou pathologiques (tels que le faux pouls veineux dans l'hypertrophie de l'oreillette, le pouls de Quincke dans l'insuffisance aortique, le pouls négatif de Lanzerini) s'en distinguent facilement en ce qu'ils sont pré ou post-systoliques. Quant aux bruits perçus à l'auscultation et aux frémissements que l'on observe au niveau des veines crurales et saphènes chez les chloro-anémiques, ils ne semblent pas exister dans l'insuffisance tricuspidienne avec pouls veineux périphérique. Dans ce dernier cas, en effet, la palpation fait percevoir l'onde de reflux, mais l'absence des valvules dans les veines variqueuses ne permet pas d'entendre le choc valvulaire expiratoire que Friedreich a le premier signalé en cas d'insuffisance tricuspidienne non accompagnée de varices et dans l'hypertrophie considérable de l'oreillette. Il serait intéressant de rechercher systématiquement le pouls veineux des saphènes chez les variqueux atteints simultanément d'insuffisance tricuspidienne, car il doit être sinon constant, du moins très fréquent. Ces insuffisances à manifestations périphériques sont moins graves que les insuffisances à symptomatologie d'emblée et purement viscérale; grâce aux larges voies de dérivation dans lesquelles peut refluer l'onde sanguine, les viscères abdominaux, et notamment le rein, ne sont, en effet, touchés que d'une façon tardive.

M. Potain. — Il est un fait très remarquable signalé par M. Launois ; c'est l'absence de tout œdème. L'obstacle à la circulation veineuse détermine rarement l'œdème; il semble que l'obstacle veineux ne soit pas la cause de l'œdème, mais qu'il y ait un acte nerveux qui domine la pathogénie de ce symptôme. De plus, il convient de remarquer que, dans les dilatations variqueuses, il n'y a vraisemblablement pas de ralentissement possible du courant veineux. Tout se passerait comme pour un fleuve dont l'eau s'écoulerait à la mer avec une vitesse toujours égale, même au moment du flux.

Absence du reflux hépato-jugulaire dans les péricardites avec épanchement.

M. Rondot (de Bordeaux). — L'accumulation de liquide dans le péricarde s'oppose au refoulement de la colonne sanguine que la compression du foie est susceptible de produire, et qui se traduit le plus souvent dans les affections du myocarde par la distension brusque de l'oreillette droite et des jugulaires. Le phénomène inverse se rencontre dans l'asystolie sans épanchement, où ce reflux peut-être produit quand le foie n'est pas trop sclérosé et se laisse réduire dans une certaine mesure par la pression bimanuelle. Et comme le syndrome asystolie peut appartenir à des épanchements plus ou moins abondants, on comprend l'importance, en pareil cas, de reconnaître s'il existe ou non une forte compression des oreillettes. S'il n'y a pas de liquide, le reflux hépato-jugulaire se dessine nettement et l'on reconnaît l'accumulation de sang dans l'oreillette par l'augmentation de la matité du bord droit du cœur.

En cas d'épanchement, aucun reflux ne se produit, que les veines du cou soient ou non préalablement distendues. Mais ce phénomène peut apparaître en même temps que la résolution de l'épanchement, quand l'oreillette, longtemps comprimée ou frappée de myocardite, a perdu sa force de résistance et ne peut s'opposer à la distension subite que détermine la compression du foie.

Ces deux phases, d'absence initiale et de production consécutive du reflux, sont bien spéciales aux affections du péricarde. Si l'oreillette a conservé ses fonctions, aucun reflux ne se montre au moment de la résorption de l'épanchement.

L'absence du même symptôme peut aider à reconnaître les péricardites postérieures dissimulées par un cœur en large contact avec la région précordiale et dont la matité exagérée s'accompagne d'un choc ondulatoire plus ou moins prononcé. Quand il s'agit alors d'une forte dilatation cardiaque isolée, le reflux se produit facilement, surtout quand cette dilatation n'est que l'expression d'un certain degré d'asystolie.

Dr Francis Munch (de Paris).

SECTION DE NEUROLOGIE

Du tabes avec cécité.

M. P. Marie. — Quand on examine un certain nombre de tabétiques atteints en même temps de cécité, on ne tarde pas à être frappé de la grande différence qui existe entre ces malades : les uns sont maigres, décharnés et présentent tous les signes du tabes arrivé à une période avancée (incoordination motrice, signe de Romberg, troubles trophiques, etc.); les autres sont gros, gras et en apparence très bien portants : on ne trouve chez eux, comme signes du tabes, que quelques douleurs fulgurantes, de légères douleurs vésicales et l'abolition des réflexes rotuliens.

Après avoir examiné comparativement, M. Switalski (de Lemberg) et moi, un assez grand nombre de cas, nous croyons qu'il y a lieu de séparer nettement l'une de l'autre deux formes de tabes avec cécité : 1° le tabes avec atrophie papillaire; 2° l'atrophie papillaire des tabétisants. La première de ces dénominations s'applique aux malades de la première catégorie,

qui sont en réalité des tabétiques classiques, et la seconde, aux sujets du second groupe, chez lesquels l'atrophie de la papille est le phénomène morbide prédominant, sans que pour cela la marche du tabes soit enrayée.

Il nous semble résulter de ces observations que le tabes ne constitue pas une véritable entité morbide et que cette affection est appelée à subir, dans un avenir plus ou moins éloigné, un démembrement analogue à celui qui a déjà été réalisé pour l'atrophie musculaire progressive.

M. Babinski. — Le rapprochement que M. Marie vient de faire entre l'atrophie musculaire et le tabes ne me paraît pas exact. En effet, l'atrophie musculaire, qui peut être sous la dépendance de la sclérose latérale amyotrophique, de la syringomyélie, de la lèpre, de la syphilis, etc., appartient bien à des espèces morbides différentes; mais rien de pareil n'existe pour le tabes, qui semble dépendre toujours de la syphilis; c'est là, du moins, mon opinion, et aussi, si je ne me trompe, celle de M. Marie. Je ne crois donc pas que le tabes soit appelé à être dissocié en plusieurs espèces, mais, ce qui est exact, c'est qu'il existe des variétés, des formes nombreuses de cette maladie.

Si, sur cette première question, je me trouve en désaccord avec M. Marie, je suis porté comme lui à écarter l'idée émise par M. Benedikt et acceptée par beaucoup de médecins, entre autres par M. Dejerine, suivant laquelle la sclérose du nerf optique arrêterait l'évolution du tabes. J'ai observé, il est vrai, ainsi que mes collègues, beaucoup de malades atteints d'atrophie papillaire tabétique et ne présentant pas d'incoordination motrice; mais j'en ai vu plusieurs aussi chez lesquels, malgré l'apparition de la lésion des nerfs optiques, le tabes avait continué à évoluer en donnant naissance à de l'incoordination ainsi qu'à d'autres troubles tabétiques. On peut supposer que la rareté relative de ces derniers cas tient, non pas à une action d'arrêt résultant de la sclérose papillaire, mais à ce que les formes dites frustes sont beaucoup plus communes que la variété dans laquelle la plupart des symptômes du tabes sont réunis. On ne saurait méconnaître, en effet, que le tabes est une affection des plus répandues, tandis que l'ataxie, au contraire, est assez rare.

En résumé, si l'atrophie papillaire sans ataxie est bien plus fréquente que l'association de ces deux ordres de troubles, c'est peut-être bien, non pas parce que, pour rappeler l'expression pittoresque de Charcot, en détruisant les nerfs optiques « le Monstre s'était satisfait », mais parce que les formes frustes du tabes sont beaucoup plus fréquentes que la forme complète.

M. Dejerine. — Je crois, contrairement à l'opinion de M. Babinski, qu'il y a une sorte d'antagonisme entre les lésions du nerf optique et celles de la moelle. S'il est rare de voir un ataxique devenir aveugle, il est tout à fait exceptionnel d'observer un tabétique resté à la période préataxique qui ne présente pas une atrophie des papilles. En outre, lorsqu'un tabétique devient aveugle, presque toujours ses douleurs fulgurantes diminuent.

M. Brissaud (de Paris). — Il est bien certain que l'on peut observer des altérations plus ou moins prononcées du nerf optique chez des ataxiques; mais de ces altérations à une cécité complète, il y a loin. En ce qui me concerne, je considère l'arrêt de l'évolution du tabes à la suite de l'apparition de la cécité comme une règle absolue. Je n'ai pas encore vu un seul tabétique frappé d'amaurose qui présentât le signe de Romberg ou de l'incoordination motrice.

Des relations de la sclérose latérale amyotrophique avec l'atrophie musculaire progressive.

M. Raymond (de Paris). — Quelques auteurs ont soutenu dans ces derniers temps que l'atrophie musculaire progressive et la sclérose latérale amyotrophique constituent une seule et même maladie. Cette opinion est basée sur une notion inexacte de pathogénie, suivant laquelle la contracture serait par excellence le symptôme de la dégénération du faisceau pyramidal. L'histoire de la sclérose latérale amyotrophique, aussi bien que celle du tabes spasmodique, nous enseignent au contraire que la contracture permanente peut exister indépendamment de toute lésion du faisceau pyramidal, et que réciproquement ce faisceau peut être dégénéré sans qu'il y ait contracture.

Du reste, quand on envisage les choses à un point de vue purement clinique, on est bien obligé d'établir une distinction entre une maladie dont toute la symptomatologie se résume dans une atrophie musculaire progressive flasque, et une affection telle que la sclérose latérale amyotrophique au cours de laquelle l'association d'un élément paréto-spasmodique à une atrophie progressive est la règle. Il nous semble donc absolument nécessaire de maintenir la séparation qui existe entre l'atrophie musculaire progressive (type Aran-Duchenne) et la sclérose latérale amyotrophique; mais ceci une fois admis, nous reconnaissons très volontiers qu'il existe des faits intermédiaires pouvant servir de trait d'union entre ces deux affections. C'est ainsi qu'il nous a été donné, à M. Ricklin et à moi, d'observer 3 cas de ce genre, où il s'agissait de scléroses latérales amyotrophiques à manifestations spasmodiques réduites presque à rien avec amyotrophie demeurant au premier plan depuis le début jusqu'à la fin. A l'autopsie des 3 malades, on a trouvé, sur toute la hauteur de la moelle, des lésions atrophiques des cellules nerveuses, et en particulier des cellules radiculaires. La prolifération névroglique et les altérations vasculaires étaient minimes. Du côté du cordon antéro-latéral, on a constaté une sclérose légère, dont la topographie et les caractères histologiques étaient bien tels qu'on les rencontre dans la maladie de Charcot. Cette sclérose intéressait le faisceau de Turck, le faisceau pyramidal croisé et le reste du faisceau antéro-latéral.

En définitive, l'atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne est une affection systématique limitée au protoneurone moteur, et qui ne touche jamais au cerveau proprement dit, contrairement à ce qui a lieu assez souvent pour la sclérose latérale amyotrophique, laquelle, du reste, affecte au moins deux systèmes anatomiques différents : le protoneurone moteur, et les cellules et fibres de cordon.

Lésions médullaires de la sclérose latérale amyotrophique.

M. Cl. Philippe (de Paris). — J'ai pu étudier avec M. Guillain, à leurs principaux stades de développement les lésions de la substance grise et de la substance blanche, et en particulier les altérations des cellules cordonales, dans 6 cas de sclérose latérale amyotrophique.

Pour la substance grise, il faut distinguer la zone des cellules radiculaires occupant la partie antéro-externe de la corne antérieure, et la zone des cellules cordonales ou rétro-radiculaires occupant la partie moyenne de la substance grise. Etudiés par la méthode de Nissl, ces deux groupes cellulaires présentent des modifications de morphologie et de nombre dès les premières phases de la maladie. Les lésions des cellules cordonales paraissent évoluer moins vite, les colonnes de Clarke sont intactes même dans les cas avancés.

La sclérose du cordon antéro-latéral est d'emblée généralisée et dépasse de beaucoup les limites de la dégénérescence secondaire qu'on observe chez les hémiplégiques. Elle ne se cantonne donc pas exactement dans le territoire des faisceaux. D'emblée cette sclérose est très végétante et offre tous les caractères d'un processus primitif (prolifération névroglique intense avec altérations polymorphes des tubes nerveux). En outre, elle n'est nullement en rapport d'intensité avec les lésions de la substance grise. Cette discordance entre les deux processus permet de comprendre les différentes formes de la maladie de Charcot (formes amyotrophique et paréto-spasmodique).

Les injections de cocaïne comme moyen de diagnostic du siège des excitations algésiogènes dans les affections névralgiques.

M. Pitres (de Bordeaux). — En présence d'une névralgie tenace et rebelle ayant résisté à tous les moyens médicaux, on est souvent tenté d'avoir recours à une opération chirurgicale (section ou résection nerveuses) pour débarrasser le malade des terribles douleurs qu'il ressent. Quelquefois une telle opération réussit, le plus souvent elle échoue. Il est donc de la plus haute importance de savoir distinguer à l'avance les névralgies qui sont justiciables d'une intervention sanglante de celles qui ne peuvent, au contraire, bénéficier de l'opération.

Le problème ainsi posé se réduit, en somme, à savoir si une névralgie est d'origine centrale ou périphérique. Or, s'il est des cas où cette origine peut être facilement décelée, il en est d'autres où elle échappe complètement à nos moyens d'investigation. C'est pour ces derniers que j'ai cherché à tourner la difficulté en ayant recours aux propriétés analgésiques de la cocaïne.

Il résulte de mes recherches que lorsqu'une névralgie s'apaise à la suite d'une injection de 0 gr. 01 centigr. à 0 gr. 02 centigr. de cocaïne pratiquée sur le trajet du nerf douloureux, il y a tout lieu de supposer que cette névralgie reconnaît pour cause une altération de ce nerf et qu'une opération pourra en débarrasser le malade. Encore faut-il que cette opération soit pratiquée au niveau du point de départ de la névralgie, et non au-dessous, et c'est précisément ce point que permettent de préciser les injections de cocaïne.

On est, au contraire, fondé à supposer l'origine centrale de toute névralgie qui résiste à une injection cocaïnique pratiquée comme je viens de l'indiquer : en pareil cas, toute tentative chirurgicale doit être formellement repoussée.

Les injections de cocaïne ne servent pas seulement au diagnostic du point de départ des affections névralgiques, elles peuvent encore être utilisées dans un but thérapeutique. C'est ainsi que les névralgies d'origine médullaire, dont le type est représenté par les douleurs fulgurantes des ataxiques, sont immédiatement calmées par une injection intrarachidienne de 0 gr. 015 milligr. de cocaïne; malheureusement, cette accalmie ne se prolonge pas au delà de trois heures. Enfin, les injections cocaïniques pratiquées *loco dolenti* peuvent également être employées avec succès contre beaucoup d'algies d'origine obscure, peut-être psychique, telles que les talalgies, les sacrodynies, les coccydinies, etc., qu'un examen attentif de la région aura permis de déclarer indépendantes de toute espèce de lésion. A vrai dire, toutes ces topoalgies ne sont pas calmées par les injections de cocaïne, mais il y en a un certain nombre qui disparaissent définitivement au moyen de ce traitement et ces guérisons viennent fournir un argument de plus à l'appui du siège supra-médullaire, pour ne pas dire plus, de ces affections en général si tenaces.

Etude clinique de la fonction kinesthésique.

M. Grasset (de Montpellier). — Les impressions kinesthésiques peuvent être étudiées dans deux conditions différentes, selon que les membres sont en mouvement ou bien au repos. Dans cette seconde situation, les muscles peuvent être en état de relâchement ou, au contraire, en état de tension ou de contraction « stérile », sans déplacement du membre. C'est cette dernière impression kinesthésique que j'ai essayé d'enregistrer cliniquement au moyen du procédé suivant :

Le sujet ayant le bras tendu horizontalement et les yeux fermés tient avec deux doigts un fil qui supporte un petit plateau chargé de poids. Un aide soulève alors lentement et sans bruit un carton recouvert d'étoffe au-dessous du plateau jusqu'à sa rencontre. A ce moment, le sujet perçoit une sensation d'allègement dont il avertit l'expérimentateur.

J'ai constaté que, chez la plupart des sujets sains, cette sensation d'allègement n'est perçue qu'à la condition de placer dans le plateau un poids d'environ 10 grammes. Au contraire, ce poids doit être d'au moins 20 grammes pour donner lieu à la même sensation chez les hémiplégiques.

Ces expériences prouvent qu'en dehors de la notion de position des membres, de la sensation des mouvements actifs ou passifs, etc., nous avons aussi, dans l'immobilité du membre, sans déplacement aucun, la sensation de l'activité musculaire, sensation que l'on peut étudier en clinique courante par le dispositif que je viens de décrire.

De l'action des traumatismes du crâne sur le développement des maladies infectieuses de l'encéphale.

M. Ehrnrooth. — On admet généralement qu'une plaie des téguments est nécessaire pour

qu'un abcès du cerveau, une méningite, une encéphalite, etc., se développent à la suite d'un coup violent reçu sur le crâne. Il existe cependant des cas dans lesquels ces affections se sont montrées après un traumatisme, sans qu'on ait pu découvrir la moindre lésion de la peau ou des muqueuses des cavités de la face. J'ai observé deux faits appartenant à cette catégorie. Le premier concerne un homme qui reçut une lourde planche sur le côté droit de la tête, mais chez lequel on ne constata aucune lésion tégumentaire. Huit jours après cet accident, le blessé se plaignit de vives douleurs au niveau de la cuisse gauche, qui devint bientôt le siège d'un phlegmon. Quatre mois plus tard, il était manifeste qu'il s'était formé un abcès du cerveau. La trépanation fut pratiquée et, de fait, on trouva au niveau de la partie supérieure des circonvolutions centrales de l'hémisphère droit une petite collection purulente. Le malade ayant succombé quelque temps après à une méningite, l'autopsie permit de constater qu'il n'existait ni fêlure, ni fracture des os du crâne.

La même constatation put être faite chez un second malade qui mourut de méningite cérébrospinale quelque temps après avoir reçu sur la région occipitale un coup qui n'avait déterminé aucune lésion du cuir chevelu.

Je crois donc, en m'appuyant sur ces faits et sur quelques autres analogues trouvés dans la littérature médicale, que les traumatismes du crâne peuvent devenir le point de départ d'une suppuration des méninges ou du cerveau en l'absence de toute solution de continuité des téguments, ainsi que cela a lieu dans d'autres régions, à l'occasion, par exemple, des ostéomyélites ou de certaines fractures sous-cutanées.

J'ai essayé, du reste, de vérifier le fait expérimentalement sur des lapins. Dans ce but, j'ai injecté dans la veine saphène d'un de ces animaux une culture virulente de staphylocoque ou de streptocoque, puis j'ai déterminé une série de chocs sur la tête, en ayant soin de ne léser ni la peau, ni les os. J'ai répété cette expérience un très grand nombre de fois, et toujours elle m'a donné le même résultat, à savoir qu'un traumatisme de la tête prédispose à l'infection du cerveau les animaux qui ont reçu dans les veines une injection de culture microbienne. L'infection est d'autant plus probable que le traumatisme a été plus violent; elle se montre toujours plus accusée du côté traumatisé que du côté opposé.

Sur un cas d'hémianopsie droite avec cécité verbale pure.

M. Brissaud. — L'observation que je désire vous communiquer est très incomplète au point de vue clinique, car le malade qui en fait l'objet n'est entré à l'hôpital que pour y mourir. C'était un homme de cinquante-sept ans, cachectique, qui était atteint d'une diarrhée cholériforme et qui présentait une certaine faiblesse du côté droit. C'est lui-même qui nous apprit que depuis quelque temps il ne pouvait pas lire, mais qu'il avait conservé la faculté d'écrire : on constata sommairement qu'il avait une hémiopie complète du côté droit et on remit au lendemain le soin de pratiquer des recherches plus complètes. Le lendemain, il était mort.

L'examen du cerveau nous a montré l'intégrité complète de la face externe de l'hémisphère gauche. A la face interne du même hémisphère, il existait une lésion de toute la moitié antérieure du cuneus, de la scissure calcarine et du lobule lingual.

Je n'insiste pas sur ces lésions qui sont classiques; le point sur lequel j'appelle votre attention, c'est qu'en pratiquant des coupes au niveau du foyer de ramollissement on reconnut que le tapetum ainsi que le second faisceau des radiations optiques étaient dégénérés, et que cette dégénérescence avait envahi l'hémisphère droit et détruit le tapetum et le forceps correspondants.

Dr G. Deny,
Médecin de l'hospice de la Salpêtrière.

SECTION DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Pathogénie du diabète sucré.

M. Pavy (de Londres). — Ce qui caractérise le diabète, c'est l'inaptitude de l'économie à utiliser les matériaux hydrocarbonés pour les besoins de la vie. A l'état normal, les hydrates de carbone ingérés sont assimilés par l'organisme, tandis que chez le diabétique ils se retrouvent dans l'urine sous forme de sucre. Il y a plus; le sang de la circulation générale présente un état similaire à celui de l'urine, c'est-à-dire que, au lieu de renfermer du sucre en proportion normale (environ 1 ‰), il contient, dans le diabète, une quantité de sucre beaucoup plus grande. La glycosurie peut être considérée comme un indice de la présence anormale du sucre dans le sang, et c'est là précisément ce qui fait sa signification fâcheuse.

Reste à déterminer la cause à laquelle on doit attribuer cette présence anormale du sucre dans le liquide sanguin. Est-ce parce que les hydrates de carbone alimentaires sont normalement appelés à passer dans la grande circulation sous forme de sucre et que, faute de disparaître, ils s'y accumulent, ou bien est-ce que ces matériaux hydrocarbonés ne devraient pas, en réalité, arriver jusqu'au torrent de la circulation générale? Il résulte de mes expériences, confirmées par nombre d'auteurs, qu'il n'existe aucune différence appréciable entre la quantité de sucre contenu dans le sang artériel et celle que renferme le sang veineux. Bing a montré récemment que s'il y a une différence quelconque dans la quantité de sucre qu'on décèle dans les diverses parties du torrent circulatoire, elle est assez insignifiante pour rester dans les limites de l'erreur d'observation. D'autre part, j'ai constaté que lorsqu'on introduit du sucre dans la circulation par injection intraveineuse, il faut un laps de temps considérable pour que ce sucre injecté disparaisse du sang; sa présence se manifeste, d'ailleurs, par de la glycosurie.

Ces faits ne permettent pas d'admettre la théorie d'après laquelle les hydrates de carbone de la nourriture passeraient, sous forme de sucre, à travers la circulation jusqu'aux tissus pour y être détruits. En réalité, ce passage ne peut avoir lieu sans qu'il se produise de la glycosurie, et, comme celle-ci ne constitue qu'un phénomène pathologique, il est évident qu'à l'état normal l'organisme s'oppose à l'entrée des hydrocarbones alimentaires dans la circulation générale. Cela nous conduit à examiner rapidement la grande question du mode d'utilisation des hydrates de carbone dans l'économie animale.

Le problème qu'il faut ici résoudre peut être formulé ainsi : de quelle manière les matériaux hydrocarbonés de la nourriture doivent-ils être utilisés pour ne pas entrer, sous forme de sucre, dans la circulation générale? Toute solution de ce problème devra, pour être satisfaisante, placer cette utilisation entre le siège de l'absorption des matériaux dont il s'agit et le point où la circulation générale est atteinte, c'est-à-dire avant d'arriver aux veines hépatiques.

Si l'on considère les hydrates de carbone dans leurs rapports avec les actes de la vie, on voit que les modifications chimiques subies par ces composés ont lieu sous l'influence tantôt de ferments, tantôt de la matière vivante. Les premiers mettent les matériaux hydrocarbonés dans un état convenable pour l'absorption, la seconde opère les changements dont l'ensemble est connu sous le nom d'assimilation.

Ainsi donc, ce qu'il faut pour conjurer la glycosurie, c'est que par une assimilation parfaite les hydrates de carbone soient utilisés sans que le sucre puisse arriver à la circulation générale. J'ai montré que cette utilisation a lieu au niveau des villosités intestinales et dans le foie, par un des trois procédés suivants, à savoir la transformation en graisse, la synthèse en albuminoïdes et le passage à l'état de glycogène.

Si l'assimilation ne se fait pas complètement, les hydrates de carbone non assimilés s'introduisent, sous forme de sucre, dans la circulation générale et passent ensuite dans les urines. Comme le pouvoir assimilateur n'est jamais illimité, le sucre peut être décelé même dans l'urine d'un sujet bien portant à la suite d'une ingestion excessive de substances hydrocarbonées. Plus ce pouvoir assimilateur est au-dessous de la normale, plus la quantité d'hydrates de carbone pouvant être absorbée sans donner lieu à de la glycosurie est faible. C'est là un fait dont il importe de tenir compte dans le traitement du diabète afin de pouvoir adopter, dans chaque cas, un régime approprié.

En réglant l'apport d'hydrates de carbone d'après la diminution du pouvoir assimilateur, on ramène l'économie à son état naturel. Ce qui constitue la source des troubles dans le diabète, c'est moins la perte de matériaux liée à l'élimination du sucre par les urines que la présence antérieure de ce sucre dans le sang, lequel devient de la sorte impropre à remplir ses fonctions habituelles. Cela étant, on comprend que les divers symptômes du diabète s'amendent et finissent même par disparaître dès que la présence anormale du sucre dans le liquide sanguin se trouve influencée par la suppression, dans l'alimentation, des hydrates de carbone non assimilables. Il est des cas où l'on parvient même à faire reprendre graduellement le régime ordinaire sans que le sucre réapparaisse dans l'urine; on les observe surtout chez des individus ayant dépassé l'âge moyen.

Je n'ai parlé jusqu'à présent que de la forme *alimentaire* du diabète, dans laquelle le processus morbide se borne à une assimilation défectueuse des hydrates de carbone alimentaires. Mais, à côté de cette variété, il en existe une autre, *complexe* et plus grave, où il se fait, en outre, un dégagement anormal de matériaux hydrocarbonés provenant d'une désintégration des tissus. La glycosurie s'accompagne alors d'élimination d'autres produits anormaux, tels que les acides oxybutyrique et diacétique.

M. Lancereaux. — Le diabète, longtemps considéré comme une maladie, ne représente en réalité qu'un syndrome traduisant l'insuffisance fonctionnelle du pancréas. Dès 1877, nous avons montré la relation qui existe entre le diabète et le pancréas, relation que, plus récemment, von Mehring et Minkowski ont mise en évidence par l'expérimentation, en reproduisant chez des chiens, à la suite de l'extirpation du pancréas, les divers symptômes du diabète.

Toutes les altérations du pancréas, qu'elles soient localisées primitivement à l'épithélium glandulaire (pancréatites épithéliales, stéatose) ou au stroma conjonctivo-vasculaire (sclérose artérielle), se traduisent par le diabète. Il en est de même des lésions des voies pancréatiques dont quelques-unes aboutissent à la sclérose et à l'atrophie de la glande.

Le bulbe, qui préside au fonctionnement du pancréas, se trouve relié à cet organe par des filets centripètes et centrifuges (pneumogastrique, sympathique); aussi les désordres matériels de ces diverses parties peuvent être suivis d'un diabète qui n'en est pas moins pancréatique. Mais un simple trouble fonctionnel du pancréas peut aboutir au même effet; il en est ainsi notamment pour la pathogénie du diabète qui accompagne parfois les crises de coliques pancréatiques et que j'ai désigné sous le nom de *diabète réflexe*, en le comparant à l'anurie observée dans certains cas de coliques néphrétiques.

Enfin, pour ce qui concerne le *diabète gras* ou *arthritique*, lequel coïncide avec d'autres phénomènes dus à un trouble du système nerveux (obésité, asthme, poussées articulaires, etc.) et s'associe parfois à une albuminurie abondante sans lésion rénale appréciable, il paraît être lié à un désordre fonctionnel du bulbe, attendu qu'il est aggravé par tout ébranlement nerveux et amélioré sous l'influence du repos et d'un régime convenable.

Ainsi donc, les diverses formes du diabète ont une origine commune et ne sont que les manifestations d'une altération matérielle ou fonctionnelle du pancréas.

La quantité de sucre éliminé dans les vingt-quatre heures est un élément précieux de diagnostic : supérieure à 300 grammes, la glycosurie est, en général, due à une lésion organique du pancréas, tandis que dans les cas où le taux de sucre descend au-dessous de 300 grammes il s'agit habituellement d'un diabète gras. Il importe également de tenir compte de l'évolution de la glycosurie : un début brusque et intense indique de graves altérations matérielles et un dénouement fatal à brève échéance (de deux à quatre ans), tandis qu'un début insidieux témoigne de la nature goutteuse du diabète.

Cela étant, le traitement de la maladie doit viser, non pas la glycosurie, mais le pancréas, de même que c'est aux reins que doit s'attaquer la thérapeutique de l'albuminurie.

M. R. Lépine. — J'estime que, dans la question de la pathogénie du diabète, il faut être très éclectique. Je ne saurais, par conséquent, partager l'avis de M. Lancereaux qui attribue

au pancréas un rôle exclusif dans la genèse de cette affection. J'ai vu des cas de diabète où, à l'autopsie, l'examen macroscopique et microscopique n'a permis de déceler aucune lésion du pancréas. Je sais bien que, pour les faits de ce genre, M. Lancereaux invoque un désordre purement fonctionnel; mais si l'on tient compte de la durée souvent assez longue de la maladie, il est difficile d'admettre qu'un trouble simplement fonctionnel puisse persister de la sorte pendant plusieurs années sans laisser de trace matérielle.

Il m'est également impossible d'accepter sans réserve l'opinion de M. Pavy, d'après lequel le diabète serait lié à un défaut de conservation du glycogène dans le foie, organe qui aurait pour fonction essentielle d'empêcher le passage dans la grande circulation du sucre absorbé par la veine porte.

Pour ma part, j'attache une importance considérable, dans la pathogénie du diabète, à la diminution du pouvoir glycolytique du sang.

La *glycolyse* n'est pas un phénomène simple : le sucre peut disparaître parce qu'il est utilisé par les tissus pour produire de l'énergie, ou bien il peut être transformé et emmagasiné comme réserve, soit à l'état de glycogène, soit à l'état de graisse. Or, chez certains diabétiques, peut-être chez tous, c'est non seulement l'utilisation de la glycose par les tissus qui est insuffisante, mais aussi l'emmagasinement de la réserve.

A quoi tient l'insuffisance de la glycolyse? Il se peut que chez quelques sujets, par suite d'une prédisposition (goutteuse) héréditaire ou acquise, il y ait, comme le veut Ebstein, une impuissance du protoplasma à détruire le sucre aussi complètement qu'à l'état normal. Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, nous connaissons deux autres conditions dans lesquelles la glycolyse est diminuée, à savoir certaines actions nerveuses et le défaut de sécrétion interne du pancréas.

L'influence du pancréas sur la glycolyse a été très discutée, et, depuis plus de dix ans que je l'ai signalée, elle n'est pas encore admise par tous les auteurs.

On m'a objecté que le parenchyme (ou le suc) du pancréas, en contact avec une solution sucrée, ne produit pas une glycolyse *appréciable*, et que, dans les cas où l'on constate une perte de sucre, on peut soupçonner l'intervention de microbes. Je reconnais le bien fondé de cette remarque, mais j'y oppose les faits positifs que voici :

1° Quelques heures après la faradisation des nerfs du pancréas, la teneur du sang en sucre *a diminué* très notablement, et si, à ce moment, on détermine le pouvoir glycolytique de ce sang, on trouve qu'il est considérable;

2° Si l'on chauffe le pancréas, on obtient exactement les mêmes résultats.

Ces expériences donnent des résultats tellement nets que l'influence du pancréas sur la glycolyse ne peut faire l'objet d'aucun doute. Toutefois, je crois qu'il s'agit ici d'une influence *indirecte*. Le pancréas ne fait pas *à lui seul* la glycolyse, mais il exerce sur elle une action *adjuvante*.

La sécrétion interne du pancréas n'a pas pour unique fonction d'exciter la glycolyse : elle modère aussi la production du sucre dans le foie (Chauveau et Kaufmann). Martz et moi avons confirmé ce fait par nos expériences de circulation artificielle dans le foie isolé et dans le foie uni au pancréas. Dans ce dernier cas, la glande hépatique perd beaucoup moins de son glycogène. Ainsi donc, la sécrétion interne du pancréas est éminemment *euzoamylique*, c'est-à-dire qu'elle favorise la conservation du glycogène dans le foie.

La condition opposée à l'*euzoamylie*, et que l'on peut désigner sous le nom d'*azoamylie*, n'est pas seulement sous la dépendance d'un défaut de la sécrétion interne du pancréas; elle peut également être provoquée par une action nerveuse.

Il existe une forme légère de diabète liée à une incapacité de la cellule hépatique à faire subir aux hydrates de carbone alimentaires leurs transformations normales. Dans cette forme, dont l'existence plaide jusqu'à un certain point en faveur des idées de M. Pavy et sur laquelle MM. Gilbert et Weil ont récemment insisté (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 385-387), l'azoamylie joue assurément un rôle important, mais *non exclusif;* car le foie n'est pas le seul organe où s'emmagasinent les hydrates de carbone apportés par l'alimentation. De plus, il est bien difficile d'admettre qu'une diminution plus ou moins considérable de la glycolyse ne vienne pas contribuer, dans les cas visés par MM. Gilbert et Weil, à la production du diabète.

Quoi qu'il en soit, ce serait, selon moi, se faire une idée inexacte de la pathogénie de cette maladie, que de ne pas avoir toujours en vue la *multiplicité* de ses éléments. Je ne crois pas qu'il existe un diabète dû à la formation exagérée du sucre, un autre causé exclusivement par la diminution de la glycolyse : chaque cas est complexe dans sa pathogénie, et si chacun d'eux se présente avec une physionomie particulière, c'est parce que les facteurs qui le déterminent varient en nombre et en intensité.

M. Bouchard. — Je crois que l'opinion de M. Lancereaux et celle de M. Lépine n'ont rien d'incompatible. Tout en admettant, comme notion fondamentale de la pathogénie du diabète, l'insuffisance dans la destruction du sucre, on peut penser que la substance à laquelle est dévolu le rôle d'inciter l'économie à transformer la glycose provient du pancréas.

M. Charrin dit avoir toujours constaté, chez les femmes enceintes, une destruction insuffisante du sucre. Cette insuffisance glycolytique se trouve en rapport avec la diminution générale de l'activité des processus d'oxydation, par suite de modifications imprimées à l'organisme par la grossesse. De même, chez des animaux soumis pendant plusieurs mois à des injections d'une solution acide, l'assimilation de la glycose se fait moins bien que chez ceux auxquels on pratique des injections de solutions minérales (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 243).

M. Rappin estime que, dans l'étude de la pathogénie du diabète, on oublie trop le rôle des ferments figurés de l'intestin. L'orateur rappelle les recherches qu'il a instituées, avec M. Fortineau, sur la production de sucre dans des bouillons de culture additionnés de substances amylacées (pain, fécule, pomme de terre) et ensemencés avec différentes bactéries habitant normalement l'intestin, le *bacillus mesentericus vulgatus*, le colibacille, etc. Ces recherches ont montré d'une façon très nette qu'il existe constamment dans l'intestin des microbes dont les uns produisent du sucre au contact des matières amylacées, tandis que les autres détruisent le sucre produit.

La pomme de terre comme aliment dans le diabète sucré.

M. Mossé (de Toulouse). — Nos recherches antérieures ont montré que certains diabétiques peuvent prendre, pendant un laps de temps variant de quinze jours à un mois, une dose quotidienne de 1,500 grammes de pommes de terre à la place de pain et tirer bénéfice de cette substitution (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 269). Ces premiers résultats nous avaient conduit à formuler la proposition suivante : dans certains cas de diabète de moyenne intensité, particulièrement dans le diabète arthritique, l'usage de pommes de terre peut être non seulement autorisé mais avantageusement conseillé pour remplacer le pain pendant une période plus ou moins longue.

Deux faits récemment observés m'ont permis de constater, d'une part, que la substitution des pommes de terre au pain peut aussi influencer favorablement le syndrome urologique et l'état général dans le diabète maigre à marche rapide et, d'autre part, qu'après l'administration longtemps continuée de 1,200 à 1,400 grammes de pommes de terre à la place de pain complètement supprimé chez un diabétique arthritique avéré *continuant à vaquer à ses affaires*, on obtient les mêmes résultats que chez des sujets hospitalisés.

J'ajoute, à propos de la remarque que M. Charrin a faite tout à l'heure, que dans la glycosurie des femmes enceintes l'emploi de la pomme de terre ne paraît pas devoir donner des résultats favorables.

M. Desgrez croit que les faits relatés par M. Mossé tiennent, peut-être, à ce que les hydrates de carbone contenus dans les pommes de terre sont éliminés avec les matières fécales.

M. Brocard (de Paris) estime que, contrairement à l'opinion de M. Mossé, l'usage de pommes de terre est indiqué dans la glycosurie de la grossesse. Il fait observer, en outre, que la diminution de la polyphagie et de la polydipsie qu'on constate à la suite de l'usage prolongé de la pomme de terre s'explique par ce fait que le légume dont il s'agit est plus riche en cellulose et en eau que le pain.

Mécanisme de l'influence que des doses minimes de certains principes chimiques exercent sur le fonctionnement vital.

M. Gautier (de Paris) lit un travail dans lequel il montre que le mécanisme d'action de très petites doses des principes chimiques susceptibles d'exercer une influence considérable à l'égard des fonctions organiques est basé sur des analogies existant dans l'arrangement des molécules protoplasmiques, d'une part, et des molécules constitutives des principes chimiques en question, d'autre part. C'est, en dernière analyse, cette *spécificité moléculaire*, variable suivant les races, les individus et même selon les différents états du même individu, qui régit tous les phénomènes biologiques, tant pathologiques que normaux.

M. Blumenthal (de Berlin) fait une communication sur la *pentosurie*.

Dr L. Cheinisse,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE

Traitement conservateur des myomes utérins.

M. A. Martin (de Greifswald). — Il y a très longtemps que j'ai préconisé le traitement des myomes par la myomectomie; j'y ai toujours eu recours dans des cas bien déterminés : lorsqu'il y a une seule tumeur fibreuse ou quelques tumeurs peu nombreuses, quand le corps utérin n'est pas trop hypertrophié, que les annexes sont saines et la femme assez éloignée de la ménopause.

Suivant le volume et la situation de la tumeur, je l'aborde par l'abdomen ou par le vagin; par la voie vaginale, on peut pousser très loin ces opérations conservatrices, et ce procédé est surtout précieux lorsque le myome est sousmuqueux; il est d'ailleurs facile de se rendre compte, par l'incision du cul-de-sac antérieur au début de l'intervention, si les annexes sont saines et l'opération conservatrice préférable à la laparotomie; il est également aisé de s'ouvrir un large accès du côté de la cavité utérine par l'hémisection médiane antérieure ou la section bilatérale du col. Par le cul-de-sac postérieur, enfin, on peut aborder et enlever les myomes développés au niveau du cul-de-sac de Douglas, même lorsque ces tumeurs sont très volumineuses. La technique varie suivant les cas; mais les résultats immédiats et lointains sont tout à fait favorables lorsqu'on sait tenir compte des contre-indications.

M. Dmitri de Ott. — J'ai opéré 52 cas de fibromes rétropéritonéaux qui eussent été considérés il y a peu d'années comme au-dessus des ressources de l'art. On connaît bien, en effet, la gravité de ces tumeurs qui s'enclavent dans le cul-de-sac de Douglas et qui, par l'augmentation de leur volume, arrivent à comprimer les troncs nerveux, les vaisseaux, les uretères et à mettre ainsi tout à coup en danger la vie de la malade.

Dans les 52 cas que j'ai opérés, je me suis comporté de la façon suivante : le ventre ouvert, j'ai incisé le péritoine sur la tumeur, je l'ai décortiquée, laissant à sa place une loge parfois énorme et saignante que j'ai tamponnée avec une longue mèche de gaze dont j'ai fait sortir une extrémité dans le vagin par une boutonnière faite au cul-de-sac vaginal postérieur; par-dessus ce tamponnement, j'ai reconstitué le péritoine par la suture de façon à isoler complètement de l'abdomen la loge saignante.

Grâce à ce procédé, je n'ai eu que 2 décès sur 52 cas, et cependant mes malades étaient très affaiblies, voire tout à fait épuisées.

Je tiens à signaler à côté de ces succès, dus à la méthode abdominale, ceux que m'a procurés la voie vaginale. Par le cul-de-sac postérieur, j'ai pu énucléer des corps fibreux rétrocervicaux et sous-péritonéaux de la grosseur d'une tête de fœtus. J'ai pu également, en attirant l'utérus à la vulve et en ouvrant le péritoine, faire pour des fibromes à noyaux multiples des myomectomies vaginales conservatrices. J'ai pu, enfin, grâce à l'hémisection médiane antérieure, enle-

ver de volumineuses tumeurs sous-muqueuses en respectant complètement l'organe que je suturais et replaçais.

Par ces divers procédés, j'ai fait 27 myomectomies vaginales conservatrices avec un seul décès. Tant par la voie abdominale que par la voie vaginale, 79 opérations conservatrices ne m'ont donné que 3 décès, soit environ 3,8 %, mortalité qui est inférieure à celle de l'hystérectomie abdominale. Mes résultats éloignés ont toujours été excellents.

M. Gottschalk (de Berlin). — J'ai préconisé contre les fibromes la ligature des artères utérines; je tiens à préciser les indications de cette ligature : je la réserve aux cas d'utérus myomateux en totalité ne dépassant pas le volume d'une tête d'adulte, et aux fibromes interstitiels multiples de moyen volume; elle est particulièrement efficace chez les malades approchant de la ménopause. Elle n'est pas applicable aux fibromes intraligamentaires.

Etant donné les anastomoses nombreuses de l'artère utérine, je pense qu'il importe de la lier, non en un seul point contre le bord de l'utérus, mais aussi au niveau de son origine, près de l'artère hypogastrique; en même temps, on fera la ligature des utéro-ovariennes et des artères des ligaments ronds.

M. Delagénière. — J'ai apporté au dernier Congrès français de chirurgie 6 cas de fibromes utérins traités par la ligature des utérines; à ce moment, l'opération était trop récente pour qu'on pût juger du résultat éloigné; ce résultat est actuellement excellent; chez toutes mes malades, les hémorrhagies ont cessé et les tumeurs notablement diminué.

M. Gouilloud (de Lyon). — J'ai cherché une mesure précise applicable aux changements de volume qu'on observe après la ligature des utérines, du côté des utérus fibromateux. Les données de la palpation et de la mensuration du périmètre abdominal sont incertaines et aléatoires; à mes yeux, le seul procédé qui permette la comparaison est la mensuration de la cavité utérine au moyen de l'hystéromètre.

J'ai fait 5 fois la ligature ou le pincement des utérines par voie vaginale; je préfère, un peu théoriquement peut-être, le pincement, parce qu'il étreint une plus grande épaisseur de tissu et a plus de chance d'oblitérer les artérioles susceptibles de rétablir la circulation collatérale.

Chez ma première malade, opérée en 1897, la cavité utérine, qui mesurait 11 centimètres avant l'opération, n'en mesurait plus que 6 deux ans après; les règles étaient devenues normales comme date, mais ne duraient que deux jours et étaient peu abondantes. Dans le second cas, la cavité utérine de 8 centimètres était revenue à 6 centimètres au bout d'un an et demi. Dans le troisième cas, de 9 centimètres les dimensions de la cavité de l'utérus étaient tombées à 6 centimètres en quelques mois; dans le quatrième, de 9 centimètres à 7 centimètres dans un délai assez court; dans le cinquième, de 8 centimètres à 7 centimètres dans un délai également bref; ces derniers cas sont d'ailleurs relativement très récents.

On peut conclure toutefois avec certitude de ces mensurations que l'effet atrophique de la ligature des utérines n'est pas illusoire; il l'est aussi peu que l'action hémostatique qui se manifeste pour ainsi dire instantanément et qui se maintient; au bout de deux mois environ, les règles reviennent, mais diminuées en durée et en quantité, plus faibles qu'à l'état normal.

La ligature des utérines est beaucoup plus efficace que celle des hypogastriques; j'ai lié dans un cas les deux hypogastriques; il y eut arrêt des hémorrhagies, mais la tumeur ne diminua pas; c'est que la circulation se rétablit après l'oblitération des hypogastriques à moins qu'on y ajoute la ligature en étage des utérines.

Pour terminer, je veux attirer l'attention sur le bon résultat que donne la ligature des utérines dans les métrites hémorrhagiques où le curettage a échoué; c'est ainsi que j'ai pu guérir un cas de métrite virginale où les pertes persistaient malgré deux curettages.

M. Segond (de Paris). — En principe, je suis essentiellement partisan des opérations conservatrices, comme la myomectomie, contre les fibromes utérins; mais je n'ai pas l'expérience de la myomectomie abdominale, probablement parce que je n'opère par le ventre que les très gros fibromes qui nécessitent l'hystérectomie. Par contre, j'ai une pratique déjà longue de la myomectomie vaginale que j'ai apprise de Péan et que je pratique comme lui.

J'étends le plus possible les indications de cette opération; je l'applique non seulement aux fibromes cervicaux et cavitaires, mais même aux fibromes interstitiels très élevés avec col intact; j'agis ainsi parce que je suis parfaitement convaincu de l'extrême bénignité de cette intervention dont la mortalité est presque nulle.

Mon procédé est le suivant : j'attire le col, je le sectionne de chaque côté, au niveau de ses commissures, aussi haut que possible; en écartant les deux valves cervicales ainsi produites, je m'ouvre un vaste jour sur la cavité utérine, je puis l'explorer en tout sens et particulièrement au niveau de ses cornes où se nichent souvent de petits fibromes. Comme instrument préhenseur et fixateur des tumeurs fibreuses, je me sers d'un tire-bouchon qui donne une prise extrêmement solide; j'attire ainsi le fibrome et, au moyen d'un couteau à double tranchant, je découpe dans la tumeur des cônes successifs jusqu'à ce qu'elle soit suffisamment réduite pour pouvoir être facilement énucléée; la loge qui la contenait saigne extrêmement peu et revient sur elle-même avec une aisance remarquable. Il suffit de la tamponner à la gaze molle et de suturer les sections bilatérales du col; mais on peut au besoin se passer même de ce dernier temps; au fond d'un vagin bien tamponné, la cicatrisation se fait spontanément.

Les indications de cette opération sont celles de l'hystérectomie vaginale : c'est dire qu'elle peut s'adresser à tous les fibromes abaissables, sans lésions de périmétrite et ne dépassant pas l'ombilic.

Les objections qu'on lui adresse me paraissent sans valeur : on l'accuse d'exposer le chirurgien à la perforation primitive de l'utérus; mais si cet accident se produit, quoi de plus simple que de pratiquer une hystérectomie vaginale immédiate qui est tout amorcée. On lui reproche aussi d'être l'occasion de perforations secondaires par sphacèle de la coque utérine; mais si cette coque est trop mince après l'énucléation, si elle paraît mal nourrie, on peut s'en rendre compte et faire dans ce cas encore l'hystérectomie vaginale.

M. Pozzi. — Je ne saurais souscrire entièrement à l'opinion de M. Segond et je fais toutes mes réserves sur ses conclusions. J'estime que l'énucléation transcervicale des fibromes ne doit s'adresser qu'à de petits fibromes sous-muqueux qui l'appellent en quelque sorte, et je ne l'appliquerais pas à de grosses tumeurs, car elle laisse une paroi utérine amincie, prête au sphacèle, et elle ne permet pas de se rendre compte de l'état des annexes si souvent malades en cas de tumeurs fibreuses.

Pour ce qui est de la myomectomie abdominale, je la considère comme une très bonne opération à condition de tenir compte de ses contre-indications, qui sont, à mes yeux, le gros volume ou la multiplicité des tumeurs, les altérations des trompes ou des ovaires, l'ouverture de la cavité utérine au cours de l'opération.

Je sais que les avis sont partagés au sujet du pronostic de cette ouverture; pour mon compte, je la regarde comme grave et, si elle se produit, je conseille de suturer le point suspect de l'utérus à la paroi abdominale.

Je désire ajouter un mot qui a trait non au traitement conservateur, mais au traitement radical. Je suis tout à fait opposé à la conservation du col ou d'un moignon de col dans l'hystérectomie abdominale; ce n'est pas ce moignon qui peut servir, comme on l'a dit, à maintenir le vagin; il est donc inutile, et de plus nuisible, car il empêche le drainage et peut devenir le point de départ d'un épithélioma. En un mot, je trouve l'hystérectomie abdominale totale très supérieure à l'hystérectomie supravaginale.

M. Témoin (de Bourges). — J'étais autrefois très conservateur dans le traitement des fibromes, et j'ai été des premiers à faire et à préconiser la myomectomie; je tiens à dire qu'aujourd'hui le traitement conservateur me semble rarement indiqué. Sur 230 interventions abdominales pour fibromes, je n'ai eu l'occasion de l'appliquer que 16 fois; mes résultats ont été bons, mais je ne pense pas que la myomectomie soit appelée à détrôner l'hystérectomie.

Ma technique opératoire est des plus simples et je ne veux pas y insister; toutefois, je dois dire que je ne crains pas d'ouvrir la cavité utérine au cours de l'opération et qu'à cette éventualité je ne puis rattacher aucun accident qui soit survenu entre mes mains.

Chez deux femmes, j'ai ouvert la cavité utérine au cours de la myomectomie, sans observer aucun accident consécutif. Je ne suis cependant pas partisan des méthodes conservatrices; car je pense que la myomectomie laisse très souvent de la graine de fibrome qui fructifiera plus tard.

M. Monprofit. — Depuis l'automne 1899, j'ai fait 6 interventions conservatrices pour fibromes avec 6 succès opératoires. Je ne puis pas encore me prononcer sur les résultats éloignés de ces opérations; toutefois, une de mes malades est actuellement enceinte.

M. T. S. Cullen. — Je suis, au contraire, un partisan convaincu des opérations conservatrices dans la cure des fibromes. J'ai souvent enlevé des tumeurs volumineuses en conservant l'utérus; j'en ai enlevé une qui pesait 45 livres anglaises et la malade a parfaitement guéri.

La crainte d'ouvrir la cavité utérine me semble un peu chimérique; il m'est arrivé de réséquer le tiers, la moitié même de la muqueuse utérine sans avoir d'accident ni de complications. J'ai même fait l'hémisection complète de l'utérus sur la ligne médiane pour énucléer plus facilement des tumeurs multiples, et une fois l'énucléation faite je suturais l'organe et je le conservais.

M. Tuffier. — Je suis heureusement surpris de voir la majorité des chirurgiens devenir aussi résolument conservateurs; nous pouvons mesurer le chemin parcouru depuis trois ans, car alors nous ne discutions que le meilleur procédé pour enlever, tandis que notre seule préoccupation est aujourd'hui de conserver.

On sait combien, pour mon compte, je suis conservateur; mais il me semble qu'il y a une condition préalable à la conservation, c'est de se rendre compte des lésions et, pour cela, de renoncer absolument à la voie vaginale, d'ouvrir toujours, dans tous les cas, l'abdomen.

Mon procédé diffère un peu de celui de la plupart des chirurgiens; afin d'éviter l'hémorrhagie, je n'incise pas la capsule au niveau du fibrome, car on risque ainsi de blesser les énormes sinus veineux qui entourent la tumeur et on perd du temps pour l'hémostase en même temps qu'on affaiblit la malade. Je fais une incision médiane, sur la ligne avasculaire antérieure ou postérieure de l'utérus, et par cette incision je vais chercher les fibromes et je les attire. La décortication se fait, par ce procédé, pour ainsi dire à blanc et il est surprenant de voir combien se rétractent, combien s'effacent les cavités souvent énormes que laissent les tumeurs fibreuses, sans qu'il soit besoin pour les combler d'aucun capitonnage.

Grâce à cette technique, je pense que cette opération ne s'adresse pas seulement aux petits et moyens fibromes, mais qu'elle peut s'appliquer également aux gros.

Je ne reconnais que deux contre-indications : la multiplicité exagérée des noyaux fibromateux dont l'extirpation serait trop longue et réduirait à rien la coque utérine, et la suppuration de la cavité de l'utérus.

Il m'est arrivé d'ouvrir la cavité utérine : dans ce cas, je draine la loge fibromateuse par l'utérus au moyen d'une mèche qui sort dans le vagin et je draine également le cul-de-sac de Douglas.

La myomectomie ainsi pratiquée, et de bonne heure, me semble destinée à remplacer de plus en plus l'hystérectomie.

M. Amann (de Munich). — Dans les opérations sur le petit bassin, on peut être amené à enlever une grande partie du péritoine et, par suite, à ne pas pouvoir recouvrir de larges surfaces saignantes; c'est là une condition tout à fait défavorable au succès de l'opération. Je suis arrivé à y remédier d'une façon très simple en attirant en avant l'S iliaque et en le suturant à la face postérieure de la vessie; le méso-iliaque est alors tendu au-dessus du petit bassin et isole complètement la plaie opératoire de la grande cavité abdominale; en tamponnant largement au-dessous de ce rideau la cavité pelvienne au moyen de mèches sortant par le vagin, on peut pratiquer, sans danger pour la malade, de larges brèches au péritoine.

Il peut sembler antiphysiologique et dangereux de fixer un organe mobile comme le gros intestin; mais il faut remarquer qu'on le suture

à un autre organe mobile, la vessie, et d'ailleurs l'expérience a démontré qu'on ne s'expose ainsi à aucun accident. Il y a donc là une nouvelle ressource très précieuse pour la chirurgie gynécologique, et en particulier pour celle des fibromes.

M. Jonnesco. — J'ai également eu recours à la fixation de l'S iliaque à la vessie, et j'en ai retiré un très grand profit sans en éprouver aucun inconvénient.

Dr Maurice Hepp,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE

Myomes et grossesses.

M. Hofmeier. — J'ai observé 550 femmes atteintes de fibromyomes utérins, et je me suis spécialement attaché à déterminer l'influence de ce genre de tumeurs sur les grossesses éventuelles.

Voici d'abord quelques chiffres : de ces 550 malades, 114, c'est-à-dire 20.72 %, n'étaient pas mariées; parmi les 436 (79.27 %) qui étaient mariées, 117, soit 26.83 %, restèrent stériles, mais il convient de faire observer qu'en moyenne ces femmes étaient âgées de quarante ans et demi, et étaient mariées depuis quinze ans. Enfin les 319 dernières eurent des grossesses. Je crois pouvoir conclure de cette statistique et des diverses particularités relevées chez les malades qui en ont fourni les éléments :

1° Que, parmi les femmes atteintes de myomes, la proportion des *femmes non mariées* n'est pas plus grande que parmi les femmes atteintes d'affections gynécologiques quelconques, ou même que dans la population en général;

2° Que, si la proportion des femmes mariées atteintes de myomes et *stériles* (plus de 25 %) est très élevée par rapport au chiffre général des mariages stériles (environ 11 %), il ne faut pas cependant mettre cette stérilité, qui, dans la plupart des cas, existait déjà depuis un grand nombre d'années, sur le compte du myome;

3° Que, 224 malades, sur 550, n'ayant jamais conçu, et 70 n'ayant eu qu'une seule grossesse, l'absence de grossesse semble favoriser l'éclosion du myome;

4° Que l'existence de myomes *gêne très peu la conception* (44 observations personnelles) et ne trouble pas très souvent la marche de la gestation. Pour cette raison, les interventions opératoires au cours de la grossesse sont rarement indiquées et ne peuvent devenir nécessaires qu'à la fin de la gravidité;

5° Que l'accouchement et la période de délivrance évoluent presque toujours favorablement avec un peu de surveillance.

M. Eustache (de Lille). — J'ai eu à intervenir chez une femme atteinte de dégénérescence fibromyomateuse énorme de l'utérus, avec grossesse à terme et travail commencé depuis plusieurs jours déjà.

La terminaison de l'accouchement étant impossible par les voies naturelles et des accidents infectieux étant fort à redouter, je n'hésitai pas à pratiquer l'hystérectomie abdominale totale, ce qui me permit de retirer un enfant mort et macéré. Les suites opératoires furent des plus simples.

Ce succès, et ceux que nombre d'auteurs ont obtenus dans des cas analogues par la même intervention, m'engagent à déclarer que, contre la dystocie par fibromyome utérin, l'opération césarienne conservatrice comme l'opération de Porro doivent céder le pas à l'hystérectomie abdominale totale.

M. A. Martin (de Rouen). — Tout en acceptant les conclusions de M. Hofmeier, je crois devoir protester contre leur absolutisme. Il n'est pas niable, en effet, que le fibrome soit un obstacle à l'évolution de la grossesse et devienne fréquemment la cause d'avortements. C'est ainsi que chez une de mes clientes, que des fausses couches répétées avaient fait soupçonner de syphilis, je reconnus l'existence de fibromes multiples et fis l'ablation totale de l'utérus.

Outre la gêne qu'apportent les myomes au développement de la grossesse, ils constituent en outre, au moment du travail, un obstacle quelquefois invincible à la sortie de l'enfant. Aussi n'hésiterais-je guère, au cours de la gestation et à une époque relativement peu avancée, à faire la laparotomie pour extirper les fibromes pédiculés et même sessiles. C'est là une opération facile. On doit seulement prendre soin, en taillant les lambeaux quand il s'agit de tumeurs sessiles, de bien rester dans la paroi utérine et de ne pas entamer la cavité de l'utérus. Après suture, la grossesse continue et l'accouchement se fait sans encombre.

M. Pinard. — Les progrès de la chirurgie sont merveilleux et nous adoptons tous avec enthousiasme et l'hystérectomie et la myomectomie. Mais il faut réserver ces interventions si avantageuses aux cas où elles sont vraiment nécessaires. Or, je me range pleinement à l'avis de M. Hofmeier : dans l'immense majorité des cas, nous pouvons sans intervention laisser évoluer la grossesse compliquée de fibromes et bien rarement nous avons à le regretter. Sur 83 cas de myomes observés dans mon service de 1895 à 1900 (sur 12,050 accouchements), je n'ai dû recourir aux grandes opérations que 4 fois. Cela veut dire que je suis absolument abstentionniste en principe, sauf circonstances spéciales. Je suis certain que quand M. Martin aura observé un plus grand nombre de faits, il reconnaîtra que les accidents en cas de myomes compliquant la grossesse sont moins fréquents qu'il ne le pense aujourd'hui, et il verra que le volume des myomes et leur lieu d'insertion ne constituent pas fatalement des indications d'intervenir.

M. La Torre (de Rome) se range à l'avis de MM. Hofmeier et Pinard.

De l'omphalotripsie.

M. Porak. — Depuis l'an passé, j'emploie couramment l'omphalotripsie, et cette méthode a justifié sa raison d'être par ses avantages au point de vue de l'hémostase et de l'antisepsie.

En effet, sur 1,239 cas dont nous avons relevé la statistique (sur plus de 3,000 cas observés), je note qu'une dizaine de fois à peine l'hémostase a été insuffisante, et qu'il a fallu laisser une pince à forte pression à demeure. Même alors, l'omphalotripsie permet d'enlever, au bout de très peu de temps, la pince qu'on a appliquée sur le cordon pour plus de sécurité.

L'antisepsie du cordon est très facile à assurer avec cette méthode. Sur les 1,239 cas de ma statistique, il n'y a eu que 56 fois une cicatrisation anormale, caractérisée 14 fois par un retard de la cicatrisation, 10 fois par de l'érythème, 5 fois par de la suppuration ou du saignottement, 26 fois par un épaississement inflammatoire du bourrelet. On a noté seulement 3 décès.

Enfin, dans mon service des débiles, l'omphalotripsie a donné, sur 51 observations, 15 cas d'infection ombilicale (28 %) et 8 décès (16 %), tandis que les ligatures, sur 55 cas, ont amené 26 fois l'infection ombilicale (47 %) et 14 fois la mort (25 %).

M. A. Martin (de Greifswald). — Comme traitement du cordon ombilical, voici la technique que j'emploie : immédiatement après la naissance, je lie le cordon ombilical avec un fil aseptique au ras de l'abdomen. Puis je sectionne la tige funiculaire à 1 centim. 1/2 de la ligature avec un fer à friser chaud.

Par ce procédé, l'hémostase est certaine. La chute de l'eschare se fait du quatrième au septième jour, laissant une plaie complètement cicatrisée (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 70).

M. Bar. — Si nous comparons les résultats obtenus en ville et à l'hôpital, nous voyons qu'il existe entre eux une différence absolue. Dans certains services, les enfants meurent dans une proportion de 10 %; dans la clientèle privée, la cicatrisation du nombril se fait presque toujours sans accidents. Pour parer à ces complications hospitalières, il y avait quelque chose à faire. C'est ce qu'ont tenté MM. Porak et Martin.

De mon côté, j'ai obtenu les meilleurs résultats à l'hôpital Saint-Antoine en m'efforçant de supprimer le plus vite possible les débris funiculaires et d'éviter toute souillure du cordon par l'emploi d'un pansement antiseptique. Pour réaliser ces conditions, j'applique une pince spéciale à forcipressure au ras de la peau. Le cordon réduit à l'épaisseur d'une mince feuille de papier tombe au cinquième jour en général. La plaie ombilicale, sèche et nette, se cicatrise très vite.

Après la chute du cordon, comme il peut exister une béance de la veine ombilicale, je ne baigne jamais les enfants avant le quinzième jour.

M. Charles. — J'avais essayé tous les procédés de traitement du cordon sans en être satisfait quand, dernièrement, j'ai eu recours au procédé de Martin qui m'a paru donner d'excellents résultats.

M. Pinard. — Malgré ce qui a été dit, et au risque de ne pas avoir le prestige que donne l'emploi d'un instrument scientifique comme l'omphalotribe et de me priver de l'élégant manuel opératoire que comporte l'usage du fer à friser, je m'en tiens à l'emploi des moyens traditionnels : ciseaux et fil — mais tous deux absolument aseptiques. Le cordon lié avec le fil, coupé avec les ciseaux, doit être ensuite pansé de façon aseptique ; je ne vois pas la nécessité d'une autre manière de faire.

M. Budin. — Il faut tenir grand compte de la question de milieu. A la Charité, je n'avais jamais ou presque jamais d'infection ombilicale ; à la clinique Tarnier, qui ne possédait pas de service d'isolement, il n'en fut pas de même. En voyant les nombreux accidents ombilicaux, dont 7 mortels dans les trois premiers mois de l'année, j'ai eu recours, en avril, à l'omphalotribe, mais cela ne m'a pas empêché d'avoir 4 enfants infectés sur 24, et un de ces nouveau-nés a succombé.

Quand le service a été complété par une salle d'isolement, les résultats sont redevenus excellents et j'en suis revenu au fil aseptique.

(A suivre.)

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement des furoncles par les applications de solution alcoolique d'ichtyol.

Contre les éruptions furonculeuses, notamment lorsqu'elles sont multiples, M. le docteur C. Ullmann, privatdocent de dermatologie à la Faculté de médecine de Vienne, a recours avec succès aux badigeonnages de la partie atteinte au moyen d'une mixture à l'ichtyol formulée comme il suit :

Ichtyol...	ãã 6 grammes.
Ether sulfurique...	
Alcool dilué...	7 —

On rase avec soin la région qui est le siège de la furonculose et on y applique largement, deux ou trois fois par jour, le liquide en question qui, par l'évaporation du dissolvant, laisse déposer sur la peau une couche uniforme et fortement adhérente d'ichtyol pur. Après un certain nombre de badigeonnages, on enlève cette couche au moyen de l'éther et l'on procède ensuite à de nouvelles applications d'ichtyol.

L'effet thérapeutique de cette médication locale se manifesterait souvent quelques heures après le premier badigeonnage par une diminution rapide de tous les phénomènes inflammatoires. Dans nombre de cas on verrait, au bout de quelques jours de traitement, les furoncles s'affaisser et se dessécher complètement, et on constaterait même la résorption de foyers ayant déjà subi un processus de nécrobiose.

Quand, après un certain laps de temps, il subsiste encore des indurations profondes des téguments, M. Ullmann obtient la disparition rapide de ces infiltrations par des badigeonnages avec la même solution d'ichtyol, mais additionnée cette fois de 1 % de chrysarobine préalablement dissoute dans un mélange d'éther et d'alcool.

Le pyrogallol contre l'eczéma des enfants.

Les éruptions eczémateuses humides chez les enfants étant souvent très rebelles, M. le docteur L. Leistikow (de Hambourg) emploie pour les traiter l'acide pyrogallique qui aurait contre elles une efficacité presque absolue. Notre confrère commence par appliquer sur les parties atteintes une pommade contenant de 0.5 à 1 % de pyrogallol, dont il augmente progressivement la proportion jusqu'à 2 % et même 3 %, dans les cas graves.

L'acide pyrogallique employé de la sorte a toujours été bien supporté par les petits malades, même par les nourrissons, et n'a jamais provoqué de coloration foncée des urines, lesquelles, il va sans dire, doivent être surveillées attentivement. Lorsque, sous l'influence du médicament, on voit survenir des érythèmes cutanés, il suffit de faire des onctions avec une pommade à l'oxyde de zinc et à l'ichtyol pour revenir, au bout de quelques jours, à l'usage du pyrogallol. Les récidives de l'eczéma seraient rares après ce traitement et elles affecteraient le plus souvent la forme de placards maculo-squameux qui céderaient rapidement à de nouvelles applications d'acide pyrogallique,

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Trousseau. — M. BROCA.

Pyohémie d'origine otique.

Parmi les complications des otites moyennes suppurées, quelques-unes, et des plus graves, sont exclusivement locales : ainsi les méningites, les abcès encéphaliques; à celles-là convient très nettement le nom de complications intracrâniennes. Quant à la phlébite des sinus, si elle mérite à bien des égards de prendre place à côté des deux lésions que je viens de citer, il faut ajouter tout de suite qu'on ne saurait en faire exclusivement une complication intracrânienne.

Elle appartient à ce groupe, d'abord, parce que souvent elle est associée à la méningite et surtout à l'abcès encéphalique, à l'abcès cérébelleux en particulier; et il est fréquent de constater, soit au cours d'une opération, soit pendant une autopsie, que le sinus thrombosé baigne dans un abcès extradural et touche à un abcès du cervelet. Elle mérite encore de lui être rattachée parce que, fréquemment, sa symptomatologie propre relève avant tout de l'irritation méningée et de la stase veineuse dans les centres nerveux.

Mais, même dans ces conditions, il est de règle qu'aux troubles cérébraux se joignent des symptômes d'infection septique générale; et il n'est pas exceptionnel que ces accidents dominent la scène. Quand on a opéré quelques malades pour phlébite du sinus, on sait que le pronostic final dépend essentiellement soit d'une septicémie aiguë sans foyers localisés, soit de lésions métastatiques, pulmonaires en particulier.

En cela, la phlébite des sinus consécutive à l'otorrhée ressemble à toutes les phlébites infectieuses, et on ne saurait en être surpris. Nous n'en sommes plus à discuter sans fin sur les différences de la septicémie et de la pyohémie avec la septico-pyohémie pour faire plaisir aux éclectiques, ni à écrire des volumes sur le rôle de la phlébite dans la genèse de la pyohémie. Nous savons, aujourd'hui, que le système veineux joue le rôle principal dans l'absorption des germes septiques, qu'il y ait ou non des lésions de phlébite manifeste, avec ou sans thrombose; nous savons aussi que, selon la virulence, selon le terrain, selon le mode d'inoculation, le même microbe provoque une septicémie avec ou sans foyers emboliques suppurés.

Ce qui précède s'applique aux septicémies qui trouvent dans l'oreille leur porte d'entrée. Elles sont soumises encore à cette règle générale que les abcès multiples, et surtout ceux qui relèvent d'embolies dans le système aortique, se produisent dans les cas les moins graves, où l'infection moins rapidement mortelle laisse aux embolies septiques le temps de suppurer. N'est-ce pas de cette constatation qu'est née la doctrine ancienne sur le rôle favorable des abcès « critiques » et la pratique moderne des « abcès de fixation » provoqués?

Pour l'oreille en particulier, il y a déjà assez longtemps que Chauvel (1) a montré la bénignité relative et la tendance fréquente à la guérison des septicémies et septico-pyohémies consécutives à l'otite moyenne suppurée; et sans méconnaître l'importance des volumineux mémoires consacrés depuis à ce sujet par Hessler, Körner, Binger, Leutert, etc., je ne puis m'empêcher d'être étonné que dans une thèse récente, M. L. Roy (2), élève de Luc, attribue à ces auteurs l'honneur d'avoir posé le problème à partir de 1894.

(1) CHAUVEL. Septicémies et septico-pyohémies consécutives à l'otite moyenne suppurée. (*Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, 29 juin 1892, p. 474, et *Semaine Médicale*, 1892, p. 267.)

(2) ROY. Infection d'origine auriculaire sans thrombo-phlébite sinusale. (*Thèse de Paris*, 1899-1900.)

Ce qu'ils ont fait, ç'a été de nous montrer qu'on peut, jusqu'à un certain point, établir deux types : dans l'un, presque constamment mortel, il y a une thrombo-phlébite et les embolies ont coutume de s'arrêter dans le poumon; dans l'autre, où les abcès se localisent dans le système aortique et où la bénignité est beaucoup plus grande, le sinus et la jugulaire restent perméables, il n'y a ordinairement pas de thrombose.

Cette règle n'est certes pas sans exception; mais, en général, elle se trouve vérifiée à l'autopsie ou au cours des opérations pratiquées sur l'apophyse et le sinus, et les auteurs allemands que je viens de citer ont eu le mérite de chercher la cause de ces différences.

La première explication est celle d'O. Körner : la phlébite est intra-osseuse, elle porte sur les veinules qui traversent le rocher. Le foyer infectieux étant plus petit, la bénignité des accidents est plus grande; de là aussi le volume moindre des embolies, qui peuvent dès lors traverser les capillaires pulmonaires et arriver jusque dans le système aortique. Théorie pure, car il n'y a pas d'autopsie, objecte Leutert; en réalité, on reconnaît la phlébite oblitérante du sinus latéral, mais au cours des opérations on méconnaît la phlébite pariétale, non oblitérante, qui atteint le golfe de la jugulaire en contact avec le plancher de la caisse; et Leutert cite, en effet, une autopsie où cette lésion existait. Voilà bien un foyer infectieux de petit volume et un caillot constamment balayé par le sang, en sorte que les parcelles entraînées sont assez ténues pour franchir le réseau pulmonaire.

Une autopsie positive, c'est peu : mais n'oublions pas que les cas dont nous nous occupons guérissent souvent, même sans que l'on ait eu à agir chirurgicalement sur le sinus ou la jugulaire, et concluons que ces discussions pathogéniques ne sont pas, jusqu'à nouvel ordre, d'un intérêt majeur pour le praticien. Car, dans l'état actuel de nos connaissances, notre règle doit être d'ouvrir le sinus et la jugulaire si les signes et symptômes nous démontrent leur occlusion; de les respecter, au contraire, si nous les croyons perméables, ce qui est l'habitude dans les cas de pyohémie avec abcès métastatiques extra-pulmonaires.

Luc (1) et son élève L. Roy (2) poussent plus loin l'opposition entre ces deux types, et ils nous disent que *presque toujours* le type bénin, sans thrombose mais avec métastases extra-pulmonaires, est la conséquence d'une otite aiguë, sans lésions osseuses, sans complications du côté de l'apophyse. Cela est à peu près exact, mais non point tout à fait. Les relevés de Hessler (3) montrent, en effet, que même alors l'otite est chronique dans environ un tiers des cas. Et d'autre part, ce qui est d'un intérêt pratique réel, dans les 4 cas que j'ai traités, il y avait 3 fois des lésions mastoïdiennes qui exigèrent la trépanation. La question délicate est précisément de déterminer quand cette trépanation est utile, quand elle doit être complétée par l'ouverture du sinus; et si assez souvent nous constatons derrière l'oreille des signes démontrant la participation de l'apophyse, il n'en est pas toujours ainsi. C'est alors que vous pourrez être embarrassés, et c'est pour cela que je crois devoir attirer votre attention sur l'histoire d'une fillette de cinq ans et demi, actuellement guérie d'une pyohémie d'origine otique et encore en traitement dans la salle Valleix à la suite d'une trépanation complète de l'apophyse et de la caisse.

Cette opération osseuse n'a été pratiquée que six semaines après l'ouverture, au début de janvier, de deux graves abcès de nature pyohémique; et cette histoire clinique peut vous servir de type pour étudier la pyohémie consécutive à l'otite aiguë.

(1) LUC. Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et les cavités accessoires des fosses nasales. Leçon XXIII, p. 411. Paris, 1900.

(2) ROY. (*Loc. cit.*)

(3) HESSLER. Die otogene Pyämie. Iéna, 1896. Voir les tableaux, p. 120 et suiv., et surtout le tableau IV, p. 221 et le tableau IX, p. 223.

Chez cette enfant, l'otite était assez récente lorsque débutèrent les accidents infectieux. Rien d'anormal n'est à noter de ses antécédents personnels ou héréditaires — car, si elle a un frère atteint de mal de Pott, cela n'a aucun lien avec les lésions qu'elle présente. Elle a eu à cinq ans la rougeole, puis la varicelle, mais sans complications, et lorsqu'elle nous fut apportée, le 2 janvier 1900, son oreille ne coulait que depuis un mois, sans cause bien déterminée.

A cette époque, il y avait eu des accidents fébriles graves : un médecin appelé avait constaté une température de 40°, avec vives douleurs à l'oreille droite. Très peu après, vers le bord externe de l'éminence thénar, le pouce gauche avait gonflé tout en devenant douloureux; quelques jours plus tard, était venu le tour de la jambe droite; dans toute sa hauteur, du genou au cou-de-pied, le gonflement fut intense et la douleur telle, dit la mère, que le simple contact des couvertures ne pouvait être supporté.

Nous apprenions, en somme, que l'oreille coulait depuis un mois environ et que, presque aussitôt, avaient débuté des accidents du côté des membres, au pouce gauche d'abord, à la jambe droite ensuite.

Je vis le 2 janvier cette enfant pâle, très amaigrie; elle m'était présentée en raison de lésions inflammatoires de la jambe droite, laquelle était fortement œdématiée, avec des téguments d'une rougeur diffuse et gardant l'empreinte du doigt. Le gonflement, qui paraissait un peu moindre sur la face interne du tibia, était notable au cou-de-pied, et là, au niveau des deux malléoles, la rougeur était vive, avec teinte violacée; un gonflement profond soulevait les masses musculaires du mollet et de la région antéro-externe de la jambe; mais je ne pus y sentir de fluctuation. Il est vrai que la moindre pression était horriblement douloureuse, en sorte que je ne cherchai point avec insistance la sensation de flot.

C'était, du reste, superflu pour déterminer l'utilité d'une intervention, sinon immédiate, au moins rapide, d'autant plus qu'au premier abord je conclus à une ostéomyélite aiguë du tibia. N'était-ce point la première hypothèse qui venait immédiatement à l'esprit pour expliquer cette inflammation de toute la jambe, avec gonflement du genou et peut-être épanchement léger dans cette jointure? En outre, la douleur à la pression était nette sur la malléole interne, sur le haut du tibia; aux téguments, on voyait un réseau veineux indiquant une circulation collatérale développée. J'étais seulement un peu surpris que la pression ne fût pas douloureuse sur la face interne de l'os, alors qu'elle était très mal supportée au niveau des masses musculaires antérieures et postérieures.

Je fus d'autant plus confirmé dans cette opinion que je trouvai sur le bord radial de l'éminence thénar, contre l'extrémité inférieure du premier métacarpien, un petit abcès gros comme un pois, peu douloureux, fluctuant, rosé au sommet. Et mon diagnostic fut : ostéomyélite subaiguë, bénigne, du premier métacarpien, ayant eu pour porte d'entrée une otite moyenne aiguë suppurée de cause inconnue; ostéomyélite secondaire du tibia. Ce foyer secondaire, comme cela est fréquent lorsque l'os atteint le premier est de petit volume, était bien plus grave que le foyer primitif.

L'état général dénotait une infection sérieuse : quoique la température ne fût qu'à 38°5, la langue était très saburrale, la soif vive, les lèvres décolorées. Nous étions à la fin de la consultation et je remis l'enfant entre les mains de mon interne Barbarin, avec consigne d'opérer dans la journée pour peu que l'état parût s'aggraver.

Or, à l'examen plus approfondi les quelques doutes que j'avais eus sur l'origine osseuse de l'inflammation parurent justifiés à mon interne. Il ne trouva pas de fluctuation dans les parties

molles, et d'autre part il ne voulut pas trépaner un tibia dont toute la face interne était indolente à la pression. Le soir, la température ne monta qu'à 39°4, l'infection ne sembla pas exiger une opération d'urgence, et, la jambe enveloppée dans des compresses humides au sublimé, l'enfant me fut de nouveau présentée le 3 janvier au matin.

Comme l'indication opératoire était évidente, je commençai par faire donner du chloroforme. Et alors, la douleur à la pression ayant disparu et toute défense ayant cessé, je constatai qu'il y avait deux grosses collections fluctuantes, l'une dans la loge antéro-externe, l'autre dans le mollet, toutes deux profondes, sous-aponévrotiques. Cela confirma mon hypothèse d'une lésion tibiale : ne fallait-il pas quelque chose, entre ces deux poches relevant d'une lésion commune? Aussi fus-je assez surpris, après avoir ouvert sur presque toute la hauteur de la jambe la collection antérieure, de ne trouver nulle part une dénudation osseuse; l'abcès était profond, sous-musculaire, appliqué contre la face externe de l'os, mais sans aucun décollement périostique. J'incisai donc l'abcès postérieur contre le bord postérieur du tibia : il était bien sous-aponévrotique, mais là encore l'os n'était pas dénudé. L'ostéomyélite devenait donc peu probable; pour être sûr de mon fait, je mis à nu, au-dessus de la malléole interne, le bulbe inférieur du tibia et je le trouvai parfaitement sain.

De même, le petit abcès que j'ouvris à l'éminence thénar et qui contenait du pus concret était limité aux parties molles.

Os ou parties molles, cela ne changeait d'ailleurs rien à l'essence des accidents : il s'agissait dans un cas comme dans l'autre d'une infection purulente consécutive à une suppuration de l'oreille, et au point de vue purement théorique la localisation exacte des embolies pyogènes n'avait qu'un intérêt secondaire. L'importance pratique était grande, au contraire, et pour être sûr de ne pas laisser du pus stagner dans l'os, comme je restais dans le doute, je fis une incision exploratrice sur le tibia : celui-ci me parut sain.

Le lendemain matin, l'amélioration était bien peu sensible : localement tout allait bien, mais l'état général ne valait guère mieux que la veille. En outre, une douleur assez vive existait à la hanche gauche, sans qu'aucun signe local ne me permît toutefois de conclure à l'existence d'un abcès. La température était remontée à 39°4. Le soir, elle était à 39°6

Le 5 janvier au matin, elle était redescendue à 38°5, mais l'état général était toujours le même, et il y avait à la hanche gauche, en avant et en dedans du grand trochanter, une tuméfaction évidente. Au-dessus, les muscles étaient tendus, d'autre part la pression était très douloureuse, en sorte que je ne pus constater la fluctuation. Cela me parut d'ailleurs inutile pour affirmer l'existence d'une collection purulente qui devait être évacuée : sous le chloroforme je sentis la fluctuation et je fis une longue incision en avant du grand trochanter. La poche s'étendait assez loin en avant du col fémoral; je n'y trouvai, comme dans celle du mollet, aucun point osseux dénudé et je ne constatai aucune communication avec l'articulation. Au reste, je n'avais pas eu, cliniquement, les signes de l'arthrite de la hanche.

Le soir de l'opération, le thermomètre marquait 39° dans le rectum. Mais ce furent les dernières heures de fièvre élevée, car le 6 au matin il n'y avait que 37°. Ce n'était pas, il est vrai, une défervescence absolue et définitive, en ce sens que la température resta presque toujours entre 37°4 et 37°8, atteignant de temps à autre 38°. Le 27 janvier au soir, il y eut même une brusque poussée à 39°6, avec chute à 37°3 le lendemain matin. Mais cela ne me paraissait pas hors de proportion avec l'infection de vastes plaies anfractueuses, en très bonne voie sans doute, mais suppurant abondamment. Il n'y avait d'ailleurs aucun signe particulier du côté de l'oreille droite. L'otorrhée était assez peu abondante, non fétide, les souffrances étaient nulles, à la palpation l'apophyse se montrait normale. De plus, l'enfant engraissait à vue d'œil, elle avait vite repris ses couleurs, sa gaieté, son appétit. Enfin, l'examen des urines ne révélait rien d'anormal; le foie et le poumon n'avaient subi aucune atteinte.

Mon pronostic était donc favorable et les incisions des membres inférieurs se cicatrisaient rapidement, lorsque, le 12 février, commencèrent des accidents du côté de l'oreille. Accidents d'abord légers : une simple augmentation de l'otorrhée, mais avec engorgement très net des ganglions sterno-mastoïdiens supérieurs. L'état général était bon, la température à 37°4, en sorte que rien ne me sembla indiquer une opération sur la mastoïde. Mais le gonflement sous-auriculaire augmenta, avec empâtement profond et douleur à la pression. Enfin, le 23 au matin la température monta à 38°6, le soir à 39°8; et le 24, à la visite du matin, je la trouvai de 39°.

En même temps, la tuméfaction cervicale supérieure était devenue volumineuse et je crus bien y percevoir de la fluctuation profonde; je n'insistai pas, pour éviter à l'enfant des souffrances inutiles, car en tout état de cause la fièvre, certainement due à la suppuration auriculaire, était une indication opératoire urgente.

Il n'y avait aucun œdème, aucune rougeur sur l'apophyse, seulement un peu sensible à la pression, mais j'étais bien certain d'y trouver des lésions graves, probablement accompagnées de l'abcès cervical profond qui caractérise la mastoïdite de Bezold. Je commençai donc par la trépanation au lieu d'élection et, sous une couche corticale mince, friable, j'entrai dans des cellules spacieuses, remplies d'un pus abondant. Toute la pointe était ainsi cariée; l'aditus de même était élargi, et j'arrivai facilement dans la caisse.

Cela fait, j'avais à m'occuper du cou; au-dessous de la pointe de l'apophyse, j'enfonçai la sonde cannelée à travers les fibres du sterno-mastoïdien et je pénétrai ainsi dans un gros abcès maxillo-pharyngien que j'incisai sur toute sa hauteur. Après quoi, comme il persistait vers la nuque un empâtement profond, à fluctuation obscure, j'incisai franchement et je trouvai un nouvel abcès. Ces deux poches cervicales venaient de la face interne de la pointe de l'apophyse, que je fis sauter.

A partir de ce moment, tout alla bien. La température mit quatre jours pour tomber entre 37° et 37°6, et une semaine de plus pour arriver régulièrement à 37°. A la fin de mars, l'apyrexie était parfaite, l'état général excellent, les plaies des membres presque complètement cicatrisées. A l'oreille existait une vaste cavité osseuse dont l'épidermisation devait être lente, comme de coutume; mais je pouvais affirmer dès lors la guérison (1). La petite malade avait seulement perdu à la bataille le nerf facial que j'avais coupé probablement en faisant sauter la pointe de l'apophyse et en ouvrant largement l'abcès maxillo-pharyngien; car, d'après ce que j'ai vu en opérant, je ne crois pas l'avoir lésé au seuil de l'aditus, en évidant l'apophyse, très friable.

La filiation exacte des accidents, telle que je viens de l'exposer devant vous, est bien établie par ce fait que l'otorrhée a nettement précédé les abcès des membres. Et aux trois opérations successives, M. Tollemer a examiné le pus, qui contenait dans les trois foyers des streptocoques.

De ce fait, il faut d'abord retenir que, si les complications septiques sont plus fréquemment le résultat d'otites moyennes suppurées chroniques, la rapidité des accidents est parfois grande, l'infection se manifestant dès la période aiguë. Il est d'ailleurs à remarquer que parmi les complications graves des otites la pyohémie, avec ou sans thrombose du sinus latéral, est celle pour laquelle cette exception est le moins rare; et si l'on consulte les tableaux insérés par Hessler dans sa récente et volumineuse monographie, on constate que les cas aigus sont plus fréquents que les autres (27 contre 12) parmi les malades guéris sans intervention sur le sinus d'une infection générale à foyers métastatiques.

J'ai observé un autre enfant chez lequel l'évolution de la maladie, qui d'ailleurs aboutit à la mort, fut tout le temps aiguë. Il s'agit d'un collégien, auprès duquel je fus appelé, il y a environ quatre ans, et qui, trois semaines auparavant, avait été pris d'une angine aiguë, compliquée en quelques jour d'une otite moyenne suppurée à gauche. Très apidement s'était déclarée une mastoïdite ave volumineux abcès traité par l'incision simp.e. L'état général resta tout le temps grave, avec fièvre vive; et je fus consulté lorsque se déclarèrent les signes d'une arthrite aiguë, suppurée, du genou gauche. Je fis une large arthrotomie; je débridai la fistule mastoïdienne qui conduisait dans un vaste décollement avec dénudation étendue vers la fosse temporale, et je terminai par l'évidement de l'apophyse. Mais il était trop tard, et l'enfant succomba le lendemain dans le même état d'infection générale qu'avant l'opération.

Pourquoi, tandis que l'otite n'est aiguë que dans 29.3 % des cas de pyohémie auriculaire en général, la proportion est-elle renversée pour les faits accompagnés de foyers métastatiques guéris sans intervention sur le sinus et la veine jugulaire? J'ignore complètement l'explication de cette anomalie et je ne la trouve pas davantage dans le mémoire de Hessler. Pas plus que je ne sais pourquoi l'otite moyenne initiale est aiguë 32.2 fois sur cent dans les infections générales à foyers métastatiques avec ou sans thrombose du sinus, tandis que la proportion tombe à 23.8 % pour les cas sans infection métastatique.

Quoi qu'il en soit, les faits personnels sur lesquels j'attire votre attention concernent la catégorie spéciale des pyohémies proprement dites, avec abcès métastatiques et sans signes conduisant à ouvrir le sinus latéral et la jugulaire. Sans doute, dans l'état actuel de la science, c'est à la voie veineuse que nous devons attribuer l'absorption et la dissémination des germes septiques. Mais cela s'est produit sans retentissement local apparent, sans aucun des signes et symptômes qui nous font diagnostiquer la phlébite du sinus.

En pathogénie pure, cette distinction n'a peut-être pas un bien grand intérêt. Mais vous comprenez qu'en pratique il n'en soit pas de même. On a bien dit, je le sais, que, même lorsque le sinus n'est pas thrombosé, il est bon de l'ouvrir pour le tamponner et de lier la jugulaire au cou afin de barrer la route aux embolies septiques; je ne crois cependant pas que cette pratique soit justifiée, et pour mon compte personnel je la réserve aux cas où la phlébite du sinus est cliniquement caractérisée.

N'aurais-je pas dû, cependant, sans aller aussi loin, ouvrir largement et tout de suite les cavités de l'oreille moyenne? L'événement m'a prouvé que cette opération était sûrement indiquée dès le premier jour par les lésions anatomiques; car, de toute certitude, des altérations osseuses aussi profondes, aussi étendues, étaient déjà fort accentuées lorsque l'enfant fut admise à l'hôpital. Mais, à part l'écoulement d'oreille, il n'y avait aucun symptôme; la région rétro-auriculaire était normale d'aspect, indolente à la pression, et j'étais en droit d'espérer que les moyens simples viendraient à bout d'une otite aiguë, vieille seulement de deux mois. J'ai beau ne pas craindre l'évidement de l'apophyse et de la caisse, deux mois de date ne me suffisent pas pour attaquer de la sorte une otorrhée. Car, je le répète, aucun signe, aucun symptôme ne me permettait de conclure à des lésions mastoïdiennes profondes. Cela se conçoit, car c'est vers la face interne de la pointe, vers le triangle maxillo-pharyn-

(1) Actuellement (15 juin 1900) l'enfant a quitté l'hôpital, où elle vient deux fois par semaine pour le pansement de l'évidement pétro-mastoïdien.

gien que le processus tendait à gagner; si bien qu'au dernier jour, alors que l'abcès cervical profond était évident, la région rétro-auriculaire demeurait normale. Et cependant, sous une lame corticale saine, mais peu épaisse, je trouvai l'apophyse désorganisée. Ce n'est pas la première fois que je constate ce grand désaccord entre la gravité des lésions osseuses et l'intensité des signes physiques; je n'insiste pas, car cela ne rentre que tout à fait accessoirement dans le sujet que je traite aujourd'hui.

Ce qui précède s'applique à une otite aiguë, où l'on ne doit pas, en général, recourir d'emblée au traitement chirurgical radical s'il n'y a pas mastoïdite concomitante. En principe, au contraire, des complications septiques généralisées sont, au même titre que les complications intracrâniennes, une indication au traitement opératoire d'une otite moyenne suppurée chronique, même lorsque la région rétro-auriculaire paraît saine à l'examen clinique. Mais l'histoire suivante va vous prouver que cette règle comporte des exceptions.

Le 23 décembre 1898, on m'apportait à l'hôpital Trousseau un garçon de treize ans qui, à peu près depuis sa naissance, était atteint d'un écoulement de l'oreille gauche. L'otorrhée, d'abondance très variable, avait été traitée vers l'âge d'un an par des lavages, et ensuite par le mépris, ce qui revient à peu près au même. C'était depuis trois jours seulement qu'avaient débuté les accidents actuels. Accidents des plus graves, si bien que le malade était infecté au point de n'avoir presque plus connaissance, avec une température vespérale de 40°6. Cet état septicémique des plus caractérisés devait être rapporté à l'oreille, car, tandis qu'il débutait, celle-ci avait été le siège de douleurs térébrantes; et si, lors de l'admission, l'écoulement était à peu près nul, j'appris que la veille il avait été encore fort abondant.

La région rétro-auriculaire était normale d'aspect et de consistance, mais la douleur à la pression y était vive; et, surtout, au-dessous d'elle, le tiers supérieur de la région cervicale latérale et de la nuque était le siège d'un gonflement notable. Sous un œdème diffus, sans changement de couleur à la peau, on sentait que les ganglions carotidiens supérieurs étaient engorgés; la douleur à la pression le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien était à ce niveau très nette. Douleur à la pression sur le cou et sur l'apophyse, engorgement ganglionnaire et œdème de la région carotidienne supérieure, accidents septiques intenses : je me crus en droit de diagnostiquer une phlébite du sinus latéral et de la jugulaire, et j'opérai en conséquence.

J'incisai donc sur le tiers supérieur du bord antérieur du sterno-mastoïdien et, pour aborder la jugulaire que j'avais l'intention de lier, j'extirpai aux ciseaux courbes un gros paquet de ganglions souples et non suppurés, mais rouges, enflammés; j'arrivai de la sorte sur une jugulaire normale, mince, molle, souple et bleue, n'adhérant aucunement aux ganglions. Aussi ne la liai-je pas et passai-je à l'apophyse, que je trépanai au lieu d'élection sans y rien trouver : elle était éburnée, ne contenait ni pus ni fongosités. Je débridai vers la nuque pour être sûr de n'y pas laisser un foyer purulent profond, et là encore je ne rencontrai rien.

Je ne veux pas prétendre, en montrant cette intégrité extérieure de la veine jugulaire, que la résorption septique n'ait pas eu lieu par la voie veineuse. Mais il me parut que la ligature de la veine et le drainage du sinus n'avaient pas leur raison d'être; je pensai aussi qu'il était inutile d'ouvrir la caisse par une opération que l'éburnation de l'os devait rendre assez laborieuse. Et je me bornai à tamponner et à drainer largement les incisions.

Le pronostic était des plus sombres, et je ne fus aucunement surpris, le lendemain matin, de trouver le jeune malade en fort mauvais état. La température n'était sans doute qu'à 38°4, mais l'enfant était agité, délirant au point qu'il avait fallu mettre les planches à son lit pour l'y maintenir.

Le 26, à la visite du matin, nous constatâmes un fait nouveau : le bras droit était manifestement impotent. Et les mouvements instinctifs de défense provoqués par les pressions localisées — car il ne fallait pas songer à interroger le malade, tant il avait perdu connaissance — démontraient que de ce côté le coude et l'épaule étaient douloureux. Il n'y avait, d'ailleurs, en ces régions ni douleur, ni gonflement. La température était à 38°4, mais le soir elle monta à 40°2. Les choses allèrent vite du côté du coude, car, le 27 au matin, il présentait en arrière et en dedans un foyer rouge et empâté. Une incision fut donc pratiquée, et au fond de l'abcès l'os ne fut pas trouvé dénudé. Il n'y avait également aucune communication articulaire; d'ailleurs avant l'opération les mouvements communiqués à la jointure étaient libres. L'épaule, au contraire, était le siège d'un peu d'arthrite, car l'omoplate suivait les mouvements du bras; mais si à ce niveau la douleur à la pression était toujours vive, aucun signe local n'indiquait l'intervention opératoire.

Après cette opération, la température tomba lentement, tandis que peu à peu l'état général s'amendait. Il y eut, par la suite, des poussées thermiques irrégulières, vespérales, et la température du matin ne fut normale qu'à partir du 15 janvier; mais les plaies bourgeonnaient franchement et suppuraient peu, le délire avait cessé, l'appétit et le sommeil revenaient. Et dès les premiers jours de janvier il devint évident que le malade allait guérir.

A partir du 15 janvier, ai-je dit, la température matinale fut normale, à 37°2; le soir elle monta encore pendant tout le séjour du malade à l'hôpital — jusqu'au 5 février — à 37°5. Mais cette hyperthermie insignifiante n'entrava pas la convalescence; pas plus que ne l'entravèrent deux abcès remarquables par la froideur de leur évolution. Ce fut le type de ces « abcès soudains » comme on les appelait autrefois, lorsqu'on les observait, plus souvent que de nos jours, au cours des infections purulentes chirurgicales. Il n'y eut ni douleur, ni hyperthermie, ni rougeur avec empâtement, mais collection, du jour au lendemain, d'un abcès torpide; l'un de ces abcès siégeait sous la clavicule gauche, l'autre à la région sacrée droite. Leur pus contenait le staphylocoque doré. Au fond d'aucun des deux l'os ne fut trouvé dénudé et la cicatrisation se fit d'ailleurs rapidement, sans fistule. Le 24 avril, tout était guéri, l'état général étant parfait et l'oreille ne coulant plus.

J'ai encore observé ces abcès soudains chez un adulte (1) qui, à la suite d'une intervention par les voies naturelles pratiquée pour une otorrhée chronique par un auriste des plus distingués, eut une mastoïdite grave, bientôt compliquée d'abcès cervical. Je fus appelé auprès de lui à l'occasion d'un très gros abcès collecté très rapidement sous l'omoplate droite, sans changement de couleur de la peau, sans empâtement; il persistait d'ailleurs une fièvre grave, à courbe manifestement pyohémique. Sous mes yeux, quelques jours plus tard, se forma un gros abcès de la région deltoïdienne gauche. L'incision simple et large amena la guérison de ces poches purulentes au fond desquelles l'os n'était pas malade. Et bientôt la fièvre cessa, l'état général redevint bon; si bien qu'après toutes ces péripéties la guérison fut complète.

En même temps avait diminué, jusqu'à disparition complète, une vive douleur à la pression qui m'avait fait surveiller pendant plusieurs semaines la tête du péroné. Elle disparut sans formation d'abcès, de même que céda, chez l'enfant dont je viens de vous parler, la douleur de l'épaule avec signes évidents d'arthrite non suppurée. Il y a eu, bien certainement, des embolies septiques multiples dont quelques-unes n'ont pas abouti à la suppuration, mais ont été assez graves pour traduire leur présence par des phénomènes inflammatoires sérieux.

(1) Luc fait allusion à ce malade (*Loc. cit.*, p. 419). J'insiste sur ce point que l'otite causale était *chronique*.

Ma deuxième observation prouve que ces embolies pyohémiques suppurées peuvent survenir avec un foyer auriculaire ancien mais fort petit, sans que la mastoïde y prenne part; elle démontre qu'on peut les guérir en n'ouvrant qu'eux largement. Car je n'ai pas touché chirurgicalement à la caisse, assez vite guérie par les moyens simples et surtout par les instillations de glycérine phéniquée tandis que je m'occupais des collections métastatiques. C'était donc une otite moyenne chronique localement bénigne, sans délabrement osseux exigeant l'opération de Stacke; j'ai revu l'enfant à diverses reprises, toujours en bon état.

Pour les deux malades que j'ai soignés à l'hôpital, l'examen bactériologique a révélé une fois le streptocoque, une fois le staphylocoque doré, et il ne semble pas y avoir eu intervention de ces microbes anaérobies dont on a mis récemment le rôle en évidence dans les complications graves, surtout gangreneuses et putrides, des otites moyennes chroniques. C'est sans doute à ces infections généralisées dues aux microbes vulgaires de la suppuration que convient le pronostic relativement bénin attribué par Chauvel aux pyohémies d'origine otique. Au contraire, la mort est à peu près constante dans les cas, comme j'en ai également observé, où les poumons sont le siège d'embolies gangreneuses. C'est encore, si l'on veut, de l'infection purulente, mais d'une modalité clinique tout autre que celle dont je viens de relater quelques exemples.

TREIZIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

Tenu à Paris du 2 au 9 août 1900.

(Suite. — Voir nos six précédents numéros.)

SECTION DE PATHOLOGIE INTERNE

Diagnostic de l'insuffisance rénale.

M. Laache (de Christiania), *rapporteur*. — Dans l'insuffisance rénale, les symptômes correspondant à des lésions anatomiquement appréciables ne sont pas toujours faciles à distinguer des troubles purement fonctionnels. Le début se fait le plus souvent d'une façon lente et insidieuse, et les premières manifestations éclatent alors que l'insuffisance existe déjà depuis un certain laps de temps. Mais dès cette première phase il existe des altérations de l'urine portant sur sa composition et sur son volume : la diminution de la diurèse est d'observation courante; l'anurie absolue peut même survenir. Le poison spécifique qui détermine l'urémie nous est encore inconnu. L'abaissement de l'élimination de l'urée mérite de fixer l'attention, car elle annonce bien souvent l'explosion d'accidents redoutables. L'albuminurie constitue également un signe de grande valeur. L'hydropisie, qui est la conséquence de la diminution de la diurèse, peut faire défaut tant que le cœur est à même de compenser les effets de cette diminution.

La thérapeutique doit avant tout être prophylactique et viser l'hygiène du rein. Tant que l'opothérapie ne nous aura pas fourni un traitement efficace de l'insuffisance rénale, il faudra avoir recours au repos au lit, au régime lacté, au lavage du sang par des injections fréquentes et abondantes de sérum artificiel. L'état du cœur devra surtout être surveillé et la digitale sera fréquemment indiquée. L'hydrothérapie pratiquée avec modération peut également donner de bons résultats. On se trouvera souvent bien d'associer la saignée locale ou générale aux injections de sérum artificiel.

M. Achard (de Paris), *co-rapporteur*, donne lecture de son rapport, que nous avons publié récemment (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 247).

M. Richter (de Berlin). — Aucune des méthodes proposées pour évaluer le degré de l'insuffisance rénale n'est entièrement satisfaisante, car le point important est ici le rapport entre la quantité des substances retenues dans l'organisme et celle des substances qui sont éliminées. Or, pour évaluer le premier terme de ce rapport, nous ne possédons jusqu'ici qu'une méthode, la cryoscopie, que nous considérons avec M. Achard comme un procédé de laboratoire.

Etant donné l'intérêt qu'il y a en chirurgie de savoir avec certitude lequel des deux reins est le siège d'une lésion, j'ai étudié avec M. Casper la quantité de sucre éliminée par chacun des deux reins après une injection sous-cutanée de phloridzine, l'urine étant séparément recueillie à l'aide du cathétérisme des uretères. Lorsque les deux reins sont sains, ils excrètent tous deux la même quantité de sucre. Mais quand l'un d'eux est malade, le taux du sucre éliminé dans un même laps de temps est différent, et cette différence est proportionnelle au degré de l'altération anatomique du rein, telle qu'on la constate à l'autopsie.

M. De Dominicis. — Pour voir si la glycémie consécutive à l'injection de phloridzine est sous la dépendance du rein, j'ai dosé le sucre renfermé dans le sang avant et après la néphrectomie; immédiatement après l'opération, le taux de sucre est, comme avant, de 0 gr. 20 centigr.; mais une heure ou une heure et demie plus tard, cette quantité s'élève à 1 gr. 75 centigr.

M. Bard (de Genève). — A côté des lésions du rein qui diminuent la perméabilité de cet organe, il en existe d'autres où cette perméabilité est normale ou même augmentée : par exemple, dans les néphrites parenchymateuses. Or, si tout le monde est d'accord pour admettre que dans certaines affections du rein la perméabilité peut être normale, d'aucuns hésitent cependant à admettre qu'il puisse y avoir parfois augmentation. Pour moi, il n'y a pas de doute à cet égard, et je base ma conviction sur les faits suivants :

Chez les sujets atteints de néphrite interstitielle, les agents pyrétogènes produisent de la fièvre comme chez le sujet sain. Mais les malades qui ont une néphrite purement épithéliale ne font de la fièvre qu'avec une extrême difficulté, et j'ai par devers moi une cinquantaine d'observations où la pyohémie ou la tuberculose ont évolué d'une façon absolument apyrétique. C'est évidemment à la rapidité de l'élimination des poisons pyrétogènes que l'on doit attribuer l'absence de fièvre chez les sujets atteints de néphrite épithéliale. Injectée au lapin, l'urine de pareils malades a toujours provoqué un accès fébrile, alors qu'après l'injection d'urine normale l'apyrexie est la règle. Dans l'appréciation de la perméabilité rénale, il convient donc de faire entrer en ligne de compte l'action des maladies intercurrentes.

Dans les cas où il existe de l'urémie quoique la perméabilité soit augmentée, il faut admettre que l'urémie ressortit à une dyscrasie sanguine. Il existe donc deux syndromes urémiques, l'un légitime, à rein bouché et avec rétention des poisons dans le sang, l'autre n'ayant que les signes extérieurs de l'urémie et témoignant d'une altération de la crase sanguine.

La maladie d'Addison et le syndrome de l'insuffisance capsulaire.

M. Sergent (de Paris), en son nom et en celui de M. L. Bernard, fait remarquer que lorsqu'un malade succombe à la suite d'une infection légère, telle qu'une angine pultacée, greffée sur une insuffisance latente des capsules surrénales, les symptômes observés ne dépendent pas de l'infection surajoutée, mais relèvent essentiellement de l'insuffisance capsulaire. Cette dernière, seule, doit alors être incriminée, l'infection n'agissant qu'à titre de cause occasionnelle. Le syndrome d'insuffisance peut d'ailleurs éclater à l'occasion des circonstances les plus variées (traumatisme aseptique, etc.), ou même sans motif apparent; toujours cependant les accidents observés affectent la même allure.

Ces cas sont analogues à ceux où l'on voit éclater brusquement l'insuffisance hépatique absolue, à l'occasion d'un érysipèle, par exemple : on ne saurait soutenir que les troubles qui surviennent alors sont fonction de l'infection érysipélateuse et non de l'insuffisance hépatique.

Rôle étiologique de la tuberculose dans la maladie de Raynaud.

M. Rénon (de Paris). — En tenant compte de l'étiologie de l'asphyxie et de la gangrène symétriques des extrémités, on est amené à démembrer cette affection et à en faire un syndrome plutôt qu'une entité morbide propre. Dans certaines observations, il me semble exister entre ces accidents et la tuberculose (exception faite de certaines localisations tuberculeuses, comme la spondylite, qui peuvent avoir sur le système nerveux une influence immédiate) des rapports évidents de cause à effet. Tel fut le cas d'un de mes malades, qui perdit en dix jours presque toutes les phalanges des mains et une partie des oreilles, enlevées par la gangrène symétrique. Atteint d'une adénite tuberculeuse et de tuberculose pulmonaire, cet homme présenta, par la suite, à chaque poussée congestive nouvelle, un accès de cyanose et des douleurs dans les moignons mutilés des doigts.

M. Widal. — J'ai observé deux malades atteintes d'asphyxie locale aux extrémités des membres supérieurs et inférieurs, ainsi qu'à l'extrémité du nez. A l'autopsie du premier cas, je n'ai trouvé qu'une péricardite purulente à pneumocoques. Dans l'autre fait, relatif à un cancer du cœur à point de départ ovarien, il existait également une péricardite, les reins et les artères étant absolument normaux.

Dans les expériences entreprises en vue de reproduire expérimentalement la maladie de Raynaud, on n'obtient pas du tout les lésions caractéristiques de ce syndrome, mais seulement de vulgaires eschares. La maladie de Raynaud n'a pas encore été réalisée expérimentalement.

M. Potain. — Je puis citer, à l'appui de ce que vient de dire M. Rénon, l'observation d'une jeune fille atteinte de sclérodactylie et de sclérodermie ayant gagné le visage, et présentant en même temps le syndrome de Raynaud. Bien que M. Zambaco eût porté le diagnostic de lèpre, j'avais conservé quelques doutes, lorsqu'après plusieurs mois je revis la malade avec une lèpre indiscutable. La maladie de Raynaud a donc été dans ce cas la manifestation initiale de la lèpre.

M. Apert (de Paris). — Je possède une observation qui prouve également la multiplicité de l'étiologie de la maladie de Raynaud. Il s'agit d'un cas de diabète dont le syndrome en question fut le premier signe.

M. Rendu (de Paris). — J'ai vu un malade atteint à la fois de sclérodermie, de diabète et de la maladie de Raynaud.

Du diagnostic de la tuberculose par la séro-agglutination.

M. Arloing. — Depuis ma communication au quatrième Congrès français de médecine interne (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 167), j'ai multiplié, avec l'aide de M. P. Courmont, les observations montrant qu'il est possible d'asseoir le diagnostic précoce de la tuberculose sur le phénomène de la séro-agglutination, alors que, cliniquement, il n'existe encore que peu ou pas de signes trahissant l'affection qui évolue sournoisement.

Les 363 cas que nous avons examinés peuvent être rangés en trois catégories, suivant qu'il s'agissait de tuberculose pulmonaire diagnosticable cliniquement, d'affections diverses ou d'individus réputés sains. Sur 192 cas du premier groupe, nous avons obtenu une réaction positive 168 fois, soit dans 87.5 % des cas. De 130 sujets de la deuxième catégorie, 45, soit 34.6 %, ont présenté une réaction positive. Parmi les 41 faits que comprenait la troisième série, la réaction positive a été notée 11 fois, soit près de 27 fois sur 100. Cette proportion qui, au premier abord, peut paraître assez élevée, ne doit pas étonner si l'on réfléchit au nombre de personnes chez lesquelles l'autopsie révèle des traces d'une tuberculose demeurée latente.

Le sérodiagnostic est un peu plus délicat pour la tuberculose que pour la fièvre typhoïde. L'entretien de la culture homogénéifiée est d'abord beaucoup plus difficile. En outre, le pouvoir agglutinant oscille toujours autour de 1/10. Enfin, comme terme de comparaison, il faut avoir à sa disposition un sérum-type.

La méthode de la séro-agglutination réussit le mieux dans les cas de tuberculose cachée. Elle mérite donc de prendre place au nombre des explorations cliniques. Comparé à l'emploi de la tuberculine, ce procédé présente de très grands avantages : il ne demande qu'une petite blessure insignifiante de la pulpe du doigt d'où l'on extrait 1/4 c.c. de sang, et surtout la réaction se passe *in vitro* et non dans l'organisme du malade.

M. Mosny (de Paris). — Je puis apporter une contribution de 24 cas personnels, dans lesquels j'ai étudié la séro-agglutination de la tuberculose. Chez les sujets pour lesquels j'ai pu vérifier le diagnostic de tuberculose à l'autopsie, je n'ai eu que des résultats positifs.

Cette méthode m'a fourni des renseignements particulièrement précieux dans deux cas : dans le premier, on pouvait hésiter entre la fièvre typhoïde et la tuberculose, mais le bacille d'Eberth agglutinait à 1/100 et la réaction à la tuberculose était négative. L'évolution de la maladie prouva qu'il s'agissait de fièvre typhoïde. Dans le second, il n'existait pas de tuberculose cliniquement appréciable. Cependant la séro-réaction, négative avec le bacille d'Eberth, s'effectuait au bout de six heures à 1/20 pour le bacille de la tuberculose. Quelques jours plus tard s'établit une expectoration dans laquelle il fut impossible de déceler des bacilles de Koch presque jusqu'à la mort du sujet; or, l'autopsie montra l'existence d'une granulie. Voilà donc un cas où la séro-réaction permit de porter le diagnostic, alors que les signes cliniques ne fournissaient aucune indication.

M. Ferré (de Bordeaux). — Les recherches que M. Buard poursuit dans mon laboratoire ont montré que du sang desséché, puis réhumidifié, remplissait encore les conditions nécessaires pour permettre à la séro-réaction de s'effectuer. Bien entendu, il se produit alors un certain retard dans la réaction. Nous avons constaté que, soumis aux mêmes manipulations, le sang normal agglutine en une heure et demie. On ne devra donc considérer comme positive que la réaction se produisant en moins d'une heure et demie. Dans une trentaine de cas dont nous disposons actuellement, les résultats ainsi obtenus ont toujours concordé avec les constatations cliniques.

M. Blumenthal (de Berlin). — La séro-agglutination paraît aussi fournir des renseignements utiles dans le diagnostic étiologique des épanchements. C'est ainsi que dans un cas d'ascite, d'origine hépatique en apparence, ce procédé nous a permis de porter le diagnostic de péritonite tuberculeuse, qui fut vérifié à l'autopsie.

M. Arloing. — Pour avoir le contrôle *immédiat* de l'autopsie, je me suis adressé aux animaux de boucherie dont j'examinais le sang au point de vue de la séro-agglutination et dont l'état des organes était relevé au moment de l'abatage. Dans ces conditions, je n'ai jamais constaté la séro-agglutination chez le veau. Cette réaction existait, au contraire, chez le bœuf sain, mais elle était alors toujours inférieure à 1/5, alors que l'animal tuberculeux agglutinait à un degré supérieur à 1/10. Sur 70 animaux tuberculeux, la séro-réaction n'a fait défaut qu'une seule fois.

Diagnostic du mal de Pott chez l'adulte.

M. Siredey (de Paris). — Chez l'adulte, l'évolution du mal de Pott est lente, insidieuse, et donne lieu à des accidents frustes dont on méconnaît parfois la nature pendant longtemps. Ici d'ailleurs, comme chez l'enfant, les altérations vertébrales sont souvent la première manifestation apparente de la tuberculose. Les lésions bacillaires se montrent ordinairement sous la forme de petits foyers circonscrits, limités à une faible étendue du corps, des lames ou des apophyses d'une ou de plusieurs vertèbres, sans en compromettre gravement la solidité. Aussi la gibbosité manque-t-elle souvent.

La formation de cavernules et d'érosions à la surface externe des vertèbres entraîne l'élimination de petites masses caséeuses et de gouttelettes de pus qui s'entourent d'une coque fibreuse épaisse, résistante, analogue à celle qui se développe au voisinage de la dure-mère lorsque les mêmes altérations se produisent à l'intérieur du canal rachidien. A mesure que le pus s'accumule au-dessous de cette membrane, celle-ci s'épaissit et accompagne l'abcès ossifluent dans sa marche à travers les tissus. Lorsqu'il s'agit de très petits abcès, ils restent accolés à la colonne vertébrale, toujours entourés d'une masse fibreuse très dense et formant

ainsi des traînées irrégulières comparables aux gouttes de cire qui coulent le long d'un cierge. Cette fausse membrane, adhérant intimement aux tissus voisins, comprime les nerfs rachidiens et y détermine une névrite qui se manifeste par des douleurs intenses et des troubles trophiques et moteurs variés.

En s'étendant bien au delà des lésions vertébrales, la condensation du tissu cellulaire provoque des douleurs très vives que l'on est généralement tenté de rattacher à des altérations des viscères voisins, d'autant plus que les lésions du rachis échappent souvent à l'examen le plus minutieux.

C'est ainsi que les crises névralgiques qui surviennent au niveau du thorax peuvent prêter à confusion avec des points de côté symptomatiques d'une congestion pulmonaire, d'un épanchement pleural ou péricardique, dont il est cependant facile de les distinguer, vu l'absence des signes physiques caractéristiques. Elles font, parfois, songer à un anévrysme de l'aorte, mais elles ne s'accompagnent d'aucun trouble circulatoire ni d'aucun phénomène de compression du côté du médiastin. A la partie inférieure du thorax, elles peuvent simuler les douleurs en broche de l'ulcère rond. Lorsqu'elles siègent au niveau des derniers espaces intercostaux, elles sont attribuées à des lésions rénales; c'est là l'erreur de diagnostic la plus habituelle : les crises aiguës, paroxystiques, sont prises pour des coliques néphrétiques, et l'endolorissement sourd, permanent, prolongé, fait croire à la présence de calculs dans le bassinet. L'absence de modifications du côté de la sécrétion urinaire constitue ici un élément important de diagnostic. Limitées enfin à l'abdomen et au bassin, ces douleurs névralgiques peuvent être mises sur le compte d'une péritonite tuberculeuse, ou d'une affection utéro-annexielle quand il s'agit d'une femme. Le diagnostic doit également être fait d'avec la sciatique et les douleurs fulgurantes du tabes.

Au point de vue du diagnostic positif, la persistance, l'intensité et la fixité de ces névralgies, leur résistance à la thérapeutique, l'extension progressive des phénomènes douloureux à de nouvelles branches nerveuses dans le sens transversal, et surtout dans le sens vertical, l'exagération des réflexes tendineux du côté malade, constituent un ensemble de présomptions en faveur d'une lésion rachidienne. Un examen minutieux de la colonne vertébrale permettra de constater d'une façon plus ou moins nette une douleur persistante en un point fixe, au niveau des apophyses épineuses ou transverses, des lames ou du corps des vertèbres, la saillie anomale d'une ou de plusieurs apophyses, exceptionnellement leur mobilité excessive, et surtout, le plus souvent, l'immobilisation de certaines vertèbres lorsqu'on cherche à leur imprimer des mouvements de flexion ou d'extension dans le sens antéro-postérieur ou dans le sens latéral. L'origine rachidienne de la lésion une fois reconnue, sa nature sera plus facile à déterminer.

La fièvre qui accompagne fréquemment la tuberculose vertébrale manque le plus souvent, au contraire, en cas de cancer ou de syphilis du rachis. De plus, les affections cancéreuses ne sont presque jamais primitives dans la colonne vertébrale. Si les antécédents syphilitiques du malade laissent quelque doute, il importe d'instituer le traitement pierre de touche.

M. Apert. — Le fait suivant vient à l'appui de la communication de M. Siredey. Il s'agit d'une malade de soixante ans, qui fut prise un jour de très violentes douleurs lombaires siégeant des deux côtés à la fois. Il s'y joignit bientôt des troubles de la déglutition, puis de l'amyotrophie de l'éminence thénar et des masses musculaires des membres inférieurs. Dans l'impossibilité de porter un diagnostic précis, on pensa à un cancer de l'œsophage avec métastases rachidiennes. La malade ayant succombé aux progrès de la cachexie, on trouva à l'autopsie une multitude de points de tuberculose osseuse, affectant la forme de petits abcès logés entre les vertèbres et le grand surtout ligamenteux antérieur, ainsi qu'à la face interne des côtes; un abcès par congestion peu volumineux, qui prenait son origine dans la deuxième vertèbre lombaire, pénétrait dans la gaine du psoas. En outre, le sommet du poumon droit était le siège d'une tuberculose fibreuse ancienne.

Cette malade avait eu des hémoptysies dans sa jeunesse; plusieurs de ses enfants sont morts tuberculeux, et deux autres sont actuellement atteints de tuberculose pulmonaire; plusieurs de ses petits-enfants ont de la tuberculose ganglionnaire cervicale. Il s'agit donc là d'un cas de cette tuberculose osseuse des vieillards, avec hérédité d'apparence rétrograde, sur laquelle M. Widal a attiré l'attention.

Lésion initiale de la tuberculose pulmonaire.

M. Aufrecht (de Magdebourg). — Dans le sommet des poumons de sujets ayant succombé à des maladies variées, on peut constater l'existence de foyers tuberculeux isolés, véritables infarctus dus à une thrombose par artérite, ainsi que le prouve la présence, au voisinage, de vaisseaux à parois hypertrophiées et sclérosées, mais sans oblitération de la lumière vasculaire. Autour de ces foyers, on peut voir sur les coupes histologiques des nodules miliaires qui représentent, non des tubercules, mais la section d'artérioles thrombosées. Que la partie centrale de ces nodules devienne hémorrhagique et se mortifie, et l'on aura ce que M. Grancher désigne sous le nom de tubercules pneumoniques.

La tuberculose pulmonaire débute donc par une artérite qui frappe les ramifications de l'artère pulmonaire et y détermine une thrombose avec oblitération de la lumière du vaisseau et nécrose du territoire correspondant du poumon. Ces lésions reconnaissent pour cause l'introduction, dans la circulation sanguine, du bacille de Koch. Celui-ci envahit ensuite la paroi vasculaire où il est facile de le mettre en évidence sur les coupes histologiques à l'aide des procédés usuels de coloration. La constatation de ces faits est importante, en ce qu'elle montre l'invraisemblance de l'infection tuberculeuse par inhalation.

Résistance des hématies dans la tuberculose pulmonaire.

M. Baumholtz (de Saint-Pétersbourg). — La résistance des hématies est diminuée dans la tuberculose pulmonaire. Cette diminution est proportionnelle à la gravité de la maladie, et suit les oscillations du poids du corps. Ses variations, qui dépendent de la composition du sang, permettent de pronostiquer une amélioration ou une aggravation dans la marche de l'affection.

Traitement de la tuberculose pulmonaire à l'aide de substances extraites du sérum de cheval.

M. Boinet (de Marseille). — En traitant par la méthode des précipitations fractionnées par le sulfate d'ammoniaque de grandes quantités de sérum de cheval, on obtient un précipité blanc et dépourvu d'odeur particulière. Administré à la dose de 0 gr. 50 centigr., ce produit a amené une certaine amélioration chez 12 tuberculeux.

D[r] Francis Munch (de Paris).

SECTION DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Abcès de fixation et de neutralisation.

M. Fochier (de Lyon) rappelle les résultats d'une série de recherches qu'il a entreprises, avec M. Mérieux, en vue d'étudier l'action des abcès artificiels dans le charbon expérimental (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 222), et, après avoir ensuite signalé les effets de *fixation* et de *neutralisation* que la provocation de ces abcès produit au cours de maladies infectieuses, il décrit les préceptes relatifs à la pratique de cette méthode, en insistant particulièrement sur les deux points suivants :

1° Si, à la suite d'une première injection sous-cutanée d'un liquide irritant, la réaction ne se produit pas ou est peu marquée au bout de douze heures, il faut faire une nouvelle piqûre, et répéter les injections, suivant les cas, toutes les douze ou les vingt-quatre heures, jusqu'à ce qu'on ait obtenu de l'inflammation nette;

2° On ne doit ouvrir les abcès que si l'état morbide paraît jugé, ou si, un nouvel abcès ayant été provoqué, la fièvre persiste. Lorsqu'un abcès menace de s'ouvrir spontanément, il faut en déterminer un autre avant cette ouverture, à moins que la maladie ne soit à son terme.

M. Chantemesse. — Après avoir été, au début, loin de partager l'opinion de M. Fochier, j'ai eu l'occasion d'observer près de 6,000 sujets atteints d'érysipèle et je n'ai eu à enregistrer aucun décès dans les cas où il s'était produit une suppuration, naturelle ou provoquée par des injections de sérums plus ou moins irritants. Je crois, par conséquent, que la suppuration qui survient au cours des maladies infectieuses à tendances suppuratives constitue, en somme, un processus utile à l'économie.

M. Fochier estime que la suppuration naturelle septique ne donne pas les mêmes résultats favorables que ceux qu'on obtient en provoquant artificiellement la formation d'un abcès aseptique.

M. R. Lépine dit avoir fréquemment appliqué la méthode de Fochier dans le traitement des pneumonies. Il a parfaitement réussi dans deux cas très graves, mais, à côté de ces deux succès, il a eu aussi à enregistrer un grand nombre d'échecs. L'orateur fait remarquer que, souvent, les injections de liquides irritants ne produisent pas de réaction, les malades succombant au bout de deux à trois jours sans qu'il y ait eu formation d'abcès.

Propriété préventive du sérum et de certains extraits d'organes des animaux immunisés à l'égard du bacille d'Eberth et du bacterium coli.

M. Lagriffoul (de Montpellier) lit, au nom de M. Rodet et au sien, une note dont voici les conclusions :

On peut obtenir des sérums doués de propriétés préventives à l'égard du bacille d'Eberth et du bacterium coli à l'aide des méthodes d'immunisation les plus diverses. La méthode qui paraît le plus efficace est l'immunisation par cultures filtrées. Mais il est nécessaire d'injecter la plus grande quantité possible de toxines en rapprochant les injections autant que le permet la façon de réagir de l'animal.

Au point de vue de la méthode d'épreuve des sérums, c'est l'infection extraveineuse qui semble être la meilleure. Les sérums sont actifs à l'égard de cette infection intraveineuse. Ils n'agissent pas seulement comme bactéricides mais encore comme antitoxiques.

Le sérum colibacillaire est actif à l'égard de l'infection par le bacille d'Eberth, et *vice versa*. Toutefois, MM. Rodet et Lagriffoul ont observé dans les résultats une certaine inconstance et même des faits quelque peu paradoxaux. Pour expliquer ces faits, ils invoquent l'existence dans les cultures des microbes en question de produits toxiques multiples qui ne seraient pas tous neutralisés par le sérum. Chez les animaux immunisés à l'égard de ces bacilles, des produits antagonistes se formeraient pour certains éléments toxiques, tandis que d'autres de ces poisons ne détermineraient pas la production de substances antagonistes, de sorte que les sérums ne sont doués que de propriétés antitoxiques incomplètes et ne sont capables de neutraliser qu'une partie des principes par lesquels les cultures de ces bacilles agissent sur l'organisme.

MM. Rodet et Lagriffoul ont, enfin, étudié les propriétés préventives des extraits de rate et de moelle osseuse des animaux immunisés. L'extrait de rate ne présente pas une efficacité nettement supérieure à celle du sérum; la moelle osseuse est, à ce point de vue, notablement inférieure à la rate et au sérum.

Troubles physiques et psychiques observés chez l'homme dans le cocaïnisme aigu expérimental.

M. Fuster. — En employant des doses de cocaïne variant de 0 gr. 10 centigr. à 0 gr. 65 centigrammes, prises par la bouche ou bien en injections sous-cutanées, j'ai noté, sur moi-même, l'existence de troubles psychiques et psychomoteurs consistant dans de l'hyperexcitabilité cérébrale, une diminution de la mémoire actuelle, la précipitation de la pensée avec conservation totale de la volonté et de l'entendement. J'ai observé, en outre, de la tachycardie avec arythmie, du refroidissement des extrémités, des tremblements et une grande tendance aux mouvements.

M. Maurel. — Lorsqu'on cherche à déterminer les effets toxiques que produit la cocaïne, il importe surtout de tenir compte du titre des solutions employées. L'influence du degré de

concentration du poison, nulle en ce qui concerne la voie gastrique, est assez marquée quand on a recours à des injections hypodermiques et devient très accentuée pour les injections intraveineuses : un animal, qui supporte impunément jusqu'à 0 gr. 25 centigrammes de cocaïne en solution faible, présente, au contraire, des troubles très graves à la suite d'une injection de 0 gr. 01 centigr. d'une solution concentrée.

M. Cheinisse (de Paris). — Les constatations que M. Fuster a faites relativement aux troubles psychiques ne présentent, à mon avis, qu'une valeur très restreinte, attendu qu'il s'agit d'une auto-observation où l'expérimentateur est, pour ainsi dire, en même temps juge et partie. Au lieu de faire porter les recherches sur des éléments aussi variables et difficiles à apprécier que la facilité du travail, il aurait été, je crois, préférable d'étudier les troubles accessibles à l'observation objective et se laissant, en quelque sorte, mesurer, notamment les modifications de la température. Ces modifications sont d'autant plus intéressantes que l'action de la cocaïne est ici très complexe : au cours de mes recherches sur le rôle de l'hyperthermie, j'ai pu constater que, employée en badigeonnage, la cocaïne abaisse la température, tandis que, introduite dans l'organisme, elle produit un effet hyperthermique.

Elimination du mercure par la glande mammaire.

M. Sigalas (de Bordeaux). — Avec M. Dupouy, nous avons institué deux séries d'expériences : l'une, sur des femmes syphilitiques ayant suivi pendant plusieurs mois le traitement spécifique; l'autre, sur une femme et sur une chèvre soumises expérimentalement à l'action du mercure.

Ces recherches nous ont conduit à admettre que, contrairement à l'opinion de certains auteurs, le mercure doit être compté au nombre des substances toxiques et médicamenteuses qui s'éliminent par la glande mammaire.

On observe d'ailleurs, dans cette élimination, un retard qui doit varier nécessairement avec la nature et la dose du produit administré, avec l'espèce animale, l'âge du sujet, etc. Ce *temps perdu* permet de se rendre compte des résultats négatifs obtenus par les expérimentateurs qui n'ont pas trouvé de mercure dans le lait d'animaux soumis à l'usage de cette substance, même à des doses très élevées.

Au point de vue thérapeutique, le fait du passage du mercure dans le lait démontre que le traitement indirect de la syphilis des nouveau-nés par le lait de nourrices soumises à la médication hydrargyrique est une méthode rationnelle; mais l'existence du temps perdu d'élimination doit être présente à l'esprit du clinicien qui, pour combattre des accidents aigus et graves, devra recourir à la mercurialisation directe de l'enfant.

De la production de chaleur et des échanges gazeux pendant l'accès de fièvre paludéenne.

M. Likhatchev (de Saint-Pétersbourg). — Chez une jeune fille atteinte de paludisme, nous avons fait, avec M. Avrorov, trois examens calorimétriques, dont deux pendant des accès de fièvre avec température maxima de 39°7 et de 37°9, et le troisième, quatre jours après le dernier paroxysme fébrile. Chacun de ces examens, accompagnés d'analyse des gaz respiratoires, dura vingt-deux heures.

Nous avons constaté que, au cours de l'accès avec fièvre prononcée, la malade présentait une élévation considérable de la calorification, élévation qui coïncidait avec le début du paroxysme pour atteindre le maximum au moment où la température de la patiente était de 38°; il se produisit ensuite, dans la calorification, un abaissement rapide, de sorte que la température maxima coïncidait presque avec une calorification normale. Le rendement de chaleur, à peu près normal pendant la période d'élévation thermique, augmentait durant le stade d'abaissement de la température. L'élimination d'acide carbonique commença à subir une augmentation au même moment que la production de chaleur, mais son maximum coïncida avec la température maxima. Enfin, l'élimination d'eau par le poumon et par la peau atteignit le point le plus élevé au moment du rendement le plus grand de chaleur.

Les résultats du second examen ont été analogues à ceux du premier, sauf qu'à la période d'élévation thermique correspondait ici un abaissement dans la perte de chaleur avec augmentation de la calorification.

Ainsi donc, l'élévation de la température paraît due, dans la fièvre prononcée, presque uniquement à l'augmentation de la calorification, et, dans la fièvre peu intense, au même facteur associé à une diminution de la perte de chaleur.

Mais comme nous avons constaté, d'autre part, qu'un homme bien portant est à même de dégager beaucoup plus de chaleur que n'en a produit la malade en question pendant l'accès de fièvre, nous sommes obligés de reconnaître que l'augmentation de la calorification ne suffit pas à expliquer l'hyperthermie fébrile : il faut admettre, en outre, l'existence d'un trouble dans les mécanismes thermorégulateurs.

M. Chantemesse fait remarquer que les constatations de M. Likhatchev confirment les résultats obtenus, sur de petits animaux, par Krehl.

M. Ostrovsky (de Paris). — Les données que M. Likhatchev a enregistrées chez sa malade concordent également avec les faits expérimentaux notés par MM. d'Arsonval, Charrin et Langlois, ainsi qu'avec les observations que M. Abelous et moi avons faites au cours de la mycose expérimentale due à l'oïdium albicans.

Dr L. Cheinisse,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

SECTION D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Du rôle de la névroglie dans l'évolution des inflammations.

M. Marinesco, *rapporteur*. — Il est de toute nécessité, avant d'aborder l'histoire pathologique de la névroglie, de donner une courte description de la constitution de ce tissu à l'état normal; car la méthode de Weigert, que j'ai utilisée dans mes recherches, a sensiblement modifié nos connaissances sur la structure de la névroglie chez l'adulte et sur les modifications qu'elle éprouve dans les états pathologiques. Lorsqu'on obtient de bonnes préparations par cette méthode, on reste étonné du grand nombre de fibrilles colorées en bleu, fibrilles de différents calibres qui constituent une espèce de feutrage dense dans la substance grise, tandis que dans la substance blanche elles forment un réseau assez régulier, dans les mailles duquel se logent des fibres nerveuses. La névroglie est donc plus abondante dans la substance grise que dans la substance blanche. Elle est également très développée autour du canal épendymaire, tandis qu'elle fait presque complètement défaut dans la substance de Rolando.

Dans la substance grise comme dans la substance blanche, on voit au moins deux espèces de noyaux : 1° des noyaux clairs de forme variable, contenant à leur intérieur des granulations de chromatine et parfois un nucléole; 2° des noyaux très foncés, ronds ou ovales, renfermant une masse uniformément colorée et des granulations de chromatine. Je crois pouvoir affirmer que ces deux sortes de noyaux correspondent à deux espèces morphologiquement et physiologiquement distinctes. La plupart des noyaux clairs sont parcourus en différents sens par des fibrilles : les unes traversent la partie centrale du noyau; d'autres s'entrecroisent obliquement; d'autres enfin, après en avoir atteint la périphérie, décrivent un trajet récurrent. Les fibrilles et les noyaux clairs constituent ce que l'on a désigné sous le nom de cellules de Deiters. On voit parfois les fibrilles aboutir au noyau, sans qu'on puisse affirmer si cette terminaison est réelle ou apparente. Mais, pour moi, comme pour Weigert du reste, il ne s'agit pas là d'une continuité anatomique, mais de fibrilles indépendantes du protoplasma des cellules névrogliques. En outre, j'ai pu me convaincre que ces cellules ont de vrais prolongements protoplasmatiques très apparents dans les processus pathologiques. La terminaison des fibrilles névrogliques dans la paroi des vaisseaux a été très discutée. Suivant mes recherches, un certain nombre d'entre elles vont s'implanter horizontalement sur la paroi des capillaires sans changement de forme ni de volume. Il arrive cependant parfois qu'on puisse voir très nettement un élargissement de la fibre à sa terminaison : de là l'aspect en cône ou en pinceau.

Le tissu névroglique et le tissu nerveux sont issus d'une souche commune, l'ectoderme (Renaut). Il existe chez le fœtus, comme chez l'adulte, une harmonie préétablie, en vertu de laquelle ils se nourrissent et se développent parallèlement. Mais il suffit d'une cause anormale dérangeant l'équilibre nutritif de ces deux systèmes pour que l'antagonisme apparaisse. J'examinerai tout d'abord les modifications plastiques progressives de la névroglie dans les cas d'irritation et d'inflammation aiguës du système nerveux central, ensuite j'aborderai l'étude des inflammations et des dégénérescences chroniques.

Tout ce qui produit un dérangement dans la nutrition du neurone donne naissance à des réactions du côté des cellules névrogliques; c'est là une sorte de loi. Suivant le point de départ de la lésion, j'admets trois espèces de scléroses : 1° des scléroses secondaires dues à l'altération du tissu nerveux; 2° des scléroses ou des glioses dont le point de départ initial est l'irritation de la névroglie; 3° des scléroses d'origine vasculaire, rares du reste, caractérisées par une prolifération de la névroglie consécutive à l'irritation des parois vasculaires. La réaction la plus aiguë des cellules névrogliques, d'origine secondaire, est celle qui accompagne l'arrachement d'un nerf périphérique, la ligature de l'aorte abdominale, etc. : après quelques heures déjà, le protoplasma et le noyau des cellules sont tuméfiés, le nucléole est très apparent et, si l'animal survit, on constate une multiplication considérable des cellules névrogliques, qui sont parfois tassées les unes sur les autres. D'autres fois, les cellules névrogliques jeunes pénètrent dans la cellule nerveuse, phénomène auquel j'ai donné le nom de *neuronophagie*. J'ai rencontré ce phénomène dans la plupart des cas de lésions aiguës du système nerveux. Il est curieux que la ligature de l'aorte abdominale, qui produit la mort immédiate de la cellule nerveuse par défaut d'oxygène, permette aux cellules névrogliques, non seulement de survivre, mais encore de se multiplier. Dans la myélite aiguë, la réaction des cellules névrogliques se présente sous deux états : 1° une réaction *primaire*, c'est-à-dire apparaissant avant la dégénérescence des fibres nerveuses et due à une irritation nutritive de ces cellules; 2° une réaction *secondaire* qui se produit en même temps que la destruction des fibres nerveuses.

Les dégénérescences secondaires dans le système nerveux central s'accompagnent de phénomènes de réaction très intéressants au point de vue morphologique et qui varient avec la durée de ces dégénérations. J'ai examiné un grand nombre de cas de dégénérescence ascendante ou descendante, et j'ai constaté certains faits qui méritent d'être signalés. Chez les sujets qui ont vécu seulement quelques jours après une lésion en foyer, alors que la dégénération secondaire n'est pas encore manifeste, la réaction des cellules névrogliques est cependant accusée. Chez les malades qui ont vécu longtemps avec leurs lésions, on aperçoit dans les parties dégénérées de grosses cellules névrogliques, lesquelles, dans les préparations traitées par la méthode de Weigert, offrent un corps cellulaire volumineux avec de vrais prolongements protoplasmiques colorés en brun. La cellule contient habituellement plusieurs noyaux. A la périphérie du protoplasma cellulaire, on voit un grand nombre de petits points réfringents très colorés, qui ne sont autre chose que la coupe transversale des fibrilles de nouvelle formation. A mesure que la sclérose avance en âge, ces grosses cellules fibrillogènes diminuent de nombre et de volume; leur protoplasma, après avoir produit une quantité plus ou moins considérable de fibrilles, se réduit à une mince couche qui entoure le noyau. En somme, les cellules névrogliques destinées à former des fibrilles parcourent un cycle composé de trois périodes : 1° hypertrophie du corps cellulaire et du noyau avec hyperplasie cellulaire; 2° différenciation de certaines cellules (les cellules fibrillogènes), dont le protoplasma volumineux donne naissance à des fibrilles; 3° retour de ces éléments à la forme première qu'ils ont chez l'adulte, c'est-à-dire à l'aspect de noyaux clairs contenant quelques granulations chromatiques et traversés par des fibrilles différenciées offrant des prolongements. J'ai fait une constatation à peu près analogue chez le fœtus, à cette différence près qu'on voit, chez

ce dernier, les cellules se multiplier par division indirecte.

Dans les inflammations chroniques de la substance grise médullaire et cérébrale, dans certaines compressions lentes de la moelle, on retrouve toujours un nombre plus ou moins grand de ces cellules fibrillogènes. Parfois, elles acquièrent un volume énorme (cellules monstres). Dans les scléroses anciennes, médullaires ou cérébrales (tabes, sclérose en plaques, etc.), on observe une quantité considérable de fibrilles névrogliques qui constituent des faisceaux denses entre lesquels on voit, par-ci, par-là, quelques noyaux dispersés. Comme le nombre de ces noyaux est relativement petit et celui des fibrilles très grand, on est obligé d'admettre que la plupart des fibrilles sont absolument indépendantes, ce qui constitue un argument de plus en faveur de l'opinion de Weigert, à laquelle je souscris entièrement.

La syringomyélie reconnaît pour cause une irritation primitive de la névroglie du canal épendymaire. L'épithélium de ce canal participe parfois très activement à ce processus, car on trouve beaucoup de petits nids de cellules épithéliales dans les régions hyperplasiées. La densité du tissu de nouvelle formation est variable. Près de la cavité, ce tissu présente une certaine laxité et est frappé de nécrobiose par suite de troubles vasculaires, tandis qu'un peu plus loin on trouve un tissu névroglique extrêmement dense à la périphérie duquel on voit des cellules névrogliques multipliées. La cause de la gliose péri-épendymaire n'est pas le bacille de la lèpre, car les recherches de MM. Pitres et Sabrazès, de M. Babes, de M. Jeanselme et les miennes n'ont pu révéler la présence de ce microbe dans le tissu proliféré.

M. F. Weigert (de Francfort-sur-le-Mein). — Ainsi que M. Marinesco vient de le rappeler, je m'occupe depuis plus de dix ans de trouver une méthode élective pour la coloration de la névroglie. Le procédé que j'ai indiqué permet de ne colorer que les éléments constitutifs de la névroglie, le tissu nerveux restant incolore, mais il n'a pas encore atteint un degré de précision suffisant. Toutefois, sur des préparations bien réussies on peut évaluer la quantité réelle de névroglie qui existe dans un cas donné et la topographie exacte de ce tissu à l'état normal et pathologique. C'est ainsi que j'ai pu voir, à l'aide de ma méthode, une quantité considérable de névroglie là où les autres procédés n'en faisaient pas présumer l'existence.

En ce qui concerne l'irritation primaire de la névroglie, je crois pouvoir affirmer qu'elle n'existe que dans les cas où il s'agit d'agents irritants internes ou du moins agissant par le canal épendymaire : tels seraient les gliomes, la syringomyélie et peut-être aussi la sclérose en plaques. La syringomyélie, ainsi que le pense M. Marinesco, rentre vraisemblablement dans le groupe des glioses primaires. Toutefois, je n'ai pas eu à ma disposition un nombre suffisant de moelles de syringomyéliques pour être plus affirmatif sur ce point. Au contraire, quand il s'agit de causes d'irritation extrinsèques, la réaction de la névroglie est toujours secondaire.

M. Aguerre (de Montevideo). — Je poserai à M. Marinesco deux questions. Tout d'abord, je voudrais qu'il indiquât le mode de division des cellules névrogliques dans les différents processus pathologiques qu'il a étudiés, car mes expériences personnelles sur les dégénérescences secondaires m'ont montré qu'il s'agit là d'une multiplication directe; je désirerais aussi savoir s'il pense que l'on peut toujours suivre la terminaison des fibrilles névrogliques et leurs rapports avec la paroi vasculaire.

M. Crocq. — La notion de neuronophagie que M. Marinesco a introduite dans la science est très importante, ainsi qu'il résulte de mes études sur la rage; mais ce processus est d'ordre beaucoup plus général et peut être considéré comme une manifestation de la phagocytose; comme cette dernière, elle paraît constituer une réaction de défense de l'organisme vis-à-vis des causes nocives.

M. Babes. — Je suis heureux de constater l'accord qui existe entre M. Weigert, M. Marinesco et moi, puisque M. Weigert admet, lui aussi, que les gliomes, la syringomyélie et peut-être aussi la sclérose en plaques relèvent d'une lésion primitive de la névroglie.

En ce qui concerne l'action phagocytaire des cellules névrogliques, sur laquelle M. Marinesco et M. Crocq ont attiré l'attention, je pense que les faits qui ont été invoqués ne prouvent pas que les cellules névrogliques soient de véritables neuronophages, dans le sens de Metchnikoff. En effet, d'après ce dernier, la phagocytose est un phénomène actif, une véritable lutte entre les cellules vivantes et les microbes; or, pour en revenir aux cellules névrogliques, il n'y a pas de lutte entre elles et la cellule nerveuse, et, partant, pas de phagocytose. Quant à la spécificité des lésions de la rage, je ne puis reconnaître cette qualité ni aux altérations des ganglions spinaux, ni aux nodules du pneumogastrique, comme le veut M. Crocq. J'admets cependant que la constatation de ces lésions, soit dans le bulbe, soit dans les ganglions spinaux, est utile pour le diagnostic de la rage.

M. Marinesco. — M. Weigert, dans sa communication au Congrès international de médecine de Berlin, avait admis la nature secondaire des réactions de la névroglie dans les différentes hyperplasies de ce tissu comme dans la syringomyélie. Je suis heureux de constater que nous sommes d'accord maintenant pour reconnaître que la réaction de la névroglie est primitive dans la syringomyélie.

Pour répondre à M. Aguerre, je puis affirmer que, dans la plupart des cas, la multiplication des éléments névrogliques, tant à l'état normal que pathologique, se fait par division directe. La terminaison des fibrilles névrogliques est parfois difficile à suivre; cependant, j'ai vu dans certaines circonstances les fibrilles aboutir à la paroi des vaisseaux et y finir comme je l'ai indiqué plus haut.

Les cellules névrogliques ne s'attaquent jamais à la cellule nerveuse normale. Ce n'est que lorsque celle-ci est altérée, et même altérée d'une manière particulière, que les cellules névrogliques l'envahissent. Donc, la neuronophagie suppose toujours un trouble profond de la vitalité de la cellule nerveuse.

M. Renaut (de Lyon). — Chacun reconnaît maintenant que, comme je l'ai démontré dès 1881, la névroglie est une formation purement épithéliale. La question de savoir si les fibres névrogliques, simples différenciations, à mon avis, de la surface des cellules propres de la névroglie, s'arrêtent sur la paroi des vaisseaux qui parcourent les centres nerveux, ou si elles ne font que s'entrelacer au pourtour de ces vaisseaux pour aller se terminer plus loin, me paraît résolue par les dernières études que j'ai faites et par celles de mon élève Ch. Bonne, que je crois utile de résumer en quelques mots : j'ai fait voir que, dans le névraxe adulte des cyclostomes, les fibres névrogliques viennent finir sur la périphérie de la moelle et de l'encéphale par des pieds indivis ou subdivisés, terminés eux-mêmes par de petits champs tous jointifs entre eux qui donnent ainsi à chaque cellule névroglique, prolongée par une de ses fibres, une insertion sur la vitrée; ces champs jointifs peuvent être aisément mis en évidence par l'imprégnation argentique ; Ch. Bonne a également démontré leur présence, par la même méthode, à la surface du cerveau et de la moelle de certains mammifères (chat); cette disposition est donc absolument générale. D'autre part, je suis convaincu que la soi-disant gaine lymphatique des vaisseaux du névraxe n'a de lymphatique que le nom, et qu'elle correspond en réalité à un reflet de la vitrée du névraxe le long des vaisseaux; de sorte que, sur ce reflet comme sur la vitrée névraxiale elle-même, peuvent très bien venir s'insérer des fibres névrogliques répondant aux pieds d'insertion de cellules de la névroglie situées quelque part dans le névraxe; d'autres fibres peuvent aller se terminer plus loin encore, ce qui explique les observations de M. Marinesco à ce sujet et leur donne leur portée en anatomie générale.

En ce qui concerne la question des mitoses dans la névroglie, il suffit, pour la résoudre, de voir comment se comportent les cellules névrogliques du *filum terminale*, région où ne se développent pas d'éléments nerveux. Les cellules bordant le canal de l'épendyme y donnent des figures de division indirecte de deux ordres, *juxtapositive* et *superpositive;* on observe aussi des mitoses dans la profondeur du névraxe à pure évolution névroglique. La cellule névroglique peut donc présenter une division mitosique tout aussi bien qu'amitosique.

SECTION DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Les causes des infections généralisées dans la blennorrhagie.

M. Balzer (de Paris). — Il est bien établi à l'heure actuelle que les infections gonococciques généralisées sont dues à la pénétration du gonocoque ou de ses toxines dans le torrent circulatoire. Il est vrai que la constatation directe du microbe dans le sang des sujets infectés n'a été possible que dans un très petit nombre de cas ; mais, par contre, sa présence a été signalée maintes fois dans les diverses localisations extragénitales de la blennorrhagie : synoviales articulaires et tendineuses, cœur, abcès sous-cutanés, etc.

En ce qui concerne la gonotoxine, on est encore assez mal fixé sur son rôle ; Wasserman a déterminé la mort de souris par injection intrapéritonéale de gonocoques, soit morts, soit vivants, mais dans les deux cas séparés de leur milieu de culture ; en effet, de nombreux auteurs estiment que la toxine est contenue dans le corps même du microbe et ne diffuse pas dans le liquide ambiant; cependant, Schäffer, Fonseca, Panichi auraient obtenu des résultats positifs par l'injection de cultures filtrées. Quoi qu'il en soit, il est probable qu'infection et intoxication jouent toutes deux un rôle dans la généralisation de la blennorrhagie ; l'avenir permettra peut-être de déterminer ce qui est dû à chacun de ces deux processus.

Il n'est pas douteux, d'autre part, que les infections associées, soit locales, soit à distance (phlegmons cutanés, etc.), favorisent la diffusion du microbe.

Quelles sont donc les causes intimes de cette diffusion ? Sur ce sujet, nous sommes encore réduits à émettre des hypothèses.

Pour M. Lesser (de Berlin), la présence d'une complication quelconque jouerait un rôle essentiellement favorisant à ce point de vue ; mais le facteur essentiel de la généralisation serait le siège des lésions, et, chez l'homme, l'urèthre postérieur serait atteint dans la plupart des cas d'infection généralisée. Cette notion ne saurait suffire toutefois ; car dans presque toutes les blennorrhagies chroniques on observe des lésions d'uréthrite postérieure, et cependant la proportion des cas où surviennent des manifestations à distance est excessivement faible: elle ne dépasse pas, d'après M. A. Ward (de Londres) le chiffre de 0,6 %. Aussi, sans qu'on admette encore, actuellement, l'influence d'une « constitution rhumatismale » sur la production de l'arthrite blennorrhagique, on est bien forcé de supposer l'existence d'une prédisposition spéciale, sur la nature de laquelle règne d'ailleurs la plus grande obscurité.

Pour M. Ward, c'est dans une exaltation du pouvoir toxique des produits de sécrétion du gonocoque qu'il faudrait voir la cause immédiate de la généralisation blennorrhagique. Les toxines sécrétées au niveau de l'urèthre sont résorbées dans tous les cas, produisant des troubles de gravité variable suivant leur activité propre ; aussi, pour notre confrère de Londres la blennorrhagie est-elle toujours une infection générale toxémique; mais chez certains sujets seulement la toxicité de la gonotoxine serait suffisante pour déterminer la mort ou du moins la paralysie des phagocytes chargés de lutter contre l'invasion microbienne, et pour permettre ainsi le passage du gonocoque dans le sang. En d'autres termes, l'infection générale ne serait possible qu'à la faveur d'une intoxication préalable.

Enfin M. Tommasoli (de Palerme), se basant sur ce fait que le microcoque de Neisser exige pour se développer un milieu légèrement acide — tel que l'urine humaine —, estime que l'alcalinité des humeurs et notamment du sang est une barrière d'ordinaire efficace contre la diffusion de ce germe dans l'économie; et il fait jouer à une diminution de l'alcalinité sanguine le rôle principal dans l'infection blennorrhagique généralisée, comme dans la plupart des infections graves d'ailleurs ; aussi la diathèse arthritique, le diabète, etc., par les modifications qu'ils impriment aux liquides de l'organisme, lui paraissent-ils de nature à favoriser singulièrement cette généralisation.

Telles sont, succinctement résumées, les données principales que nous possédons sur la question ; quelles conclusions générales pouvons-nous en tirer ? Pour ma part, il me semble néces-

saire de faire intervenir en premier lieu le siège des lésions, l'urèthre postérieur chez l'homme, l'utérus chez la femme et la conjonctive chez l'enfant étant les localisations du gonocoque que l'on rencontre le plus fréquemment comme point de départ d'une généralisation ; par contre, l'intensité de ces lésions paraît sans grande importance, car les complications viscérales peuvent survenir aussi bien pendant le stade d'invasion de la maladie, avant l'apparition de tout écoulement, ou au cours d'une blennorrhagie chronique très vieille, à gonorrhée insignifiante, que durant la période d'état. En second lieu, on doit tenir compte de toutes les causes susceptibles d'aggraver les lésions locales (traumatisme, hygiène défectueuse, coït, abus d'alcool, injections irritantes, etc.). Enfin, on ne saurait nier l'influence d'une prédisposition spéciale, quand on voit certains individus présenter, à chaque nouvelle atteinte de blennorrhagie, de graves complications à distance.

M. Jadassohn. — Le fait que la généralisation de l'infection gonococcique peut se faire à toute période de la maladie, notamment dans les formes anciennes à écoulement à peu près nul, rend nécessaire l'examen fréquent, chez les vieux gonorrhéiques, des produits de sécrétion au point de vue de la recherche du microbe. Pour recueillir les matières destinées à cet examen, j'ai renoncé à l'usage des méthodes de provocation ordinaires (coït, ingestion de bière, injections irritantes) et j'ai recours uniquement au massage de la prostate et à l'emploi des bougies à boule, qui constituent en même temps d'excellents moyens de traitement. Pour être en mesure d'affirmer qu'il n'existe plus de gonocoques, il faut pratiquer un nombre assez considérable d'examens ; cependant, je ne vais pas aussi loin que MM. Behrend (de Berlin) ou Neuberger (de Hambourg), et je pense que quand six ou huit recherches successives sont restées sans résultat, on peut estimer que le malade est guéri, ou du moins n'est plus contagieux.

M. Jacquet (de Paris). — Je crois que l'on s'est trop hâté de rapporter à la blennorrhagie certaines manifestations qui n'ont rien à voir avec elle; il en est ainsi, notamment, de ce que l'on appelle le rhumatisme talonnier, que j'ai observé chez des sujets indemnes de toute blennorrhagie.

Dr F. Farnarier (de Paris).

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 3 et 10 septembre 1900.

Action physiologique et applications thérapeutiques de l'air comprimé.

M. Mosso. — On sait qu'une atmosphère renfermant jusqu'à 50 % d'oxyde de carbone n'est pas mortelle pour la souris, à condition qu'elle contienne de l'oxygène pur à la pression de 2 atmosphères. J'ai pu faire une constatation analogue sur de grands animaux (singes, chiens, lapins) : un mélange gazeux où l'oxyde de carbone atteint la proportion de 6 % est sans effets nuisibles si l'oxygène y est à la pression de 2 atmosphères, ou l'air à celle de 10 atmosphères, alors que 0.5 % d'oxyde de carbone entraîne la mort à la pression ordinaire.

En outre, j'ai vu que lorsque les animaux sont retirés brusquement du milieu oxycarboné et placés à l'air libre, ils meurent immédiatement; quand, au contraire, on purifie progressivement le mélange qu'ils respirent, on produit un véritable lavage de leur sang et, au bout d'une demi-heure environ, ils peuvent sans danger être placés dans le milieu normal. Cette dernière particularité me paraît intéressante au point de vue thérapeutique; il est fréquent de constater, en effet, dans les accidents de mine, par exemple, une survie de quelques heures ou de plusieurs jours chez les ouvriers asphyxiés; il est probable que certains de ces patients seraient sauvés si on pouvait les placer, immédiatement après l'accident, dans une atmosphère contenant de l'oxygène comprimé.

Le dernier signe de la vie.

M. A. D. Waller. — Quand on soumet à une excitation électrique un tissu vivant quelconque, animal ou végétal, on détermine dans ce tissu un courant de même sens que l'excitation; au contraire, si l'on s'adresse à un tissu mort, ou bien il ne se produit pas de courant, ou bien il survient un courant contraire de polarisation.

Cette réaction, facile à étudier au moyen d'un dispositif très simple, permet non seulement de déterminer si un tissu est vivant ou mort, mais encore de mesurer *de combien* il est vivant.

Effets du travail de certains groupes musculaires sur d'autres groupes qui ne font aucun travail.

MM. Kronecker et **Cutter.** — L'un de nous ayant observé que l'hypermétropie dont il est atteint diminue après une série de courses en montagne, il nous a paru intéressant de rechercher si le travail de certains muscles augmente la puissance de travail de groupes musculaires totalement différents. A cet effet, nous avons mesuré avec un ergographe le travail que peut fournir le biceps brachial après des ascensions de plus en plus longues. Nous avons constaté ainsi que des ascensions courtes ou moyennes augmentent légèrement la puissance musculaire du biceps, tandis que des ascensions longues et fatigantes (3,000 mètres de hauteur et de dix à quatorze heures de durée) l'accroissent beaucoup, mais après une phase de diminution persistant deux ou trois jours.

Nous croyons légitime d'en conclure qu'un travail musculaire moyen fortifie même les groupes musculaires qui ne participent pas à ce travail, et qu'un travail musculaire excessif semble verser dans le sang des substances nuisibles dont l'élimination est nécessaire pour que les effets de l'entraînement se manifestent.

Nouvelles recherches sur le pouvoir absorbant de l'hémoglobine à l'égard de l'oxygène et de l'oxyde de carbone.

M. L. de Saint-Martin. — Des recherches antérieures m'ont permis de démontrer que 1 gramme d'hémoglobine de bœuf absorbe un même volume d'oxygène et d'oxyde de carbone, mais que le taux de cette absorption, toujours égal pour les deux gaz, n'est pas constant, contrairement à l'opinion de Hüfner qui avait cru pouvoir le fixer à 1 c.c. 34.

Je viens de reprendre ces déterminations en ce qui concerne le sang de sujets atteints d'affections diverses (urémie, tuberculose, cirrhoses, etc.) et le sang du chien, et j'ai retrouvé les mêmes variations, mais avec cette particularité qu'ici la quantité de gaz absorbé, quand elle n'est pas voisine de 1 c.c. 34, est toujours plus faible que ce chiffre.

J'ai pu ainsi grouper les résultats obtenus en deux catégories : dans l'une, la valeur en question est sensiblement égale à la moyenne de Hüfner; dans l'autre, elle lui est inférieure, sans que l'on puisse attribuer cette diminution à une altération de l'hémoglobine appréciable par les procédés dont nous disposons. Ces recherches démontrent qu'on ne saurait, surtout dans les états pathologiques, s'en rapporter à la mesure du pouvoir absorbant du sang pour doser l'hémoglobine.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'hyperchlorhydrie comme contre-indication de la morphine dans les affections douloureuses de l'estomac.

On sait depuis longtemps que la morphine, introduite dans l'organisme par la voie sous-cutanée ou d'une autre façon, est éliminée en grande partie par la muqueuse stomacale. Sans que l'influence exercée par ce médicament sur la sécrétion du suc gastrique, et notamment de l'acide chlorhydrique, soit bien connue, on admet généralement qu'il s'agit en l'espèce d'une action inhibitrice. Aussi, contre les douleurs intenses ayant l'estomac pour point de départ, a-t-on recours indifféremment soit aux préparations opiacées, soit à la belladone ou à son alcaloïde, soit même à un mélange de morphine et d'atropine.

Or, M. le docteur F. Riegel, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Giessen, a pu se convaincre par des recherches expérimentales instituées d'abord sur des chiens, puis sur l'homme, que la morphine, employée en injections hypodermiques ou sous forme de suppositoires, a pour effet constant d'augmenter la sécrétion chlorhydrique de l'estomac. Cependant, tout au début de l'expérience, cette sécrétion est plutôt diminuée et ce n'est qu'après une période de latence dont la durée varie suivant la quantité de morphine administrée que le taux de l'acide chlorhydrique s'élève, et cela proportionnellement à la dose d'alcaloïde absorbé.

Ces résultats furent constatés de la façon la plus évidente chez des chiens porteurs d'une fistule gastrique pratiquée d'après la méthode de Pavlov, qui, comme on sait, permet d'observer directement la muqueuse de l'estomac; mais une constatation analogue put être faite chez l'homme; en effet, après administration de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 centigr. de morphine par la voie sous-cutanée ou en suppositoires, notre confrère a toujours trouvé — au bout d'un laps de temps variant de une heure à deux heures — que la quantité d'acide chlorhydrique libre de l'estomac était sensiblement supérieure à son taux habituel chez les mêmes sujets.

La considération thérapeutique qui découle de ces faits, c'est qu'on ne doit pas s'adresser à la morphine pour combattre les douleurs gastriques des hyperchlorhydriques en général et des malades atteints d'ulcère de l'estomac en particulier ; on peut pratiquer dans ces cas des injections sous-cutanées d'atropine, alcaloïde qui diminue la sécrétion chlorhydrique. Quant au mélange de morphine et d'atropine si fréquemment employé en injections hypodermiques, il faut également s'en abstenir chez les mêmes patients, afin de ne pas affaiblir l'effet thérapeutique désiré par l'administration simultanée de deux agents médicamenteux dont l'action sur l'acidité stomacale est opposée.

Cure rapide des ampoules du pied.

D'après M. le docteur H. Ward (de Londres), le meilleur traitement des grosses phlyctènes produites par la marche consiste à exciser complètement aux ciseaux les tissus épidermiques soulevés par l'épanchement séreux, à assécher ensuite soigneusement la surface dénudée et à y appliquer plusieurs couches de collodion salicylé. On recouvre avec une rondelle de toile dépassant les bords de la perte de substance et fixée au moyen de quelques nouvelles couches de collodion salicylé. A-t-on affaire à des vésicules étendues, il est nécessaire de renouveler ce pansement dès qu'il commence à se détacher, ce qui se produit au bout de deux à trois jours. Le contact de l'éther avec la plaie provoque une légère sensation douloureuse, passagère d'ailleurs, mais le pansement une fois en place, le patient peut continuer à marcher sans éprouver de gêne ni de douleur. Lorsqu'on se trouve en présence d'une ampoule fortement irritée et hémorrhagique, il est bon, avant d'instituer le traitement ci-dessus décrit, de calmer les phénomènes inflammatoires à l'aide de simples lotions antiseptiques continuées pendant un ou deux jours.

Le cyanure de mercure contre la rhinite fibrineuse.

Comme l'a montré l'expérience de ces dernières années, la rhinite fibrineuse est assez fréquente chez les petits enfants. Cette affection, qui se distingue cliniquement de la diphtérie par l'absence de fièvre et de tout écoulement purulent ou fétide, se traduit par l'apparition, sur les cornets inférieurs et moyen, sur la cloison et parfois aussi sur le plancher nasal, de fausses membranes gélatineuses blanc grisâtre, très adhérentes et qui, en déterminant une occlusion complète du nez, empêchent le nourrisson de téter. Les moyens employés jusqu'ici pour combattre la rhinite fibrineuse n'ayant guère donné de résultats favorables, nous croyons bon de signaler que M. le docteur F. Peltesohn (de Berlin) a réussi à guérir très rapidement 12 cas de cette affection, au moyen de tampons d'ouate imbibés d'une solution de cyanure de mercure à 4 ‰ qu'on introduit alternativement dans chaque narine et qu'on laisse en place pendant une heure; pour la nuit, on tamponne à demeure une des fosses nasales. On voit bientôt, à la suite de ces applications, les fausses membranes se détacher et le nez redevenir perméable.

TRAVAUX ORIGINAUX

Recherches sur l'action physiologique du climat d'altitude.

I

Dans un précédent travail, exécuté en collaboration avec M. Suter (1), nous avons démontré que les changements observés dans la composition du sang à la suite d'un séjour dans les régions élevées sont dus réellement à une néoformation de globules rouges et d'hémoglobine, et non pas seulement, comme Zuntz l'avait prétendu, à une répartition inégale des éléments du sang dans les différentes régions du système vasculaire. Nous nous sommes bornés, dans ce premier travail, à constater le fait, sans nous prononcer sur les causes de cette réaction de l'organisme dans les hauts climats.

Dans une nouvelle série de recherches, nous nous sommes donné pour tâche d'étudier méthodiquement l'effet des différents éléments du climat d'altitude, pris chacun isolément, sur la composition du sang. Les facteurs météorologiques entrant ici en ligne de compte sont, autant que nous pouvons en juger d'après l'état actuel de nos connaissances, la température, la radiation solaire, l'abaissement de la pression et la sécheresse de l'air. Nous avons dosé l'hémoglobine totale des animaux en expérience, après les avoir soumis pendant un temps déterminé à l'action de l'un des facteurs ci-dessus, par la méthode déjà employée pour notre premier travail, et qui consiste à pratiquer sur l'animal en expérience, au moyen d'une pompe aspirante et foulante actionnée par une turbine, une circulation artificielle avec une solution isotonique de chlorure de sodium à 37° C., de façon à le débarrasser de son sang le plus complètement possible. L'eau salée est aspirée d'un réservoir où elle est maintenue à la température convenable, et chassée par pressions rythmées dans le système artériel, d'où elle passe dans les capillaires et les veines pour s'écouler par une canule fixée dans l'auricule droite. On seconde par un massage énergique l'effet de la circulation artificielle; l'eau salée entraîne avec elle tout le sang contenu dans les capillaires et les vaisseaux, de sorte qu'à la fin de l'expérience le liquide qui s'écoule de la canule ne renferme pour ainsi dire plus de globules rouges. La quantité d'hémoglobine contenue dans le liquide recueilli est déterminée à l'aide de l'hémomètre de Fleischl-Miescher, dont on connaît la grande précision.

II

Bien qu'*a priori* une influence de la température ambiante sur la composition du sang ne nous parût pas probable, nous avons cependant jugé bon de fixer ce point par l'expérimentation, l'état actuel de nos connaissances touchant l'effet des réactions vasomotrices sur le sang ne nous permettant pas d'écarter ce facteur sans preuve directe.

Deux lots, comprenant chacun six lapins de même race et de même âge, furent placés l'un dans une pièce dont la température était constamment maintenue entre 13° et 16° C., l'autre dans un local ouvert ayant une température de 2° à 5° C., les conditions de nourriture, de lumière et d'humidité étant d'ailleurs identiques. Au bout de six semaines, les animaux furent sacrifiés et examinés d'après la méthode que nous venons de rappeler.

Le résultat de ces recherches fut que *la température est sans effet sur la composition du sang*, les deux séries de lapins ayant donné, tant pour la composition centésimale du sang que pour le taux de l'hémoglobine totale, des chiffres identiques. Pour la série « froide », nous avons trouvé en moyenne, dans le sang tiré de la carotide, 5,817,000 hématies et 13.74 % d'hémoglobine, la quantité totale d'hémoglobine correspondant à 5 gr. 76 centigr. par kilogramme d'animal. La série « chaude » nous a donné 5,952,000 hématies par millimètre cube, 12.9 % comme taux d'hémoglobine et 5 gr. 74 centigr. d'hémoglobine par kilogramme.

Cette concordance nous permet d'écarter la différence de température comme facteur de l'action physiologique du climat d'altitude.

III

L'étude expérimentale de l'effet d'une diminution de la pression atmosphérique sur l'organisme n'est pas sans présenter quelques difficultés techniques. Il ne suffit pas de placer les animaux en expérience dans l'air raréfié, il faut encore que les conditions d'existence ne diffèrent pas trop de ce qu'elles sont à l'état normal. Pour réaliser ces conditions, nous avons fait construire une caisse d'une capacité d'environ 200 litres, ayant les mêmes dimensions et la même disposition intérieure que nos cages à animaux, mais fermant hermétiquement. Quatre fenêtres pratiquées dans chacune des parois donnent libre accès à la lumière. La ventilation se fait par deux ouvertures, dont l'une aboutit à une trompe à eau servant en même temps à raréfier l'air, tandis que l'autre communique avec une soupape à mercure, réglant le degré de la diminution de pression dans l'appareil. La ventilation est telle que l'air de la caisse se renouvelle complètement trois fois en une heure. Trois lapins peuvent facilement y tenir ensemble sans être gênés dans leurs mouvements. La caisse est ouverte chaque jour pendant quelques minutes pour le nettoyage et la nourriture des animaux.

Nous avons fait à l'aide de cet appareil quatre séries d'expériences portant chacune sur trois lapins : deux séries à la pression ordinaire et deux séries à une pression diminuée de 100 millimètres (pression moyenne de 640 millimètres, correspondant à l'altitude de Davos). Dans chaque expérience, les animaux ont fait dans la caisse un séjour de quatre semaines, au bout duquel nous avons dosé l'hémoglobine par la méthode indiquée plus haut. Malheureusement nous avons perdu par suite d'accident un lapin d'une série à pression diminuée. En outre, nous avons examiné, chez tous nos animaux, le sang recueilli par piqûre de la veine marginale de l'oreille, avant, pendant et à la fin de l'expérience. En procédant ainsi, nous avons obtenu en moyenne, pour les lapins soumis à la pression atmosphérique ordinaire, 5,530,000 globules rouges et 12.7 % d'hémoglobine au début de l'expérience; au bout de quatre semaines, le nombre des globules était de 5,749,000 et le taux de l'hémoglobine de 12.97 %. L'effet de la diminution de pression s'est manifesté par une augmentation sensible des hématies et de l'hémoglobine : de 4,552,000, le nombre des globules est monté à 6,091,000, et le taux de l'hémoglobine de 11.54 % à 14.40 %.

Mais ce qui nous importe surtout, c'est la quantité totale de l'hémoglobine. Etant donné l'importance de ces recherches pour la solution du problème qui nous occupe, nous en avons consigné les résultats dans le tableau suivant :

Nos	Poids.	Sang de la carotide.		Hémoglobine totale en grammes.	Hémoglobine par kilo d'animal.	Sang total en c.c.	Volume de sang par kilo d'animal.
		Globules rouges.	Hémoglobine %				
			I. — PRESSION DIMINUÉE (640 millimètres de mercure).				
1	2.000	5.342.000	13.72	12.36	6.18	90.1	45.0
2	2.250	6.386.000	14.80	15.82	7.00	107.0	47.6
3	2.280	5.992.000	14.60	15.93	7.00	109.3	48.0
4	2.490	6 614.000	14.32	17.12	6.88	119.5	48.0
5	2.250	6 122.000	14.56	15.25	6 77	104.6	46.5
Moyenne.....		6.091.200	14.40		6.77		47.02
			II. — PRESSION ORDINAIRE (740 millimètres).				
1	2.000	5.722.000	12.68	10.87	5.43	86.0	43.0
2	2.400	5.294.000	13 20	13.24	5.52	100.0	41.7
3	2.320	5.906.000	13.04	12.77	5.50	98.0	42.2
4	2.390	6.170.000	13.08	13.10	5.48	100.0	41.8
5	2.400	5.468 000	12.28	12.34	5.14	100.5	41.9
6	2.420	5.880.000	13.52	14.45	5.89	106.9	44.1
Moyenne......		5.740.000	12.97		5.49		42.45

Si l'on examine ces chiffres, la différence saute aux yeux. L'effet de la diminution de pression ne se manifeste pas seulement par un nombre de globules plus grand et un taux d'hémoglobine plus élevé dans le sang tiré de la carotide, mais la quantité d'hémoglobine correspondant à un kilogramme d'animal dépasse de 1 gr. 28 centigr., soit de 23.7 %; la moyenne observée chez les animaux maintenus à la pression ordinaire. La différence est telle et les résultats sont si constants qu'il ne peut ici être question d'une pure coïncidence.

Si maintenant nous comparons ces résultats à ceux que nous avons obtenus à Davos et à Bâle lors de nos premières recherches, nous pourrons nous convaincre qu'ils concordent absolument entre eux.

	1897 Bâle.	1899 Pression ordin. 740 millim.	1897 Davos.	1899 Pression dimin. 640 millim.
Globules rouges dans le sang de la carotide.	5.478.000	5.740.000	6.204 000	6.091.000
Hémoglobine — —	13.23 %	12.97 %	14.47 %	14.40 %
Hémoglobine par kilo d'animal.............	5 gr. 39 centigr.	5 gr. 49 centigr.	6 gr. 59 centigr.	6 gr. 77 centigr.
Quantité de sang — —	40.70	42.45	45.97	47.02

Ces recherches démontrent donc avec évidence *qu'une diminution de pression de 100 millimètres de mercure suffit à elle seule pour produire, sans le concours d'aucun autre facteur du climat d'altitude, les changements de composition du sang que l'on observe après un séjour à la montagne, c'est-à-dire pour déterminer une augmentation de la quantité totale d'hémoglobine d'environ 20 %.*

Ces expériences nous permettent enfin de juger indirectement de l'importance d'un troisième facteur du climat d'altitude, de la *sécheresse de l'atmosphère*. L'air de la caisse dans laquelle se trouvaient les animaux était saturé d'humidité, malgré une ventilation suffisante, ainsi que le démontrait l'eau condensée sur les vitres. Cette humidité n'a cependant pas empêché l'effet de la diminution de pression, d'où l'on peut conclure que la sécheresse de l'air ne

(1) JAQUET et SUTER. Ueber die Veränderungen des Blutes im Hochgebirge. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 fév. 1898.)

Voir aussi : R. LÉPINE. La cure de l'anémie par l'altitude. (*Semaine Médicale*, 1898, p. 105.)

joue pas un rôle essentiel dans les effets du climat d'altitude. Du reste, les auteurs qui ont étudié précédemment les changements de composition du sang pendant un séjour à la montagne n'ont pas opéré uniquement dans des régions sèches, mais aussi dans des stations du Jura, telles que Langenbruck, dont l'air est plutôt humide et où l'on observe fréquemment du brouillard.

IV

Depuis que Schumburg et Zuntz (1) ont émis l'hypothèse que la radiation lumineuse pourrait bien être la cause des changements de composition du sang que produisent les climats élevés, plusieurs auteurs se sont occupés de la question. Marti (2) a trouvé chez des rats qu'un séjour de seize jours dans l'obscurité complète a pour effet une diminution du nombre des globules rouges, tandis que ce nombre augmente de nouveau sous l'influence d'une lumière intense. La valeur de ces conclusions est cependant mise en doute par les résultats du dosage de l'hémoglobine, qui a donné les mêmes chiffres après le séjour dans la lumière ou dans l'obscurité, de sorte que l'on est en droit de supposer que les expériences de Marti sont entachées d'une erreur de technique. Schönenberger (3), qui a répété ces recherches, a noté que, loin de diminuer dans l'obscurité, le nombre des globules rouges augmente légèrement. Mais le travail le plus complet et le plus concluant est celui de C. Meyer (4), qui a étudié l'influence du changement de climat entre Bâle et Davos sur des animaux maintenus dans l'obscurité, comparés avec des animaux témoins de la même portée exposés à la lumière. Au bout d'un mois, les premiers étaient mis à la lumière et les seconds placés dans l'obscurité. Le résultat de ces recherches est que l'absence de lumière n'entrave pas l'action du climat d'altitude. Au bout de quelques jours, le nombre des globules et le taux de l'hémoglobine augmentent d'une façon constante et régulière, et la seule différence qu'il soit possible de constater est une réaction légèrement plus lente chez les animaux tenus dans l'obscurité de sorte que, chez eux, le maximum n'est pas atteint aussi rapidement que chez les animaux témoins.

Ces résultats suffisent pour nous édifier sur le rôle de la lumière. Son influence sur l'hématopoïèse est en tous cas minime en comparaison de celle qui revient à la diminution de pression, et si la lumière agit effectivement sur les fonctions organiques, c'est d'une autre manière que s'exerce son action.

V

Les recherches que nous venons d'exposer nous amènent donc à la conclusion que, de tous les facteurs du climat d'altitude que nous connaissons actuellement, *il n'y en a qu'un seul dont nous ayons pu constater une action manifeste sur le sang, c'est la diminution de pression.* Or, tous les auteurs qui depuis Paul Bert se sont occupés de cette question sont d'accord pour reconnaître que les effets de l'abaissement de la pression atmosphérique ne se manifestent que lorsque la pression descend au-dessous de 450 millimètres de mercure. Nos résultats sont donc en contradiction absolue avec ce que nous enseigne la physiologie; mais avant de rechercher les causes de cette contradiction, nous croyons préférable d'aborder le problème par une autre face, de façon à pouvoir intervenir dans la discussion armé d'arguments décisifs, et non pas seulement d'hypothèses plus ou moins vraisemblables.

VI

Si réellement le climat d'altitude a pour effet de provoquer une néoformation d'éléments sanguins, l'organisme a besoin pour cela de matériaux qui ne peuvent provenir que de deux sources : pendant la période de formation cellulaire, l'organisme peut ou bien prendre aux aliments les éléments azotés dont il a besoin, ou bien, suivant le procédé découvert par Miescher et auquel cet auteur a donné le nom de *liquidation*, trouver en lui-même les matériaux nécessaires par la fonte de certains éléments cellulaires, qui passent ainsi dans la circulation générale et fournissent la matière à de nouvelles cellules en voie de formation. En présence des difficultés techniques que présente l'étude de ce dernier phénomène, nous avons résolu de nous occuper en premier lieu de l'influence de l'altitude sur la nutrition et de rechercher si les échanges sont, eux aussi, modifiés par le séjour dans les hauts climats.

Nous avons exécuté ces recherches sur nous-même pendant l'été 1899, en collaboration avec M. R. Stähelin. Comme station, nous avons choisi le mont Chasseral, dans le Jura, à 1,600 mètres d'altitude. D'un accès relativement facile, cette station présente en outre l'avantage de ne pas différer des stations de plaine autant que celles du Valais ou des Grisons au point de vue de la sécheresse de l'air et de la radiation de la lumière. La couche de vapeur d'eau provenant de l'évaporation des trois lacs de Bienne, de Neuchâtel et de Morat donne un degré d'humidité considérable; elle a encore pour effet d'atténuer d'une façon sensible l'action directe des rayons solaires.

L'expérience devant durer en tout quatre semaines, il était nécessaire d'apporter un soin spécial à la composition de la nourriture, d'autant plus qu'à la montagne tout ravitaillement devenait impossible. Notre menu quotidien se composait de 250 grammes de viande en conserve, préparée spécialement pour nous, de 400 grammes de pain de seigle, cuit en une fois pour toute la durée de l'expérience, de 2 œufs (110 grammes), de 50 grammes de riz, de 30 grammes de sucre, 30 grammes de beurre, 30 grammes de fromage, 200 grammes de compote de pommes, 6 décilitres de lait, 2 de vin, 7 de bière, 2 d'infusion de thé, 2 de café et 2 d'eau. Tous ces aliments avaient préalablement été analysés avec soin. Ils contenaient 23 gr. 99 centigr. d'azote, 82 gr. 16 centigr. de graisse, 367 gr. 60 centigr. d'hydrates de carbone et 51 gr. 20 centigr. d'alcool, équivalant à 3,121 calories. Nous nous sommes arrêtés à cette ration, un peu forte, en temps ordinaire, pour un individu de 81 kilos et demi, à cause de l'appétit que l'on ressent à la montagne et de la nécessité d'avoir dans les hauteurs une nourriture suffisante. Un point essentiel de l'expérience concerne le travail musculaire. Aussi nous sommes nous attachés à mener une existence des plus régulières et à régler nos occupations de façon à fournir chaque jour à peu près la même somme de travail.

L'expérience se divise en trois périodes : une première période de sept jours, à Bâle, pendant laquelle nous nous sommes mis en équilibre de nutrition, une seconde de treize jours à la montagne et une troisième de sept jours à Bâle. Dans la seconde, nous distinguons une période de transition de trois jours, destinée à éliminer l'effet de l'effort musculaire nécessité par l'ascension de la montagne, de même que de la troisième période nous séparons le premier jour comme période de transition, l'effort musculaire de la descente étant moins considérable et de plus courte durée que celui de la montée. Chaque jour, l'urine et les fèces étaient recueillies, pesées et mises à part pour l'analyse. Dans l'urine, nous avons dosé l'azote par la méthode de Kjeldahl, le chlore et l'acide phosphorique; dans les fèces, l'azote et la graisse. Le tableau suivant contient les résultats des analyses d'urine.

1re période : Bale.

	Urine.	Densité.	Azote.	Acide phosphorique	Chlore.	
16 août.	1.165 c.c.	1.030	16.595	2.315	10.030	
17	1.120	1.032	18.346	4.050	9.660	
18	1.022	1.032	17.527	4.077	8.598	
19	1.042	1.032	18.636	4.358	7.731	
20	1.083	1.032	19.597	4.204	7.015	
21	1.350	1.026	19.611	4.273	8.531	
22	1.380	1.026	19.127	4.162	8.449	
Moyenne (du 19 au 22)....			19.243	3.920	8.573	
Période de transition.						
23 août.	1.145	1.031	21.340	3.768	6.463	Départ pour Chasseral.
24	1.280	1.026	21.056	4.091	6.180	
25	1,775	1.019	18.575	3.516	8.444	
2e période : Chasseral, 1,600 mètres.						
26 août.	1.530	1.024	18.261	3.511	10.266	
27	1.540	1.025	18.595	3.631	8.747	
28	2.005	1.017	18.140	3.362	9.182	
29	2.020	1.017	18.029	3.981	8.247	
30	1.640	1.021	16.875	3.523	9.082	
31	1.905	1.018	17.802	3.374	8.792	
1 sept.	2.115	1.016	17.987	3.746	8 634	
2	2.010	1.017	16.814	4.023	8.134	
3	1.900	1.018	17.224	3.564	9.443	
4	1.540	1.020	16.251	3.002	8.966	
Moyenne.................			17.598	3,572	8.949	
Période de transition.						
5 sept	1.095	1 031	17.537	4,039	7,852	Retour à Bâle.
3e période : Bale.						
6 sept.	1.155	1.031	19.101	4.207	9.615	
7	1.050	1.033	18.651	3.983	7.977	
8	975	1.033	18.871	3.924	6.646	
9	1.010	1.032	18.382	3.959	6.884	
10	1.250	1.028	18.223	4.140	8.128	
11	1.735	1.019	18.069	3.818	8.931	
Moyenne.................			18.549	4.005	8.030	

Si l'on considère que pendant toute la durée de l'expérience nous avons absorbé chaque jour exactement la même quantité de liquide, on sera frappé des différences que présentent les chiffres de la première colonne (volume de l'urine) aux différentes périodes de l'expérience. Ces différences s'expliquent par la transpiration abondante provoquée à Bâle par les fortes cha-

(1) Schumburg et Zuntz. Zur Kenntniss der Einwirkungen des Hochgebirges auf den menschlichen Organismus. (*Arch. f. d. ges. Physiol.*, 1896, LXIII, p. 461.)

(2) Marti. Wie wirken chemische Reize und Belichtung auf die Bildung der rothen Blutkörperchen? *in* Verhandlungen des Congresses für innere Medicin, 1897, p. 598.

(3) Schönenberger. Einfluss des Lichtes auf den thierischen Organismus. (*Thèse de Berlin*, 1898.)

(4) C. F. Meyer. Einfluss des Lichtes im Höhenklima, u. s. w. (*Thèse de Bâle*, 1900.)

leurs du mois d'août, tandis qu'à la montagne la température n'a jamais dépassé 17° à 18° C., de sorte que la transpiration cutanée a été insignifiante pendant toute la seconde période.

L'étude de la sécrétion azotée nous donne pour les quatre derniers jours de la première période une moyenne de 19 gr. 243 milligr. par jour. L'influence du voyage se traduit par une augmentation de l'azote urinaire de plus de 2 grammes, mais à partir du troisième jour on constate une diminution, qui devient de plus en plus forte pendant la durée du séjour à la montagne : pour les dix derniers jours de ce séjour la quantité d'azote contenue dans l'urine ne s'élève en moyenne qu'à 17 gr. 598 milligr. Le retour dans la plaine a pour effet de faire remonter immédiatement la sécrétion azotée, et la moyenne quotidienne de la troisième période atteint 18 gr. 549 milligr.

Pour se rendre un compte exact de l'état des échanges azotés, il est nécessaire d'établir pour chaque période le bilan de l'azote. La quantité d'azote contenue dans la ration quotidienne étant de 23 gr. 990 milligr., dont 3 gr. 329 milligr. ont été éliminés chaque jour par les fèces au cours de la première période, il reste donc 20 gr. 661 milligr. que l'on peut considérer comme ayant été résorbés. Mais comme l'élimination par les urines n'atteint en moyenne que 19 gr. 243 milligr., on pourrait croire, à première vue, que l'organisme a retenu chaque jour 1 gr. 418 milligr. d'azote. Cette rétention n'est cependant qu'apparente. Nous avons mentionné plus haut que pendant la première période les fortes chaleurs avaient provoqué une transpiration continuelle et abondante. Or, nous savons par les travaux d'Argutinski et de Cramer que l'organisme élimine par la sueur des quantités d'azote relativement considérables. Ainsi, Cramer (1) a retrouvé dans la sueur jusqu'à 12 % de l'azote total après une marche de quatre heures et demie par un jour d'été. Nous sommes donc autorisé à admettre que la plus grande partie de l'azote absorbé et non éliminé par les urines a abandonné l'organisme par la voie cutanée, et que par conséquent il n'y a pas eu pendant la première période une rétention appréciable d'azote.

Le bilan de la seconde période peut se résumer dans les chiffres suivants : azote des aliments 23 gr. 990 milligr., azote des fèces 3 gr. 800 milligr., azote résorbé 20 gr. 190 milligr., azote éliminé par l'urine 17 gr. 598 milligr. Il en résulte pour la seconde période une rétention moyenne de 2 gr. 592 milligr. d'azote, qui, cette fois-ci, doit bien être considérée, au moins dans sa plus grande partie, comme rétention effective, la transpiration ayant été nulle pendant toute la durée de notre séjour à la montagne.

Après le retour dans la plaine, le bilan de l'azote change de nouveau. Des 23 gr. 990 milligr. d'azote des aliments, il faut déduire 5 gr. 395 milligrammes éliminés chaque jour par les fèces, ce qui équivaut à une résorption de 18 gr. 595 milligrammes. D'un autre côté, l'urine de cette période contient en moyenne 18 gr. 540 milligr. d'azote, de sorte que nous nous trouvons en état d'équilibre apparent. Nous disons apparent, car dans ces chiffres il n'est pas tenu compte de l'influence de la transpiration, au moins aussi forte dans la troisième période que dans la première, si bien que si nous ajoutons à l'azote urinaire l'azote éliminé par la peau, nous avons en réalité pour la troisième période un bilan négatif, c'est-à-dire que l'organisme a sécrété pendant ce temps plus d'azote qu'il n'en a résorbé.

Pour l'acide phosphorique, nous observons un phénomène analogue. Le taux de l'acide phosphorique de l'urine diminue sensiblement pendant le séjour à la montagne, pour remonter au chiffre primitif après le retour dans la plaine. Les conditions d'élimination du chlore, par contre, sont moins claires ; elles paraissent dépendre essentiellement de la quantité d'urine sécrétée ; aussi trouvons-nous pour la seconde période une légère augmentation de la sécrétion chlorée, compensée par une diminution sensible dans la troisième période.

(1) CRAMER. Ueber die Beziehung der Kleidung zur Hautthätigkeit. (*Arch. f. Hygiene*, 1890, X, p. 231.)

VII

Ces recherches démontrent qu'entre les modifications du sang et les échanges azotés il existe un parallélisme évident. L'augmentation des globules rouges et de l'hémoglobine pendant un séjour dans les hauts climats est accompagnée d'une diminution sensible de la sécrétion azotée. Immédiatement après le retour dans la plaine, le nombre des globules et le taux de l'hémoglobine baissent graduellement, tandis que la sécrétion azotée augmente de nouveau.

Pour se rendre compte de l'importance de la rétention d'azote constatée dans la seconde période de notre expérience, nous avons fait l'évaluation suivante : on peut estimer à 5 litres 8 la quantité totale de sang d'un individu de 81 kilos, ce qui représenterait, au taux moyen de 13 %, 754 grammes d'hémoglobine. L'hémoglobine contient environ 16 % d'azote, de sorte que 754 grammes d'hémoglobine correspondent à 120 grammes de ce gaz. Or, on a observé à la suite d'un séjour de quatre semaines à une altitude variant de 1,600 à 1,800 mètres une augmentation de l'hémoglobine de 15 à 20 %, correspondant à 24 grammes d'azote en plus ; cette augmentation serait couverte par une rétention d'azote quotidienne de 0 gr. 857 milligr., chiffre notablement inférieur à celui que nous avons observé en réalité. Ainsi donc, l'azote retenu par l'organisme est bien supérieur à la quantité exigée pour la néoformation d'éléments sanguins ; aussi sommes-nous en droit de nous demander si l'action du climat d'altitude s'arrête aux organes de l'hématopoïèse, ou si plutôt elle ne s'étend pas à d'autres éléments, auxquels elle rendrait, par une régénération protoplasmatique partielle, une vitalité et une résistance nouvelles. S'il en était ainsi, nous aurions trouvé dans cette réaction de l'organisme une explication satisfaisante des effets bienfaisants du séjour à la montagne, explication que la réaction du sang seule ne suffit pas à nous donner.

Mais une perturbation aussi générale de la nutrition des tissus, devrait, semble-t-il, avoir sa répercussion dans l'intensité des échanges respiratoires. Aussi consacrerons-nous à leur étude un article spécial.

A. JAQUET,
Professeur à la Faculté de médecine de Bâle.

TREIZIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DES

SCIENCES MÉDICALES

Tenu à Paris du 2 au 9 août 1900.

(Suite et fin. — Voir nos sept précédents numéros.)

SECTION DE NEUROLOGIE

Néoplasie tuberculeuse au voisinage des tubercules quadrijumeaux.

M. Raymond. — L'observation que je désire vous communiquer a trait à un malade qui, depuis l'âge de quarante ans, présentait les symptômes d'une bronchite tuberculeuse. Au moment de son entrée à la Salpêtrière, cet homme réalisait l'association d'une hémiplégie sensitivo-motrice gauche avec une paralysie oculaire, le tout survenu sans ictus et accompagné, dans le côté paralysé, d'une sensation de picotements, de fourmillements, ainsi que de douleurs assez vives et d'hypoesthésie. Le facial inférieur du côté gauche participait à la paralysie ; c'est dire que celle-ci offrait tous les caractères des hémiplégies de cause centrale. Elle était peu prononcée. Les réflexes étaient très forts, mais sans trépidation spinale ; on ne constatait pas non plus le signe de Babinski. L'hypoesthésie du côté gauche, très nette, coexistait avec la perte des sens musculaire et articulaire, de la perception stéréognostique, de la notion des positions, de la faculté de localiser les sensations. Les organes des sens ne présentaient pas d'altérations. L'hémiparésie du côté gauche s'accompagnait de mouvements incessants athétosiformes, avec une certaine ataxie des mouvements intentionnels. La démarche du malade était incertaine, par moments titubante. Enfin, il existait une paralysie des mouvements associés de latéralité des deux yeux ; à l'état de repos, les globes oculaires étaient en position normale, sans strabisme interne, et l'action des droits internes était parfaitement conservée pour la convergence ; par contre, les mouvements de latéralité vers la droite ou vers la gauche s'effectuaient d'une façon très insuffisante, et non sans que le malade fût obligé de tourner la tête du côté correspondant.

Le tableau morbide ne s'est pas sensiblement modifié jusqu'à la mort du patient, qui a été la conséquence des progrès de la bronchite tuberculeuse. A l'autopsie on a constaté dans la partie postérieure de la moitié droite de la protubérance un gros tubercule solitaire, ovoïde, mesurant 4 centimètres en hauteur et 3 centimètres en largeur, qui intéressait le ruban de Reil, respectait les noyaux moteurs des yeux, mais avait détruit les fibres allant de l'écorce à la sixième paire, et celles qui sont censées unir entre eux les noyaux de la troisième et de la sixième paire. C'est vraisemblablement à l'interruption de ces dernières fibres qu'était due la paralysie des mouvements associés de latéralité vers la droite, constatée chez le malade. En tout cas, cette observation fournit la preuve du siège supra-nucléaire, au voisinage des tubercules quadrijumeaux postérieurs, des paralysies associées des mouvements de latéralité des globes oculaires.

Lésions traumatiques dans le territoire de l'épicône médullaire.

M. Minor (de Moscou). — Depuis les observations cliniques de Raymond et les recherches anatomiques de Müller, on est convenu de placer immédiatement au-dessus du niveau de l'émergence de la troisième racine sacrée la limite supérieure du *cône* médullaire. Les signes cliniques des altérations de cette partie de la moelle consistent dans une paralysie des sphincters et une anesthésie en selle avec conservation des fonctions des membres inférieurs.

J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs malades atteints d'une lésion très probable de la substance grise ou des racines du segment de la moelle compris entre la cinquième paire lombaire et la troisième paire sacrée. Je propose de désigner ce territoire sous le nom d'*épicone* médullaire.

Les principaux signes des altérations de cette région sont des douleurs violentes et tenaces situées sur le trajet des nerfs du plexus sacré et spécialement du nerf sciatique poplité externe. Chez tous mes malades, les réflexes rotuliens étaient conservés et les sphincters intacts, ce qui permet d'assigner à la lésion les limites indiquées plus haut.

Des faits semblables ont été signalés par Kocher, Müller, Stolper, Köller, etc., mais ils n'avaient pas été rangés jusqu'ici dans un groupe spécial.

Hémiplégie spinale gauche (syndrome de Brown-Séquard).

M. Dejerine. — J'ai eu l'occasion de faire récemment, avec M. Lortat-Jacob, l'autopsie d'un malade qui avait présenté pendant la vie le syndrome de Brown-Séquard. Il s'agit d'un homme de cinquante-neuf ans qui était atteint d'une hémiplégie motrice du côté gauche avec atrophie des muscles de la main et de l'avant-bras, exagération du réflexe rotulien, incontinence d'urine, etc. L'examen des diverses sensibilités montra qu'il y avait une hypoesthésie au contact dans toute la moitié inférieure du corps, que la sensibilité à la douleur était exagérée à gauche et abolie à droite dans toute la partie du corps située au-dessous des mamelons, et enfin que la sensibilité à la température était également exagérée à gauche et diminuée à droite. Ces troubles sensitifs étaient d'autant plus prononcés qu'on s'éloignait davantage de la racine des membres.

A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion macroscopique de la moelle. C'est seulement après avoir débité cet organe en coupes sériées colorées par la méthode de Pal qu'on reconnut une altération limitée à sa moitié gauche. Cette lésion s'étendait en hauteur de la septième cervicale à la deuxième dorsale; en largeur, elle occupait toute la zone comprise entre le sillon antérieur et le bord externe du faisceau de Goll. Au-dessous de ces limites, les faisceaux pyramidaux direct et croisé étaient dégénérés dans tout leur trajet. Au-dessus, la dégénérescence intéressait les faisceaux de Goll et de Burdach. Le faisceau de Gowers était également altéré des deux côtés, mais particulièrement du côté gauche.

Sur des coupes colorées au carmin, on constatait une méningite spinale accusée surtout dans la moitié gauche de la région cervico-dorsale, des lésions de péri-artérite et de périphlébite et une prolifération intense de la névroglie.

Sur les scléroses combinées.

M. Babinski. — L'association de lésions tabétiques des cordons postérieurs avec des altérations scléreuses des cordons latéraux me paraît beaucoup plus commune qu'on ne le croit généralement. Il est, du reste, tout naturel qu'il en soit ainsi, puisque le tabes a des liens intimes avec la syphilis, et que cette infection détermine souvent une sclérose du système pyramidal. Si la fréquence de cette association n'a pas été suffisamment remarquée, cela tient sans doute à ce que l'exagération des réflexes tendineux et la contracture, seuls signes que l'on possédât jusqu'à ces derniers temps pour diagnostiquer la sclérose des cordons latéraux, font généralement défaut quand cette lésion se combine au tabes.

Le phénomène des orteils, au contraire, que je considère comme pathognomonique d'une perturbation dans le système pyramidal, ne semble pas entravé par l'existence d'une névrite des racines postérieures et peut se manifester chez des sujets dont les réflexes tendineux sont abolis (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 321). Or, depuis que je recherche systématiquement ce signe chez tous les sujets soumis à mon observation, j'ai vu, chez plusieurs malades atteints d'un tabes ne se distinguant pas, d'ailleurs, du tabes vulgaire, le phénomène des orteils déceler seul la perturbation du système pyramidal, qui, sans cela, aurait passé inaperçue.

A côté de ce premier groupe de scléroses combinées où le tabes est très caractérisé, il en est un autre où la lésion radiculaire ne se manifeste que d'une manière fruste.

Dans ce deuxième groupe, il y a une catégorie de faits dont j'ai déjà réuni 7 exemples et sur lesquels je veux attirer l'attention d'une manière toute spéciale, car ils sont nécessairement méconnus si l'on néglige d'explorer le réflexe du tendon d'Achille, dont l'abolition, ainsi que je l'ai montré — et mon opinion a été confirmée par Mills —, a, au point de vue du diagnostic du tabes, autant d'importance, sinon plus, que le signe de Westphal.

Je vous présente 2 malades de cette catégorie qui sont venus me consulter parce qu'ils éprouvaient une sensation de lassitude, d'affaiblissement général, ainsi que quelques douleurs vagues, et chez lesquels le phénomène des orteils et l'abolition du réflexe du tendon d'Achille constituent les seuls signes objectifs d'une affection organique du système nerveux. Si ces symptômes n'avaient pas été recherchés, ces sujets auraient été considérés sans doute comme de simples neurasthéniques. Or, il me paraît très vraisemblable qu'il s'agit là d'une sclérose combinée. La disparition du réflexe du tendon d'Achille décèle, en effet, une lésion organique atteignant, il est vrai, n'importe quelle partie de l'arc réflexe et pouvant siéger tout aussi bien à la périphérie qu'au centre; mais, étant donné la perturbation du système pyramidal décelée par l'extension des orteils, il est rationnel de supposer que l'abolition du réflexe tendineux dépend aussi d'une lésion centrale ou voisine du centre, c'est-à-dire d'une altération des racines postérieures. En l'absence d'examen nécroscopique, je n'ai pas le droit d'être affirmatif sur ce point; je crois néanmoins que cette hypothèse est la plus acceptable de toutes celles qu'on pourrait faire. J'ajoute qu'il y a un intérêt pratique à dépister ces cas frustes de scléroses combinées, car ils représentent probablement le premier stade d'une affection qui, abandonnée à elle-même, deviendrait très grave; en effet, si un traitement peut être efficace, c'est surtout dans la période initiale, et je dois dire que chez la plupart des malades de cette catégorie le traitement hydrargyrique a paru exercer une influence très favorable.

Ramollissement du cervelet.

M. Switalski (de Lemberg). — J'ai trouvé à l'autopsie d'un malade du service de M. Marie un ramollissement complet des lobes droit et moyen du cervelet avec destruction des noyaux centraux de ces lobes.

Bien que cette lésion puisse être considérée comme équivalente à l'ablation complète du cervelet, le pédoncule cérébelleux supérieur qui aurait dû être complètement dégénéré ne présentait qu'un degré modéré d'atrophie avec une très faible dégénération. Je crois donc pouvoir conclure de ce fait que le pédoncule cérébelleux supérieur est constitué pour une petite partie seulement par des fibres provenant du cervelet, et pour le reste par des fibres à direction centripète.

Sur un cas de dermo-neuro-fibromatose compliquée de phénomènes spinaux et d'une déformation considérable de la colonne vertébrale.

M. Haushalter. — Voici plusieurs photographies d'un garçon de seize ans qui, depuis l'âge de douze ans, est atteint d'une paraplégie spasmodique avec troubles de la sensibilité, paralysie des sphincters et déformation considérable du thorax.

Tous ces accidents me paraissent être la conséquence d'une localisation sur la moelle de la maladie de Recklinghausen. Ce malade présente, en effet, sur le corps une quinzaine de petits fibromes cutanés mous, recouverts de poils rudes, deux verrues pigmentées, trois petits fibromes sous-cutanés et une vingtaine de taches pigmentaires de couleur café au lait.

Le fait le plus curieux de cette observation consiste dans la déformation du thorax, manifeste surtout dans la position assise; elle est constituée par une énorme cyphoscoliose dorso-lombaire à grande courbure, et par une plicature du tronc en avant, au niveau du creux épigastrique.

Cette déformation, qui disparaît presque totalement dans le décubitus dorsal, semble bien être en rapport avec des altérations osseuses qui ne sont pas sans analogie avec l'*ostéomalacie*, et qui ont été signalées plusieurs fois déjà dans la dermo-neuro-fibromatose.

La prédominance des accidents médullaires et de la déformation du thorax, l'atténuation des phénomènes cutanés rendent intéressant ce cas de maladie de Recklinghausen, qui montre un des aspects multiples sous lesquels peut se manifester cette affection.

De l'écriture en miroir.

M. Ballet (de Paris). — J'ai eu l'occasion d'étudier récemment les conditions qui favorisent ou entravent l'apparition de l'*écriture en miroir* dans les circonstances suivantes : une fillette de huit ans et demi, née gauchère, avait appris seule à écrire à l'âge de six ans, en regardant écrire sa sœur aînée; spontanément, elle écrivit de la main gauche et en miroir. Plus tard, sous l'influence de l'enseignement qu'elle reçut, son écriture devint droite de la main droite d'abord, puis de la main gauche.

Cette observation nous explique pourquoi tous les gauchers n'écrivent pas de la main gauche et en miroir; c'est que l'éducation vient entraver le développement des tendances naturelles de beaucoup d'entre eux. On doit donc, à notre avis, substituer à la formule de Carl Vogt, qui a soutenu que *l'écriture en miroir est l'écriture normale de la main gauche*, la rédaction suivante, plus complète et plus précise : *l'écriture en miroir et de la main gauche est l'écriture normale chez les gauchers dont l'éducation n'a pas faussé la tendance naturelle.*

M. Sollier (de Paris). — La question de l'écriture en miroir est plus complexe que ne semble le croire M. Ballet. Cette variété d'écriture ne tient pas seulement à un trouble musculaire, mais surtout à une perturbation de la perception et de la représentation visuelles. Les sujets qui « écrivent en miroir » se trompent, en effet, soit dans l'appréciation de leurs deux côtés, soit dans celle des côtés des objets placés en face d'eux.

J'ai pu reproduire expérimentalement l'écriture en miroir par la suggestion chez plusieurs hystériques et constater que toutes les représentations visuelles subissent alors une interversion et quelquefois même un double renversement des mots. Il peut y avoir aussi dissociation entre la représentation des lettres et celle des mots.

La conclusion qui se dégage selon moi de ces expériences, c'est que l'écriture automatique tient surtout à une altération des représentations visuelles, ce qui confirme l'opinion des auteurs qui n'admettent pas l'existence d'un centre graphique.

Des localisations motrices dans le télencéphale.

M. Sano (d'Anvers). — La méthode de Nissl, qui est la seule réellement décisive pour l'étude des localisations motrices dans la moelle, le rhombencéphale et le mésencéphale, peut également être mise à contribution pour explorer le télencéphale. Expérimentalement, chez le chien, Rothmann n'a pas obtenu de résultats. Marinesco, dans sept cas, a trouvé chez l'homme, après lésion de la moelle à différents niveaux, des altérations cellulaires dans les centres corticaux correspondants.

J'ai retrouvé la réaction de Nissl au niveau des grandes cellules pyramidales de l'écorce dans deux cas où la moelle lombaire avait été détruite. Prenant pour guide les travaux de Hammarberg, je crois pouvoir conclure de mes recherches que le territoire moteur vrai, chez l'homme, est plus restreint en étendue qu'on ne le croit généralement d'après les données de la clinique (Charcot), de la physiologie (Fritsch et et Hitzig), de l'embryologie (Flechsig) et de l'anatomie pathologique (Dejerine).

Neurasthénie et vieillesse.

M. Parisot (de Nancy). — J'ai observé plusieurs cas de maladie de Beard chez des sujets âgés de plus de soixante ans (19 fois sur 174); la neurasthénie n'est donc pas l'apanage des adolescents ou des adultes. Comme chez les jeunes gens et les hommes mûrs, c'est toujours l'hérédité, associée à des causes déprimantes, qui joue le principal rôle dans le développement de cette affection. L'artériosclérose seule ne l'engendre jamais.

Après la soixantaine, la neurasthénie se traduit par le même tableau symptomatique que chez l'adulte, mais à un degré moins accusé; la forme cérébro-spinale est la plus fréquente. La démence est une des terminaisons, sinon habituelle, du moins possible, de la maladie de Beard chez les vieillards.

Du traitement de quelques accidents nerveux par la mobilisation des membres.

M. Dagron (de Paris). — On sait qu'une mobilisation douce et rationnelle des membres et des jointures réussit à faire cesser les contractures réflexes, les parésies et les atrophies musculaires qui accompagnent si souvent les traumatismes. Depuis plusieurs années, j'applique avec avantage le même mode de traitement aux accidents analogues résultant d'une affection des centres nerveux. Chez plusieurs malades atteints de méningites ou d'encéphalites chroniques, j'ai pu, grâce à la mobilisation répétée des membres, faire disparaître les douleurs des régions contracturées et rétablir dans une certaine mesure les fonctions des membres parésiés.

M. Souques (de Paris) fait, au nom de M. Balthazard et au sien, une communication sur la *cryoscopie des urines dans la polyurie nerveuse.*

Dr G. Deny,
Médecin de l'hospice de la Salpêtrière.

SECTION DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Recherches sur le thymus.

M. Ghika (de Paris) fait, au nom de M. Roger et au sien, une communication que nous résumons ainsi :

A la période embryonnaire, le thymus est une véritable glande épithéliale. Il subit ensuite une transformation radicale et prend nettement un aspect lymphoïde. Les cellules qui en constituent la partie fondamentale offrent la plus

grande analogie avec les lymphoïdes de la moelle des os; ce sont des éléments dont le noyau seul est distinct. D'autres cellules, beaucoup moins nombreuses, disposées surtout autour des vaisseaux, ont un noyau plus pâle, souvent vésiculeux, entouré d'une mince couche de protoplasma.

Vers le septième ou huitième mois de la vie intra-utérine, et surtout au moment de la naissance, apparaissent quelques grands mononucléaires, des polynucléaires neutrophiles, de rares cellules géantes et un certain nombre d'éléments ressemblant aux globules rouges à noyau, mais toujours en très petit nombre.

Les corpuscules de Hassall, qui constituent l'élément caractéristique du thymus, ne sont pas reconnaissables chez des fœtus humains de trois mois. Leur apparition semble plus tardive. A six mois, ils sont aussi nombreux et aussi bien constitués qu'au moment de la naissance.

Chez des enfants ayant succombé à une maladie infectieuse, on constate des modifications importantes dans la structure du thymus : épaississement du réseau fibrillaire (syphilis), lésions vasculaires, hémorrhagies diffuses, transformation kystique des corpuscules de Hassall (variole), et, enfin, multiplication et apparition d'éléments cellulaires tout à fait analogues à ceux de la moelle des os : globules rouges à noyau, éosinophiles mono et polynucléaires, neutrophiles granuleux, *Mastzellen*, leucocytes à granulations mixtes, cellules géantes à noyau unique volumineux ou véritables myéloplaxes.

Un de ces éléments peut exister seul ou presque seul à l'exclusion des autres; ils ne sont jamais très nombreux et se voient surtout autour des vaisseaux; ils présentent souvent des figures de caryocinèse.

Chez des animaux infectés par le streptocoque, le staphylocoque, le colibacille, etc., on rencontre les mêmes formes cellulaires et l'on trouve, en outre, des pseudo-éosinophiles.

Ces faits montrent que le thymus joue, au moins à un moment donné, un rôle hématopoiétique. L'infection agit en réveillant cette fonction éteinte : elle communique à l'organe, pour ainsi dire, une jeunesse nouvelle.

Sur la nécrose de la papille rénale.

M. Levaditi (de Paris). — Il existe un rapport intime entre la constitution chimique des agents toxiques et les caractères fonctionnels des éléments cellulaires sur lesquels ces agents exercent leur influence spécifique. C'est ce rapport de constitution des éléments réagissants, molécules toxiques et molécules protoplasmiques, qui explique l'action élective de certains poisons sur des groupes déterminés de cellules.

Les expériences que j'ai faites dans le laboratoire de M. Ehrlich, à Francfort, viennent à l'appui de cette manière de voir.

J'ai étudié l'action sur l'organisme d'un certain nombre d'amines, en particulier de la *vinylamine*, de l'*iso-allylamine*, de l'*allylamine*, de la *camphénamine*, et de la *triméthylenimine*. Il résulte de mes recherches que la vinylamine, en dehors de son action sur le système nerveux, détermine constamment une nécrose primitive de la papille rénale et des hémorrhagies ou des ulcérations de la partie sous-jacente de l'appareil urinaire, plus particulièrement de la vessie. *La substance corticale du rein reste pourtant absolument intacte.* J'ai pu, de plus, déterminer l'infiltration calcaire de cette papille nécrotique, comme aussi sa transformation scléreuse.

Pour expliquer cette action élective de la vinylamine sur une partie définie de l'appareil urinaire, on ne peut invoquer la sécrétion du poison au niveau de la papille, car, à ce niveau, l'épithélium cylindrique des tubes collecteurs ne saurait posséder des propriétés de sécrétion aussi spécifiques. On ne peut non plus accepter l'hypothèse de la concentration urinaire, car, étant donné la portée générale d'un tel mécanisme, les poisons papillaires devraient être beaucoup plus fréquents. Il ne reste, par conséquent, à admettre que l'existence d'une affinité chimique spécifique entre cet épithélium et la vinylamine, affinité déterminée par la constitution spéciale de la molécule protoplasmique.

Cette notion se trouve justifiée par l'étude chimique des poisons que j'ai employés et par la comparaison de l'action de la vinylamine avec celle de l'iso-allylamine, de l'allylamine, etc.

Pression artérielle dans la fièvre typhoïde.

M. P. Teissier. — En étudiant la pression artérielle chez 12 typhiques, adolescents et adultes, que nous avons pu observer durant toute l'évolution d'une fièvre typhoïde régulière, nous avons constaté que les oscillations autour du chiffre moyen de la pression qui, selon les cas, variait de 15 centimètres à 13 centimètres, étaient très limitées, et que la tension artérielle s'abaissait à son maximum au moment de la défervescence, ainsi que l'ont constaté MM. Alezais et François.

Nous croyons, d'autre part, qu'il convient de considérer la constatation d'une pression artérielle normale, ou même supérieure à la normale, au cours d'une maladie aussi régulièrement hypotensive que la dothiénentérie, comme un indice sérieux pouvant faire soupçonner une évolution anomale par le fait d'un état morbide antérieur à la fièvre typhoïde, ou faire redouter une complication. Nous avons observé un cas de rechute survenue par imprudence du malade (alimentation prématurée), où la tension artérielle remonta de 12 centimètres à 16 centimètres et un autre fait où une élévation subite de la pression artérielle à 17 centimètres avec *disparition du dicrotisme*, précédée d'une chute à 10 centimètres avec *exagération du dicrotisme*, se produisit en même temps qu'une hémorrhagie intestinale.

Ces deux cas, joints à des faits du même genre relatés par M. Potain et aux observations recueillies par MM. Alezais et François, témoignent, à notre avis, des indications précieuses que peut fournir l'étude de la pression artérielle dans la fièvre typhoïde, et prouvent que l'élévation de cette pression, comme son abaissement, peuvent être des indices de signification sérieuse, sinon toujours grave.

La propriété agglutinative et ses rapports avec les autres propriétés acquises par les humeurs.

M. Lagriffoul lit, au nom de M. Rodet, une note que nous résumons ainsi :

L'agglutination n'offre pas une aussi grande valeur qu'on l'avait cru, au début, pour le diagnostic des espèces microbiennes. L'aptitude agglutinative d'une espèce n'est pas une propriété fixe et immuable; elle peut varier dans des limites étendues; aussi des différences même considérables dans la sensibilité à un sérum donné n'impliquent pas nécessairement la diversité d'espèce. La valeur de la réaction est d'autant moindre qu'elle s'exerce à un plus faible degré.

La matière spécifique à laquelle est dû le phénomène de l'agglutination, l'*agglutinine*, peut se trouver dans divers liquides de l'organisme; mais c'est dans le sérum qu'elle existe en plus grande quantité.

La propriété agglutinative est certainement indépendante de la propriété par laquelle un sérum détermine la transformation en granules et la dissolution. L'agglutination ne se confond pas non plus avec la *propriété atténuante*. Cependant, en comprenant sous le nom de propriétés bactéricides en général l'ensemble des propriétés du sérum capables de défendre l'organisme par une action directe sur les éléments microbiens, on peut dire que l'agglutination est une modalité du *pouvoir bactéricide*.

La propriété agglutinative n'est pas identique à la *propriété préventive*. Les deux s'associent en proportions diverses suivant les sérums. Dans le sérum d'animaux immunisés à l'égard du bacille d'Eberth ou du bacterium coli, quel que soit le mode d'immunisation, la propriété préventive est toujours faible par rapport à la propriété agglutinative. Toutefois, cette dernière peut, dans certains cas, concourir à l'effet préventif.

La propriété agglutinative et la *propriété antitoxique* sont évidemment indépendantes dans leurs manifestations. Mais, à un certain point de vue général et théorique, la première peut être véritablement rapprochée de la seconde et réunie à elle dans un même groupe de processus physiologiques.

M. Chantemesse estime, contrairement à l'opinion de M. Rodet, que l'agglutination constitue un moyen très important de diagnostic bactériologique.

La cellule nerveuse dans l'évolution des maladies toxi-infectieuses.

M. Ferré (de Bordeaux). — Après avoir étudié l'action produite par la toxine d'un bacille de Löffler retiré de la diphtérie des volailles et les lésions qu'elle peut déterminer dans la moelle de ces animaux en les paralysant, je me suis proposé de rechercher la genèse des altérations en question.

A cinq animaux, j'ai injecté dans les veines 2 c.c. de toxine, dose qui les paralysait en cinq jours, et je les ai sacrifiés à des intervalles variés. Une sixième volaille a été sacrifiée dès qu'elle a présenté des troubles moteurs.

Dès la fin du premier jour, on constate le début de la disparition de la substance chromatophile. Cette dernière, dans la cellule surcolorée, abandonne le réseau achromatique en laissant une certaine quantité de sa substance surcolorée adhérente, ce qui rend le réseau plus visible et donne à la cellule un aspect treillagé. Ce phénomène apparaît nettement à la fin du deuxième jour et s'accentue à la fin du quatrième où un grand nombre de cellules sont en chromatolyse assez avancée; dans certaines cellules, le réseau achromatique a même disparu. Toutes ces modifications s'effectuent sans paralysie, constituant pour ainsi dire les phénomènes latents d'une véritable période d'incubation.

J'ai cherché à déterminer les relations qui peuvent exister entre ces altérations et les lésions des nerfs. Les nerfs d'un membre postérieur des six animaux ont été examinés après fixation par l'acide osmique. Chez l'animal sacrifié à la fin du quatrième jour on trouve à peine quelques tubes dégénérés; chez celui qui est tué au début de la paralysie, un bon nombre de tubes sont altérés. Sans vouloir généraliser, on peut dire que la paralysie coïncide ici avec l'apparition de la névrite; toutefois, cette dernière pourrait être secondaire, si l'on est, du moins, autorisé à comparer l'effet de la lésion névritique à celui d'une lésion mécanique. On sait, en effet, que toute lésion expérimentale d'un nerf retentit sur son noyau d'origine après vingt-quatre heures au minimum; or, ici les modifications cellulaires se produisent bien avant cette lésion.

Physiologie pathologique de la glande thyroïde au cours des infections.

M. Garnier. — La modification la plus habituelle du fonctionnement de la glande thyroïde au cours des infections est l'hypersécrétion colloïde : constante chez l'adulte, plus rare chez l'enfant, cette réaction fait défaut dans les infections d'origine intra-utérine, chez le fœtus et le nouveau-né.

A un degré plus avancé, l'hypersécrétion s'accompagne d'une viciation du produit sécrété : la matière colloïde perd ses réactions tinctoriales et se fragmente en gros grains. Cette modification indique une lésion de la cellule thyroïdienne.

Si le processus continue, la cellule devient incapable de toute sécrétion; la matière colloïde est alors complètement absente de la glande. Cette lésion, assez rare chez l'adulte, est au contraire fréquente chez le fœtus (hérédo-syphilis, variole congénitale).

Puisque le fonctionnement de la glande thyroïde est souvent troublé au cours des infections, on peut se demander si l'appareil thyroïdien joue un rôle dans la résistance de l'organisme aux infections. Mais l'expérience montre que les lapins thyroïdectomisés résistent aussi bien aux infections que les témoins. Le tissu thyroïdien n'a pas de propriété bactéricide particulière et il est facile d'y provoquer des inflammations en injectant des cultures de microbes dans la glande par l'intermédiaire des vaisseaux. Il semble donc que le rôle de l'appareil thyroïdien est indirect; son hyperfonctionnement paraît être sous la dépendance du surcroît de travail que nécessite dans d'autres organes la production de l'immunité.

M. Vlaïev. — Les recherches de Pokrovski ont montré que la thyroïdectomie a pour effet d'augmenter, dans le sang, le nombre des mononucléaires et de diminuer le taux des polynucléaires. Pour ma part, j'ai constaté des modifications analogues dans le liquide sanguin d'individus splénectomisés. La glande thyroïde ainsi que la rate ne semblent pas, par conséquent, devoir rester sans influence sur la résis-

tance de l'organisme aux infections. Quoi qu'il en soit, je désirerais savoir si M. Garnier a étudié le sang des animaux thyroïdectomisés.

M. Garnier répond négativement.

De l'origine des leucocytes dans la moelle des os à l'état normal et dans les infections.

M. Josué (de Paris). — Dans les cas où l'organisme a besoin d'un surcroît d'apport leucocytaire pour assurer sa défense, la moelle osseuse présente des indices manifestes de réaction et d'activité fonctionnelle.

Avec M. Roger, nous avons vu que, en pareille occurrence, les coupes sont envahies par de nombreuses cellules, et chez l'homme adulte le tissu médullaire qui, à l'état normal, n'est plus représenté dans les os longs que par du tissu graisseux, reprend sa fonction restée latente. L'analyse chimique traduit l'activité de la moelle: l'albumine, substance active et vivante, augmente dans des proportions considérables en même temps que l'eau destinée à favoriser son action. Par contre, la graisse — réserve alimentaire et tissu de remplissage — diminue et disparaît presque.

Au point de vue cytologique, nous trouvons, en fait de leucocytes parfaits analogues à ceux du sang, des *polynucléaires neutrophiles, éosinophiles* et *basophiles*, et de *grands mononucléaires*. Partant des polynucléaires, on remonte par une série de transformations à la cellule d'origine : c'est un grand mononucléaire contenant des granulations, ou *myélocyte*.

Dans les infections ces éléments se multiplient et déterminent les modifications topographiques sus-mentionnées. Les cellules présentent des signes d'activité (volume plus grand, caractères du noyau, caryocinèse).

Nos expériences démontrent que cette suractivité leucocytopoiétique doit être attribuée à l'action des toxines. Le système nerveux ne semble pas être l'intermédiaire qui détermine la réaction. En effet, la section des nerfs et l'hémisection de la moelle ne la modifient pas. Ces constatations négatives militent en faveur de l'opinion d'Ehrlich, d'après laquelle ce sont les substances chimiotactiques positives sécrétées par les microbes qui impressionnent la moelle osseuse.

Si l'on envisage les leucocytes formés par le tissu médullaire au point de vue fonctionnel, on voit qu'ils appartiennent aux variétés douées de propriétés phagocytaires. La moelle osseuse donne naissance aux polynucléaires et aux grands mononucléaires destinés à se transformer en polynucléaires dans le sang; or, ce sont précisément ces cellules qui sont chargées de lutter contre les germes infectieux.

Les fonctions de la moelle osseuse et des leucocytes qui en émanent sont donc bien définies : ils forment pour l'organisme un puissant système défensif. En regard de ce groupe anatomique et physiologique, il en existe un autre constitué par les ganglions lymphatiques et les globules blancs qu'ils élaborent; leur rôle est moins connu: ils semblent surtout collaborer à la nutrition et peut-être à la réparation des tissus.

M. Chantemesse demande si M. Josué a recherché la mobilité des grandes cellules, avec ou sans granulations, dans la moelle. La mobilité de ces éléments vient à l'appui de l'opinion de M. Ehrlich, d'après laquelle la leucémie peuple le sang de différents éléments provenant de la moelle osseuse.

M. Josué dit n'avoir pas étudié la question à ce point de vue.

M. Sabrazès fait remarquer qu'il n'a jamais constaté de mouvements du côté des mononucléaires neutrophiles.

M. Ehrlich (de Francfort-sur-le-Mein). — Les mononucléaires myélogènes sont moins actifs que les polynucléaires.

Altérations de la moelle osseuse dans le jeune âge au cours des infections et intoxications.

M. L. Spillmann (de Nancy). — Avec M. Haushalter, nous avons étudié les altérations de la moelle osseuse sur des lapins âgés de deux jours à trois mois, infectés ou intoxiqués par la voie sous-cutanée, intraveineuse, digestive ou pulmonaire, à l'aide de différentes cultures, toxines microbiennes, extraits de matières fécales et substances toxiques diverses. On peut ramener à plusieurs types les aspects de la moelle après inoculation (type fœtal simple avec cellules tassées sans vacuoles graisseuses, type sans vacuoles avec cellules tassées et globules rouges infiltrés ou massés, etc.) sans que ces différents types soient en rapport avec l'âge de l'animal, avec la durée de la survie, avec la voie ou le mode de l'inoculation, avec la nature de la substance inoculée, ni même avec l'intensité de l'infection ou de l'intoxication, la réaction médullaire pouvant se montrer très marquée dans des infections et intoxications générales ou locales très légères, et être, au contraire, insignifiante dans des infections générales graves et rapidement mortelles.

Des microbes ou des substances toxiques ou chimiques variées, introduites dans l'organisme par des voies différentes, peuvent retentir sur la moelle osseuse du jeune animal d'une façon très semblable, pour y amener des altérations qui correspondent à un mode puissant de défense de l'organisme.

D'autre part, l'infection de la mère pendant la gestation peut déterminer des altérations médullaires chez le petit.

Les altérations médullaires sont d'autant plus évidentes que l'animal s'éloigne plus de la naissance : la moelle osseuse est un organe de défense dont les fonctions vont en s'atténuant avec l'âge pour reparaître momentanément dans diverses conditions d'infection ou d'intoxication. En effet, dans la plupart des cas, l'examen histologique de la moelle ne permet pas de distinguer la moelle fœtale du tout jeune animal d'avec la moelle, normalement vacuolaire, d'un animal plus âgé, revenue à l'état fœtal à la suite d'infection ou d'intoxication.

Lésions de la moelle osseuse dans la variole.

M. J. Courmont (de Lyon). — Nous avons examiné, avec M. Montagard, la moelle osseuse du fémur, de l'humérus et du sternum dans 15 cas de variole hémorrhagique ou simple.

La moelle, même du fémur et chez l'adulte, est rouge, grise, fœtale, remplissant tout le canal médullaire. La prolifération cellulaire est intense. Les frottis montrent que les cellules sont uniquement représentées par des mononucléaires, depuis le lymphocyte à noyau très foncé jusqu'au grand mononucléaire à protoplasma abondant et à noyau vésiculeux.

Parmi ces éléments, la plupart sont neutrophiles ; quelques-uns, moins nombreux, sont éosinophiles ; d'autres, enfin, ne sont pas granuleux ou ont déjà subi une dégénérescence marquée. On trouve, çà et là, des grains éosinophiles sortis des cellules. Certains mononucléaires neutrophiles sont échancrés en biscuit ou en fer à cheval. Il y a aussi un nombre restreint d'hématies nucléées. Enfin, parfois on note de grands myéloplaxes à noyau boudiné et foncé. Les cellules conjonctives sont rares ; la graisse existe en proportion très variable.

En somme, nos examens ont montré l'existence d'une altération constante de la moelle avec prolifération abondante de mononucléaires et présence de tous les mononucléaires du sang, en l'absence de tout polynucléaire. Il n'y a pas de différence appréciable entre la moelle des varioles simples et celle des varioles hémorrhagiques.

Rôle du bacillus subtilis associé à d'autres microbes.

M. Hobbs (de Bordeaux) fait, au nom de M. Lafolie et au sien, une communication tendant à montrer que le *bacillus subtilis*, microbe saprophyte, inoffensif le plus souvent, peut, lorsqu'il s'associe à d'autres microorganismes et, en particulier, au staphylocoque blanc de l'air, ne pas jouer un rôle aussi secondaire : il passe dans le sang et paraît susceptible de renforcer la virulence de certaines bactéries. Comme, d'autre part, le catgut employé en chirurgie se trouve souvent contaminé par le *bacillus subtilis*, il y a lieu de pousser la stérilisation de ce fil à 120° pendant une heure au moins, condition nécessaire pour tuer les spores, très résistantes, du microbe en question.

Hérédité de transformation et nocivité de l'hérédité pathologique.

M. Mairet (de Montpellier) lit, en son nom et en celui de M. Ardin-Delteil, deux notes dont la première montre que l'épilepsie ne se transforme pas héréditairement en aliénation mentale ordinaire, tandis que la seconde est consacrée à l'étude des effets que les causes héréditaires de la folie produisent sur la natalité, sur la léthalité et sur le système nerveux, chez les descendants.

M. Caussade (de Paris) lit, au nom de M. Albarran et au sien, un mémoire sur les *rétentions intestinales*.

Dr L. Cheinisse,
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE

Les métrites cervicales.

M. Döderlein, *rapporteur*. — Dans l'état actuel de la science, c'est toujours dans une infection microbienne qu'il convient de chercher la cause des inflammations des canaux et des cavités du corps communiquant avec l'extérieur. C'est ce qu'il importe de faire tout d'abord pour déterminer la nature des métrites cervicales.

Les recherches microbiologiques les plus récentes éclairent, en effet, cette question d'un jour nouveau. Il est établi aujourd'hui qu'à l'état normal la zone bactérifère du canal génital se limite en haut à l'orifice externe du col : la flore vaginale est riche et variée, les cavités du corps et du col utérins sont, au contraire, stériles.

Cette particularité est due à l'action du mucus cervical alcalin qui ne se prête pas à la culture des microorganismes et qui défend ainsi la cavité utérine contre l'infection. Les propriétés bactéricides de ce mucus normal sont faciles à mettre en évidence par l'injection de cultures virulentes dans la cavité utérine : quand l'utérus n'est pas altéré et que le mucus cervical demeure alcalin, les microbes injectés sont rapidement détruits.

Le col joue donc un véritable rôle défensif par rapport au segment du canal génital (corps utérin et trompes) situé au-dessus de lui. Pourtant, ce rôle défensif n'est pas absolu; deux espèces microbiennes sont susceptibles de végéter sur la muqueuse cervicale saine : le gonocoque et le bacille de Koch; le premier crée souvent des lésions limitées au cervix, le second ne le fait qu'exceptionnellement. Il faut noter que le col résiste à la greffe microbienne, même lorsque l'infection blennorrhagique l'a touché; les germes qui pénètrent avec le gonocoque ou après lui ne peuvent pas s'établir dans un col jusque-là intact; les infections cervicales mixtes ne nous paraissent donc pas admissibles. Étant donné la rareté de la métrite cervicale tuberculeuse, on ne devrait ainsi admettre, pratiquement, que la métrite cervicale gonococcique.

Mais si le col normal est réfractaire à l'infection, il n'en est plus de même quand il est atteint de déchirure. Le streptocoque peut alors l'envahir, et probablement aussi les autres espèces microbiennes qui pullulent dans le vagin. Pour ce motif, la déchirure du col joue dans la pathogénie des métrites cervicales un rôle étiologique sur lequel on ne saurait trop insister.

Quoi qu'il en soit, le col réagit à l'infection d'une façon différente, suivant que l'on considère le canal cervical ou le museau de tanche. La muqueuse du premier manifeste sa souffrance par des hyperplasies, des polypes et de la sclérose ; celle du second, au contraire, par des érosions papillaires et folliculaires, au niveau desquelles l'épithélium pavimenteux est remplacé par un épithélium cylindrique tendant à la prolifération avec une activité extraordinaire.

Mais ces lésions anatomo-pathologiques sont bien connues ; il serait oiseux de les discuter ; leur étiologie, au contraire, présente encore bien des obscurités et c'est elle qu'il conviendra d'étudier en combinant les recherches bactériologiques à l'observation clinique.

M. Mendes de Léon (d'Amsterdam), *co-rapporteur*. — Je tiens à déclarer d'abord combien je suis mal qualifié pour faire un rapport sur la métrite cervicale. Contrairement à l'opinion presque unanime des gynécologistes français, je suis porté, en effet, à nier l'existence de la métrite cervicale, si l'on doit entendre sous ce terme générique l'inflammation de tous les tissus qui composent le col.

J'ai voulu, avant d'entreprendre ce travail, fixer, par des faits, mes idées sur ce point. J'ai

examiné dans ce dessein 176 malades atteintes d'endométrite, et sur ce nombre je n'en ai observé que 19 qui présentassent une hypertrophie du parenchyme de la matrice; chez les 19, cette hypertrophie parenchymateuse, nécessaire pour caractériser la vraie métrite, dépendait étiologiquement d'un défaut d'involution utérine *post partum*.

Ces observations me confirment dans mon opinion relativement à l'extrême rareté de la métrite vraie; il y a endométrite, en effet, et non pas métrite totale, dans l'immense majorité des cas. Les coupes microscopiques agrandies que je vous présente en sont la preuve; l'inflammation de la muqueuse utérine y est indiscutable, évidente, et cependant les lésions du parenchyme utérin font complètement défaut.

Ceci dit, je ne puis guère admettre la limitation exclusive de l'endométrite au col; entre la muqueuse du corps et celle du col, il n'y a qu'une limite apparente, l'*ostium uterinum;* mais les deux muqueuses sont en continuité directe et leurs circulations sanguine et lymphatique sont solidaires. Je crois donc que quand la muqueuse du col est malade, celle du corps l'est aussi, peu ou prou. Sur ce point, je suis, d'ailleurs, d'accord avec mon éminent co-rapporteur, M. Pozzi, qui dit, dans son Traité de gynécologie : « Je crois qu'on décrit à tort le catarrhe cervical comme une lésion circonscrite; en pareil cas, il y a toujours altération concomitante de la muqueuse du corps; on agira donc en conséquence, sous peine de mécomptes. »

Ce qui fait considérer, en somme, la métrite cervicale comme une entité clinique autonome, c'est l'existence des érosions du col; mais les gynécologistes expriment les opinions les plus diverses au sujet de la nature de cette lésion : les uns, avec Mayer, regardent l'érosion comme une desquamation épithéliale, une ulcération au premier degré; d'autres, tels que Ruge et Veit, la considèrent comme une métaplasie de l'épithélium pavimenteux en épithélium cylindrique, coexistant avec une néoformation glandulaire; d'autres, comme Fischel, estiment que la lésion en question est un ectropion histologique congénital; d'autres enfin pensent, avec Doléris, qu'elle est à la fois une érosion vraie et un ectropion.

L'entente, on le voit, est loin d'être parfaite même en ce qui concerne cet élément essentiel, fondamental de la métrite cervicale. Au point de vue étiologique, elle n'est pas plus complète.

Quelques auteurs voient l'infection dans tous les cas ; d'autres, dont je suis, admettent des affections non microbiennes de l'endométrium, dont ils trouvent la cause dans les congestions répétées de toute nature qui peuvent porter sur l'utérus. La bactériologie a fixé aujourd'hui les conditions de l'infection utérine; il est établi que le gonocoque et le bacille de Koch seuls peuvent végéter sur la muqueuse utérine saine ; les autres infections ne peuvent se produire qu'à la faveur d'une plaie placentaire ou grâce à une déchirure du col.

Les symptômes attribués à la métrite du col se confondant à mes yeux avec ceux de la métrite du corps, je n'y insisterai pas.

Quant au traitement, je ferai remarquer tout d'abord que les auteurs qui acceptent l'hypothèse de la métrite cervicale autonome ne repoussent pas et même recommandent le curettage ; ils admettent donc une endométrite concomitante dont ils ne parlent pas, mais dont ils tiennent compte. On est d'accord généralement pour préconiser les abrasions de la muqueuse et les amputations du col dans la métrite cervicale ; pour mon compte, je fais toujours le curettage avant de recourir à une opération mutilante.

Je conclus des quelques observations qui précèdent qu'il ne faut ni considérer, ni traiter la métrite cervicale comme une affection isolée, attendu que le plus souvent elle va de pair avec une affection semblable du corps utérin, et que le terme de métrite cervicale devrait, dans la plupart des cas, être remplacé par celui d'endométrite cervicale, puisque l'inflammation de la muqueuse ne coexiste que rarement avec une lésion des tissus sous-jacents.

M. Pozzi, *co-rapporteur*.— Depuis la publication de mon Traité de gynécologie, mes idées se sont un peu modifiées au sujet de la métrite cervicale; je ne la croyais pas possible autrefois sans inflammation concomitante du corps utérin, j'ai tendance aujourd'hui à reconnaître, au contraire, son autonomie tout au moins clinique.

C'est une immense question que celle des métrites cervicales; aussi n'envisagerai-je que son côté clinique et thérapeutique.

La métrite du col est aiguë ou chronique, la seconde variété étant la plus fréquente.

La forme *aiguë* est presque exclusivement blennorrhagique. Le gonocoque paraît se cantonner dans le col et ne pas franchir l'*ostium uterinum*; le col est rouge mais non très gros, il laisse couler en abondance du muco-pus verdâtre. L'infection peut s'arrêter à ce catarrhe purulent du canal cervical, mais souvent elle se propage aux lymphatiques et par eux aux ligaments larges, en créant de la périmétrite, de la périsalpingite, sans amener toutefois de salpingite vraie canaliculaire.

La métrite cervicale *chronique* a une double étiologie : tantôt elle représente le reliquat d'une infection blennorrhagique aiguë, d'emblée ou secondairement limitée au col, et tantôt elle résulte d'une infection banale au niveau d'une déchirure cervicale à la suite de l'accouchement.

Cette forme chronique influe souvent d'une façon considérable sur l'état du corps utérin; une inflammation parenchymateuse par voie lymphatique se produit et amène l'augmentation de volume de l'organe qui devient sensible à la pression et prend souvent une position vicieuse; la muqueuse du corps est cependant saine et une simple excision du col suffit pour ramener l'utérus à ses dimensions normales.

On voit donc que la métrite cervicale tient une grande place en gynécologie; il est extrêmement important de savoir la prévenir et la guérir.

Les moyens préventifs ne s'appliquent pas à la métrite blennorrhagique, les causes de contamination échappant à notre action; au contraire, à la suite de l'accouchement, il faut soigner avec la plus grande attention les plaies et les déchirures du col, veiller attentivement à leur épidermisation complète dans un milieu aseptique.

La métrite cervicale installée, il convient de tenter d'abord le traitement antiseptique par les tampons iodoformés, les crayons antiseptiques dont la liste est inépuisable. Très souvent ces moyens échouent et l'acte chirurgical s'impose; il consiste en la destruction des tissus malades et en la reconstitution du canal cervical. Pour cela, deux opérations, ou plutôt deux groupes d'opérations, s'offrent à nous : la trachélorrhaphie d'Emmet et l'amputation de Schröder. La première a des indications très limitées : elle ne s'adresse qu'aux déchirures récentes; elle présente d'ailleurs un grave inconvénient, c'est de ne pas permettre l'ablation de tous les tissus malades; elle est enfin délicate et difficile; mal faite, et souvent, même bien faite, elle aboutit à une atrésie du canal cervical; sauf quelques cas spéciaux, il est donc préférable de n'y avoir pas recours.

L'amputation du col peut être faite par le procédé de son promoteur Schröder ou par la méthode de Simon. L'opération de Schröder est excellente, mais elle est difficile à bien terminer; l'affrontement à l'intérieur du canal cervical est souvent incomplet, et il faut qu'il soit parfait si on ne veut pas laisser une surface vive prête aux infections et présentant tous les inconvénients d'une déchirure.

L'opération de Simon, ou amputation biconique du col, abrase peut-être une moindre étendue de muqueuse, mais elle est mieux à la portée de tous les opérateurs : une réunion parfaite est aisément obtenue, et au point de vue thérapeutique elle est très efficace; c'est peut-être à elle qu'il convient de donner la préférence.

Peut-on remplacer ces opérations plastiques par des cautérisations profondes ? Je ne le pense pas; je crois que tous les caustiques sont susceptibles d'amener une atrésie du canal cervical, même parfaitement maniés; je leur préfère absolument et dans tous les cas l'opération sanglante.

Il me reste à signaler une variété de métrite cervicale qui implique quelques indications thérapeutiques spéciales; c'est la *métrite des nullipares;* chez elles, l'étroitesse de l'orifice externe et l'insuffisance de drainage qu'elle crée immobilisent et retiennent l'infection dans le canal cervical; il faut élargir celui-ci et il est nécessaire de reconstituer opératoirement et d'une façon durable un orifice cervical suffisant.

M. Bouilly. — Je désire attirer votre attention sur une malformation du col assez fréquente et d'aspect singulier qu'entraînent parfois les métrites cervicales : je veux parler des lésions glandulaires hypertrophiques limitées.

Ces lésions s'observent sur des cols lacérés et infectés; parfois elles se circonscrivent à une zone très peu étendue. Il en existe deux formes principales : la première est caractérisée par la présence dans une des lèvres d'un grain glandulaire kystique quelquefois saignant et pouvant faire croire à un processus de mauvaise nature; la seconde consiste en une hypertrophie localisée à la lèvre antérieure sous forme de tuméfaction faisant saillie dans la cavité cervicale qu'elle déforme; le col est entr'ouvert, perméable, comme déhiscent, et le doigt arrive sur une saillie mamelonnée, framboisée, rénitente qui se prolonge parfois jusqu'à l'orifice interne du col : on croirait à un ectropion interne.

Au début, c'est l'hypertrophie glandulaire qui domine, mais plus tard le tissu scléreux étouffe l'élément glandulaire. Ces phénomènes cervicaux provoquent du côté du corps utérin des poussées congestives qui se traduisent par une augmentation de volume de l'organe et par des métrorrhagies, phénomènes qui disparaissent complètement après l'ablation des parties malades.

L'intervention qui répond le mieux aux indications, quand la lésion occupe les deux lèvres, est l'opération de Schröder, dont les résultats sont parfaits. Lorsqu'une seule lèvre est atteinte, on peut se contenter de la simple excision de la portion malade.

M. P. Petit. — Toute opération sur le col étant contre-indiquée pendant la période aiguë de l'endocervicite gonococcique, comme susceptible d'amener des poussées de lymphangite pelvienne, j'ai songé à appliquer au traitement de cette affection au début la méthode des grands lavages si efficace contre l'uréthrite blennorrhagique de l'homme. Au moyen d'une canule spéciale qu'on peut fixer sur le col et maintenir à demeure pendant plusieurs jours, il est facile de faire le lavage intra-utérin sans introduction de spéculum ni manœuvres douloureuses pour la malade. Les résulats que j'ai obtenus de cette pratique sont très bons, comparables à ceux qu'elle donne dans la blennorrhagie uréthrale de l'homme.

D[r] Maurice Hepp,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE

Etablissement de la sécrétion lactée.

M. Budin montre, à l'aide de nombreux graphiques, que la sécrétion lactée met quelquefois beaucoup plus de temps qu'on ne pense généralement à s'établir de façon suffisante. Il ne faut pas désespérer trop vite des qualités laitières d'une nourrice. On doit attendre sans impatience, en pratiquant temporairement, à titre auxiliaire, l'allaitement par le lait de vache.

En second lieu, il est notable qu'une bonne nourrice donne une quantité de lait bien supérieure à celle qu'on se croit en droit d'espérer; avec un peu d'entraînement et des enfants tétant bien, il est rare qu'on n'obtienne pas plus de 2 litres de lait par jour, parfois près de 3 litres.

Enfin, contrairement à toute prévision, on peut observer le rétablissement de la sécrétion lactée, en faisant les efforts prolongés nécessaires, chez des femmes ayant cessé de nourrir depuis plusieurs semaines.

M. Lepage est d'avis qu'on doit, en effet, toujours insister pour prolonger les tentatives d'allaitement par la mère. Sans doute, on peut recourir à l'allaitement mixte; mais c'est une mesure qu'on a lieu rarement de prendre et que, pour sa part, il réprouve en général, malgré l'autorité de M. Budin. Il préfère laisser l'enfant au sein de sa mère pendant quinze, dix-huit et vingt jours sans augmentation de poids, voire avec une diminution. Cette attente ne l'émeut pas. Il faut surtout se méfier de l'allaitement artificiel qu'on pourrait appeler patho-

logique et s'en tenir à l'allaitement physiologique, celui par le lait de la mère.

M. Thoyer-Rozat (de Paris). — Un fait intéressant que j'ai observé vient à l'appui d'une des conclusions de M. Budin. Une primipare de vingt-huit ans allaita son enfant pendant neuf mois, puis dut le sevrer. L'enfant mis au lait de vache ne fit que dépérir. La mère, au bout de deux mois, eut l'idée de donner à nouveau le sein à son enfant qui téta, fit monter du lait de plus en plus abondamment et fut ainsi nourri exclusivement pendant plusieurs mois.

M. Budin. — Il y a deux catégories de faits à envisager : les enfants nés à terme et les débiles nés avant terme.

Pour les premiers, M. Lepage attend quinze, dix-huit et vingt jours même, alors que l'enfant décline; je n'ai pas tant de confiance et je craindrais de sacrifier la santé, sinon la vie du nouveau-né. Si l'enfant ne tette guère et dépérit, il n'aura pas beaucoup de forces pour stimuler ardemment par de vigoureuses tractions la montée laiteuse; je préfère essayer de le fortifier en lui donnant, faute de lait maternel, du lait de vache.

Lorsque l'enfant né à terme ne peut trouver du lait que dans un sein, l'autre étant gercé ou abcédé et incapable de donner sa ration, j'institue volontiers encore l'allaitement mixte.

Quant aux enfants avant terme, peu capables de tirer du lait, attendrai-je pour me conformer à la nature qu'ils extraient eux-mêmes la quantité qui leur convient? Il faudrait peut-être attendre longtemps : il me semble préférable de compléter leur repas insuffisant avec un lait autre que celui de la mère.

M. Pinard estime que MM. Budin et Lepage sont du même avis, puisque l'un et l'autre s'efforcent de favoriser l'allaitement maternel. Quant à lui, il pense qu'on ne prolonge pas suffisamment les efforts et il partage en cela le sentiment de M. Lepage. Ce n'est pas quelques jours qu'il convient d'attendre, mais quinze jours, trois semaines, un mois et même quatre et cinq mois, surtout chez les primipares. Ce n'est parfois qu'au bout de ce temps que la sécrétion s'établit suffisante.

Un cas de grossesse interstitielle.

M. Bar présente, en son nom et au nom de M. Bufnoir, une pièce anatomique provenant d'une grossesse interstitielle parvenue presque jusqu'au septième mois sans rupture.

L'utérus, après durcissement au formol, a été coupé de haut en bas presque transversalement, avec une légère obliquité d'arrière en avant et de gauche à droite. On le voit récliné à gauche, à peine développé comme un utérus de quatre mois; sa cavité, tapissée de muqueuse, est entièrement vide et mesure 9 centimètres de hauteur. La paroi gauche a une épaisseur de 3 centimètres environ et une hauteur de 10 à 11 centimètres. Au-dessus de la corne gauche s'insère la trompe, avec le ligament rond en avant et l'ovaire en arrière. Puis toute la partie supérieure de la paroi droite est creusée comme un ballon et renferme un kyste fœtal circonscrit en dehors par le placenta et contenant dans son intérieur un enfant de 1,025 grammes. Tout autour de ce kyste est une bordure très mince, composée de fibres musculaires utérines. Enfin, au-dessus de l'angle supérieur droit de la poche kystique vient s'attacher la trompe droite flanquée de l'ovaire et du ligament rond.

La paroi utérine droite, dans sa partie supérieure, excavée et bombée, contient un œuf. Elle est limitée en dehors par la trompe, en dedans et en bas par la cavité utérine. Cette grossesse s'est développée non dans la cavité utérine entièrement vide, non dans la trompe absolument intacte, mais entre les deux, c'est-à-dire dans le trajet tubaire utérin dit interstitiel. On ne peut pas admettre que ce soit en dehors de l'utérus, dans le péritoine, que l'œuf a évolué, puisque le kyste est situé entre la trompe d'une part et l'utérus d'autre part.

Comme la malade est venue succomber à l'hôpital, où on l'a portée agonisante après rupture de cette grossesse, on trouva alentour de la poche des lambeaux fibrineux et quelques adhérences, conséquences de la rupture.

La pièce, telle qu'elle est, paraît être un exemple typique de grossesse interstitielle ayant évolué jusqu'à six mois et demi ou sept mois.

M. Pinard, sans nier l'intérêt de cette présentation, ne se déclare pas convaincu, car les adhérences qui se sont produites autour de cette poche rompue l'empêchent de penser qu'il s'agit bien d'une grossesse interstitielle.

Hémorrhagie par décollement prématuré des membranes au troisième mois de la grossesse.

M. Olivier (de Paris) communique l'observation d'une primipare chez laquelle, à la suite d'une hémorrhagie abondante survenue au troisième mois de la grossesse, on porta le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue; une laparotomie, pratiquée dès le lendemain par crainte d'inondation du péritoine, permit de reconnaître que la cavité péritonéale était intacte et que l'hémorrhagie siégeait dans l'utérus gravide. On referma le ventre sans toucher à la matrice.

L'accouchement se fit à huit mois, par rupture prématurée spontanée des membranes; l'enfant était vivant.

M. Budin. — Il est extraordinaire que cette hémorrhagie intra-utérine n'ait pas provoqué d'avortement. Quelquefois cependant, comme dans le cas de M. Olivier, l'utérus revient sur lui-même, exprime le caillot en quelque sorte et l'on voit survenir une hydrorrhée séreuse; plus tard, le caillot est chassé avec ou sans le produit ovulaire. Dans les cas où la grossesse continue, il faut s'attendre à des difficultés lors de la délivrance par adhérence des membranes de l'œuf à la paroi utérine.

Traitement de la rétention des membranes après l'accouchement.

M. Maygrier (de Paris). — J'ai observé à la Maternité de la Charité, du 1er mars au 1er juillet de l'année courante, 142 cas de rétention des membranes sur 1,939 accouchements, soit une proportion de 7.32 %.

Chez 92 femmes, j'ai fait de l'expectation pure et simple : 14 fois il y a eu des accidents. Chez 14 autres, on a extrait immédiatement les membranes avec la main : aucune n'a eu d'infection. 35 fois, on a posé un fil sur les membranes retenues, d'après le procédé de Tarnier : il survint 4 fois des accidents infectieux. Enfin, dans un cas où je fis d'emblée l'écouvillonnage de l'utérus, les suites de couches furent absolument apyrétiques.

Des 18 femmes ayant eu de l'infection, 2 succombèrent (soit 11.11 % de mortalité), dont l'une malgré l'hystérectomie.

J'en conclus que, en cas de rétention complète ou incomplète des membranes, il y a lieu d'intervenir immédiatement après l'accouchement pour les extraire, soit avec la main, soit par l'écouvillonnage, toutes les fois que l'asepsie de l'utérus est douteuse (rupture prématurée des membranes, liquide amniotique fétide, etc.), ou à la moindre élévation de température. C'est l'intervention *prophylactique* déjà préconisée par M. Budin.

Mort du fœtus pendant le travail.

M. Lepage. — Il est fâcheux qu'on ne s'entende pas sur ce qu'il faut comprendre par « enfants morts pendant le travail ». Les uns y font entrer les enfants morts avant que le travail ne commence, d'autres les enfants qui succombent sitôt après l'accouchement. Il faudrait, pour que les statistiques fussent comparables, qu'une décision fût prise spécifiant les cas qu'on devrait classer dans cette catégorie.

A Baudelocque, j'ai fait la statistique des enfants morts pendant le travail, depuis 1890 jusqu'à 1900.

Dans les cas de bassins normaux, j'ai trouvé 1.13 % de mortalité, et la mortalité a été plus considérable chez les multipares que chez les primipares.

Dans les cas de bassins viciés, il y eut 6.28 % de décès pendant le travail; mais alors ce sont les primipares qui fournirent le plus fort contingent.

Tension artérielle et puerpéralité.

M. Queirel (de Marseille). — De 68 observations que j'ai recueillies avec mon interne M. Reynaud, je puis conclure que la tension artérielle, qui oscille normalement entre 15 et 16 centimètres de mercure chez la femme enceinte, ne subit pas de modification sensible jusqu'au huitième mois; à ce moment, on constate une tendance à la diminution de la tension; puis il survient de l'hypertension au cours du travail, surtout à la période d'expulsion; pendant la délivrance, la pression est de nouveau abaissée; elle se relève dans les quelques jours qui suivent l'accouchement, pour revenir enfin à la normale.

En ce qui concerne les grossesses pathologiques, on observe d'ordinaire une diminution de la tension dans l'hydramnios, la grippe, la pneumonie, les menaces d'hémorrhagie et l'avortement. Au contraire, il existe de l'hypertension dans l'albuminurie et l'éclampsie.

M. Pinard dit avoir aussi constaté de l'hypertension artérielle dans les cas d'albuminurie; c'est même là un bon signe de cette redoutable complication. Cette hypertension permet d'expliquer les accidents que provoquent les injections de sérum chez les albuminuriques.

Appendicite et puerpéralité.

M. Herrgott (de Nancy). — En 1894, P. Munde a attiré l'attention sur les rapports existant entre l'appendicite et la puerpéralité. Depuis, bien des auteurs ont étudié cette question : MM. Abraham, Le Gendre, Dieulafoy, Veit, etc. M. Pinard, en 1897, disait déjà que la grossesse est, dans l'appendicite, une indication absolue d'intervenir opératoirement; en 1899, il revenait à la charge et il insistait encore, cette année même, sur cette nécessité.

J'ai recueilli deux observations qui démontrent, à mon avis, le bien fondé de l'opinion de M. Pinard, à savoir qu'il faut opérer sans délai les femmes atteintes d'appendicite *susceptibles* de devenir enceintes.

Le premier cas concerne une femme qui avait eu la grippe auparavant (et j'estime comme M. Faisans que la grippe est un des facteurs importants de l'appendicite); cette femme éprouva des coliques dans le ventre vers la fin de sa grossesse, puis, sur ces entrefaites, fit une chute à laquelle elle attribua le retour de coliques abdominales, et enfin fut amenée à la Maternité. Le diagnostic était un peu incertain en raison d'une tuméfaction avec matité siégeant du côté gauche. Néanmoins, M. Weiss incisa l'abdomen; il s'écoula du pus dans lequel le microscope décela la présence de colibacilles, mais on ne put arriver sur l'appendice.

Six heures après l'opération, la malade accoucha, puis succomba bientôt. A l'autopsie, on put se rendre compte que l'appendice était entouré d'une coque de fausses membranes; cette coque fut rompue et il s'écoula une grande quantité de pus.

A mon avis, cette femme était atteinte d'une péritonite appendiculaire sur laquelle le travail eut une action déplorable en facilitant la diffusion du pus. L'opération, qui a peut-être précipité le travail, a été faite trop tard.

La deuxième observation a trait à une femme enceinte, presque à terme, qui entra à la Maternité avec des douleurs abdominales subites sans élévation thermique. Le soir, la situation s'aggravant et les vomissements étant apparus, l'opération fut décidée pour le lendemain. Après incision, du pus s'écoule abondamment, l'appendice est trouvé sphacélé à son extrémité. Le jour suivant, le travail commence; on fait l'accouchement artificiel, mais la mort survient quatre jours plus tard.

Ces deux opérations suivies de mort ne prouvent rien contre l'opération, elles montrent qu'on eût dû intervenir plus tôt, qu'il ne faut pas attendre au dernier moment et qu'il convient d'opérer immédiatement d'appendicite toute femme susceptible de devenir enceinte, ce qui revient à dire toutes les femmes, le plus grand nombre d'entre elles pouvant être rangées dans la catégorie des « susceptibles de grossesse ».

M. Hagopov. — Chez une primipare au huitième mois de la gestation, atteinte d'appendicite manifeste, je n'ai pas cru devoir pratiquer la laparotomie et je n'ai fait qu'une ponction aspiratrice avec l'appareil de Potain. Du pus a été retiré en masse, puis j'ai mis de la glace sur le ventre. L'accouchement s'est fait à terme sans le moindre incident. Je me proposais de compléter l'opération après les suites de couches. Mais la malade s'y est énergiquement refusée plus tard, et je dois dire qu'elle se porte à merveille.

ERRATUM. — Dans notre dernier numéro, p. 319, 3e col., 14e ligne de la communication de MM. Rodet et Lagriffoul, au lieu de : extraveineuse, lire : *intraveineuse.*

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La dose suffisante de bromure et le signe de la pupille dans le traitement de l'épilepsie.

Le traitement que je vais exposer, uniquement basé sur l'emploi du bromure, que je juge le meilleur, sinon le seul à mettre en œuvre dans la cure de l'épilepsie, m'a été enseigné il y a longtemps déjà par mon regretté maître le professeur Charcot qui, dès cette époque, en avait réglé presque tous les détails d'application. J'ai pu, par des recherches constamment poursuivies, le préciser encore, le mettre pour ainsi dire au point en m'appuyant, pour établir ce que j'appellerai la *dose suffisante*, celle qui guérit, sur certains *signes physiques* fournis par les *pupilles*, d'une appréciation excellente et qui, je crois, n'ont pas encore été signalés jusqu'à ce jour.

I

Quel est donc le traitement à appliquer à l'épilepsie commune, en dehors peut-être de la syphilis et du traumatisme qui méritent certaines considérations particulières? Ce traitement est des plus connus. Il repose tout entier, je l'ai dit, sur l'emploi du bromure; mais il faut encore savoir se servir de ce médicament et ce sont les règles de son usage que je voudrais ici préciser, car je suis intimement persuadé qu'entre des mains inexpérimentées ou hésitantes il ne donne pas les mêmes résultats favorables que lorsqu'il est administré par un praticien exercé à son emploi et qui a confiance en son pouvoir.

Quelques considérations préliminaires sont indispensables avant l'exposé de ces règles. D'une façon générale, un traitement bromuré mis en œuvre contre un mal comitial de moyenne intensité doit durer de deux ans à deux ans et demi, sinon trois ans. Il en est de plus courts, il en est de plus longs, la moyenne est celle que j'indique. On en avertira le malade lors de la première consultation, après qu'on se sera fait une opinion raisonnée sur son cas à la suite d'un examen minutieux, de l'interrogatoire de son entourage, toujours indispensables dans la circonstance. L'épileptique, en effet, peut parfois presque ignorer son mal et n'avoir gardé qu'un souvenir insuffisant de la qualité et du nombre de ses manifestations. Il s'habituera, en outre, à cette idée d'une thérapeutique qui doit être longtemps prolongée, prendra ses dispositions pour s'y soumettre, surtout quand le médecin lui aura affirmé qu'il rendra le traitement aussi simple, aussi supportable que possible.

D'une façon presque absolue, la cure de l'épilepsie doit être entreprise dans le milieu familial. Le médecin saura trouver dans l'entourage une personne dévouée qui s'attachera au malade, prendra en main la direction du traitement et, se conformant à ses indications précises, se fera un devoir de l'administrer suivant ses ordres.

La régularité dans l'administration du médicament est, en effet, indispensable; elle ne peut que très difficilement être assurée dans des établissements privés et encore moins dans des établissements publics, par ce fait que le personnel de surveillance y est changeant, occupé de façons très diverses et que les épileptiques y sont en trop grand nombre pour qu'on puisse s'occuper d'eux d'une façon assez continue et attentive pour être fructueuse.

Il sera bon d'engager la personne qui surveille le traitement à tenir un registre des accès, vertiges ou absences, en y marquant en regard les doses de bromure absorbées. Ce registre sera présenté au médecin à chaque visite, de façon qu'il puisse se rendre un compte exact du nombre et de la qualité des manifestations par rapport surtout à la quantité de bromure ingérée. Certains malades ont de la tendance à exagérer le nombre de leurs accidents, tandis que d'autres se montrent toujours satisfaits. Je le répète, le traitement ne saurait être trop minutieusement surveillé.

La première règle à formuler est que le bromure sera administré à doses et heures convenues par le médecin, sans interruption d'un seul jour. A ce sujet, dès le début de la cure on aura soin d'avertir le malade qu'une interruption même de quelques jours d'un traitement qui, depuis six mois par exemple, donne des résultats satisfaisants, est capable de provoquer le retour d'un accès faisant perdre tout le bénéfice d'une thérapeutique déjà longue. Tout est à recommencer. On fera ainsi naître dans son esprit la crainte salutaire d'un retour offensif de son mal, qui l'empêchera de commettre des irrégularités.

Il est une pratique assez souvent conseillée par des médecins inexpérimentés, qui veut qu'on interrompe de temps en temps le bromure sous prétexte d'en éviter l'accumulation; elle est tout à fait déplorable et conduit à des résultats désastreux. Dans certaines circonstances cependant, il faut supprimer le bromure même au cours d'un traitement qui permet d'espérer un succès, pendant les maladies fébriles intercurrentes par exemple. Le vieil aphorisme d'Hippocrate *quartana epilepsiœ vindex appellatur* est encore vrai aujourd'hui.

Comme dans toutes choses il y a une mesure, je crois donc qu'au cours d'une maladie fébrile bien caractérisée on pourra supprimer momentanément le bromure, mais je ne pense pas qu'il soit besoin d'en faire autant pour une affection légère et de courte durée. On se basera sur les circonstances, on reprendra le médicament par petites doses au moment de la convalescence, s'il en existe une.

Chez les femmes, il sera continué sans interruption pendant les menstrues; je dirai bientôt d'ailleurs comment il faut en régler la dose à ce moment. A ce propos, il faut aussi savoir que si une femme devenait enceinte pendant le traitement, il faudrait également continuer celui-ci sans interruption. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point que le bromure est non seulement nécessaire pour la mère, mais encore qu'il n'influence jamais défavorablement l'enfant que celle-ci porte dans son sein.

L'administration du bromure, à part les cas que je viens d'envisager et dans certaines autres conditions assez rares qui seront aussi indiquées, ne sera donc jamais interrompue jusqu'au jour où le médecin aura mûrement décidé de diminuer la dose d'abord, de cesser le traitement ensuite, suivant les règles précises qui seront établies.

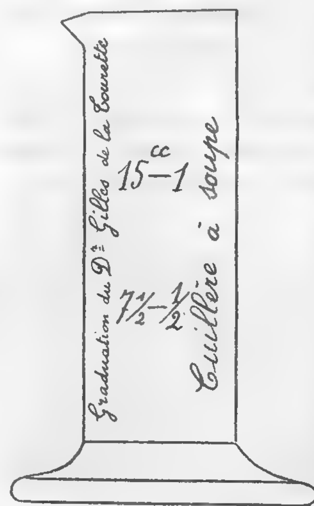
Je ne crois pas devoir discuter ici la valeur thérapeutique respective des divers bromures. Je rapporterai seulement les faits de ma pratique qui est celle que m'a enseignée mon maître Charcot. Le bromure de potassium paraît de tous être le plus efficace. Se basant sur les recherches de Brown-Séquard et de Ball, qui avaient démontré que l'association des bromures de sodium et d'ammonium au bromure de potassium dans la proportion d'un tiers par rapport à ce dernier donnait les résultats les meilleurs, Charcot prescrivait ces trois sels dans la même préparation, pensant obtenir ainsi le maximum d'efficacité.

J'ai pour habitude de les réunir dans la formule suivante :

Bromure de potassium......		40 grammes.
Bromure de sodium	}	
— d'ammonium....	} àâ	12 —
Benzoate de soude.......	}	
Eau bouillie ou distillée		1000 cc.

Soit 1 gramme de bromures associés par cuillerée à soupe de la solution. Je conseille de prescrire constamment cette même formule qui permet, par le nombre de cuillerées à soupe ingérées, de savoir exactement combien le sujet absorbe par jour de grammes du médicament.

A ce propos, on se servira toujours de la même mesure pour administrer le bromure. On emploiera la même cuillère à soupe qui contient généralement 15 grammes de la solution, c'est-à-dire 1 gramme de bromure. Toutefois, cette mesure courante ne laisse pas que d'être très infidèle. Toutes les cuillères à soupe ne sont pas de même contenance. Il est, de plus, difficile de remplir à chaque fois une cuillère d'une égale quantité. De ces faits, dans les cas où il est pris par jour une assez grande quantité de bromure, celle-ci peut être rendue quotidiennement variable, ce qu'il faut éviter, quand la dose que je vais appeler suffisante est atteinte et qu'on doit s'y maintenir pendant un temps assez long. A plus forte raison quand il s'agit de doser par demi-cuillerée à soupe ou demi-gramme de bromure chez certains sujets un peu intolérants et surtout chez les jeunes enfants.



J'ai fait fabriquer pour remplacer la cuillère, dans une intention de mesure exacte, une petite éprouvette en verre graduée, large d'entrée, très pratique, qui renferme exactement 15 c.c. jusqu'à la graduation supérieure, ou une cuillerée à soupe de préparation bromurée ou de toute autre solution. Une division intercalaire porte 7 gr. 50 centigrammes, indiquant la demi-cuillerée à soupe ou demi-gramme de bromure.

J'ai dit que le bromure devait être pris à heures convenues, car chez certains malades le moment de l'administration peut avoir une assez grande importance.

Deux cas, en effet, sont à considérer : dans le premier, le plus fréquent, les accès surviennent au hasard, à des heures indéterminées. On donnera alors la ration quotidienne de bromure en deux fois : le matin au petit déjeuner et le soir après le dîner ou de préférence au moment du coucher. La dose sera divisée par parties égales. Si cette dose était très élevée, de 8 à 10 grammes par exemple, on pourrait la diviser en trois prises au lieu de deux, la seconde étant absorbée à la fin du repas de midi.

Dans le second cas, les accidents comitiaux reviennent à heures à peu près fixes. On devra alors, si possible, lorsqu'on a noté cette habitude, donner d'un seul coup les deux tiers de la dose dans les deux heures environ qui précèdent l'apparition présumée de l'accès.

Par exemple, il est des malades chez lesquels les accès sont toujours nocturnes. Si la dose quotidienne est de 6 grammes, on donnera 2 grammes le matin et 4 grammes au coucher. Si les accès reviennent le soir, on fera prendre la plus grande quantité au goûter de quatre heures, ainsi de suite suivant les circonstances. L'essentiel dans tous les cas est d'administrer la dose suffisante, et cela sans interruption d'un seul jour.

On remarquera encore que, dans la formule que je viens d'indiquer, le benzoate de soude est associé dans une certaine mesure à la préparation bromurée. On admet généralement, en effet, depuis les recherches de M. Ch. Féré que l'adjonction d'un antiseptique au bromure régularise l'absorption de celui-ci, probablement en neutralisant les fermentations intestinales, le bromure produisant assez souvent une légère atonie de l'intestin. De cette façon on pourrait modérer quelque peu, et peut-être aussi prévenir, les éruptions cutanées qui semblent parfois liées à celles-ci.

De ce fait, divers antiseptiques ont été préconisés, le naphtol β, le salicylate de bismuth en particulier. Leur emploi, à mon avis, doit être rejeté, car en se dédoublant ils donnent du phénol qui influence toujours défavorablement

l'épithélium du rein, nuisant ainsi à la diurèse qu'il faut toujours chercher à obtenir pour favoriser l'élimination du bromure. Enfin, étant insolubles ils ne peuvent être incorporés à la solution, et il est inutile de compliquer le traitement en donnant d'une part le bromure en solution et de l'autre un antiseptique en cachets, par exemple.

Dans ces conditions, je crois qu'il faut choisir un antiseptique soluble, non toxique par son dédoublement, susceptible d'être incorporé à la solution aqueuse bromurée. J'ai fait à ce sujet de nombreuses expériences avec le *benzoate de soude*. Celui-ci est un antiseptique très puissant. Dans le tableau dressé par M. Miquel, où les antiseptiques sont classés en progression décroissante, l'acide salicylique occupe le premier rang, l'acide benzoïque vient le second, l'acide phénique le quatrième.

Les recherches faites avec l'acide benzoïque ayant montré que ce produit est généralement bien toléré par l'estomac et l'intestin et qu'il n'entrave pas les fonctions rénales, puisque déjà depuis longtemps les benzoates sont employés avec succès dans la thérapeutique des maladies des reins, j'ai donc expérimenté le benzoate de soude. Je n'ai jamais eu de difficulté à le faire absorber, car il est presque sans saveur. Non seulement il neutralise les fermentations intestinales, mais c'est encore un puissant diurétique. Je me suis arrêté à la proportion de 0 gr. 10 centigr. par gramme de bromure absorbé. Comme le benzoate est très soluble, on peut facilement l'incorporer à la solution aqueuse de bromure et le faire absorber conjointement.

Je l'ai dit, les bromures et le benzoate de soude devront être dissous dans l'eau distillée, les préparations à base d'alcool étant défavorables aux épileptiques. On diluera encore la solution au moment de son administration, soit dans un demi-verre d'eau sucrée, soit dans une tasse de tilleul ou d'un liquide acidulé, agréable au goût. Le lait est encore le meilleur véhicule à employer. Il a par lui-même une puissance diurétique qui doit en faire recommander l'emploi. Un épileptique adulte en cours de traitement doit absorber par jour 1 litre ou 1 litre 1/2 de lait, quantité qui, pour les enfants, ne devra pas être abaissée, si possible, au dessous d'un demi-litre.

II

A quelles doses journalières et dans quelles conditions de temps le bromure devra-t-il être administré?

La fixation de la dose du médicament est dans l'espèce de première importance : elle se base sur l'âge du sujet, sur sa tolérance particulière pour l'agent médicamenteux, sur le nombre et l'intensité des manifestations épileptiques.

Quel que soit l'âge, quel que soit le nombre des accès, avant de commencer le traitement il faut, de toute nécessité, s'informer si le sujet à traiter a déjà pris du bromure, à quelles doses et dans quelles conditions. On pourra se faire ainsi assez vite une idée sur sa tolérance personnelle pour ce médicament, ce qu'il est indispensable de connaître pour en arriver le plus rapidement possible à la fixation exacte de la dose suffisante de bromure. Si les renseignements sont insuffisants, si le bromure n'a jamais été administré, on procédera par tâtonnements en observant des règles que l'expérience permet de préciser; mais, je le répète, la tolérance varie suivant chaque individu sans qu'il soit toujours facile d'en apprécier les raisons. On devra rechercher dès le début du traitement si l'excrétion urinaire est suffisante, s'il n'existe pas d'albumine dans les urines, l'insuffisance rénale déterminant, on le comprend, l'intolérance au bromure par ce fait qu'elle met obstacle à son élimination.

Il est certain, par exemple, que les enfants supportent beaucoup mieux le bromure que les adultes par rapport au kilogramme d'individu, car les échanges nutritifs sont sûrement plus actifs chez les premiers que chez les seconds. Vers l'âge de huit à douze ans, où apparaissent assez souvent les premiers accès, on peut fréquemment faire tolérer sans difficulté 3, 4, 5 grammes de bromure, alors que certains adultes supportent difficilement les mêmes doses. Sous ce rapport, il y a toute une expérience à tenter au début du traitement; il importe qu'elle soit terminée au plus vite dans l'intérêt du malade.

On se basera donc pour instituer un traitement bromuré bien compris chez un épileptique sur ce fait capital qu'il faut donner au sujet ce que j'appelle la *dose suffisante de bromure*, et qui n'est autre que celle qui atténue suffisamment l'hyperexcitabilité excito-motrice pour faire disparaître les accidents comitiaux sans troubler conjointement l'état général du malade, sans produire des complications qui pourraient rendre le traitement intolérable.

Cette dose doit être très soigneusement précisée : trop faible, elle n'est pas suffisante pour arrêter les accès; trop forte, elle n'est plus tolérée, et je puis ajouter à ce propos que j'ai vu des cas où, au cours d'un traitement, le bromure étant donné en trop grande quantité, le premier résultat était la réapparition des accidents qu'on voulait guérir. C'est une intoxication qu'on produit alors, au lieu et place d'une action médicamenteuse.

S'il existe des sujets assez nombreux prenant le bromure avec peu d'enthousiasme, il en est d'autres, par contre, qui, devant les effets favorables déjà obtenus, forcent d'eux-mêmes la dose sans en avertir le médecin, déterminent l'intoxication et voient ainsi, à leur grand étonnement, réapparaître les accès. J'ai observé plusieurs faits de ce genre. Il faut donc que les malades soient bien avertis qu'en aucun cas ils ne peuvent transgresser ou modifier les prescriptions du médecin, mais qu'ils doivent s'en tenir à la quantité exacte qu'il a prescrite sans descendre au-dessous et aussi sans la dépasser.

Au sujet de la dose à ordonner au début du traitement, qu'il me soit permis de rapporter le cas suivant qui montre qu'il est parfois difficile de ne pas se tromper dans l'appréciation de la quantité de bromure à prescrire. Je me souviens d'avoir donné mes soins à un sujet de trente-cinq ans, fort et bien constitué, qui vint d'Amérique où il exerçait les fonctions de consul, pour se faire soigner d'un mal comitial un peu tardif. Les accès étant assez espacés, j'ordonnai 3, 4 et 5 grammes de bromure. Comme le climat de la ville d'Amérique où il résidait l'avait fortement éprouvé par sa température élevée, il résolut d'aller suivre son traitement dans un village de l'est, à mi-montagne et à température moyenne. Je le perdis de vue. Lorsqu'il revint un mois et demi plus tard, il me dit avoir contracté deux à trois semaines après son départ un embarras gastrique avec très forte dépression physique et mentale. De ce fait, au bout de la quatrième semaine, il avait dû interrompre son traitement. L'absence de fièvre, l'épuisement général, me firent nettement porter le diagnostic d'une intoxication bromurée que n'avait pas su reconnaître le médecin qui l'avait soigné, et qui, en somme, avait été déterminée par une dose de médicament très moyenne et presque toujours très bien tolérée à cet âge. Je pourrais rapporter d'autres cas du même ordre.

Il en est d'autres aussi qui sont trompés ou se trompent involontairement eux-mêmes dans l'administration de la dose qu'ils doivent prendre. La préparation faite dans une autre officine que la fois précédente peut être un peu différente quant à la quantité de bromure. La mesure dont on se sert habituellement peut avoir été changée et remplacée par une autre plus grande ou plus petite. Si le sujet prend par jour de 6 à 8 grammes de bromure par exemple, en se servant comme mesure d'une cuillère à soupe ordinaire, la dose, si l'on n'y fait pas une grande attention, peut varier facilement de près de 2 grammes, comme je m'en suis bien souvent assuré. Il vaut donc mieux, dans ces cas, employer une mesure graduée. Il faudra penser et veiller à toutes ces éventualités, car, lorsque la dose suffisante est atteinte, il est nécessaire de s'y maintenir exactement et de ne pas la faire varier dans des proportions qui la rendraient ou trop forte ou trop peu élevée. Dans les deux cas, les résultats seraient défavorables.

Dans ces conditions, si le sujet ne prenait pas actuellement ou n'avait pas pris peu auparavant du bromure, si de ces faits on ne pouvait apprécier la dose qu'il est susceptible de tolérer, il vaudrait mieux commencer le traitement par une quantité de sel inférieure à celle que l'on juge tolérable et arriver progressivement à la dose suffisante. On se basera, je l'ai dit, d'une façon générale, sur l'âge et sur le nombre des accès.

En ce qui regarde les enfants, ceux-ci, je le répète, tolèrent assez facilement le bromure à des doses relativement élevées, presque aussi bien que les adolescents et les adultes. Chez un sujet de six à huit ans, par exemple, on pourra presque toujours commencer par administrer 2, 3 et 4 grammes de sel, suivant la méthode progressivement croissante et décroissante que je vais indiquer. Si l'enfant était très jeune ou que les premières prises eussent rencontré chez lui un peu d'intolérance, on pourrait procéder par demi-grammes et donner, par exemple, entre trois et quatre ans, une dose de 2 grammes, 2 gr. 50 centigr. et 3 grammes. Il est rare que cette quantité ne soit pas tolérée à cet âge.

Chez les adolescents, de quinze à vingt ans, on pourra, comme chez les adultes, arriver, s'il est nécessaire, à des doses beaucoup plus élevées, à 8, 10 ou 12 grammes par exemple; je n'ai jamais dépassé qu'une fois 18 grammes chez un sujet de dix-huit ans. Chez les personnes un peu âgées la tolérance n'est pas beaucoup moindre que chez les adultes, mais il faut s'assurer qu'il n'y a pas d'insuffisance rénale.

Le *nombre des accès* n'a pas l'importance de l'âge. Il est des épileptiques que je refuse presque de traiter parce qu'ils présentent des crises extrêmement espacées, et qu'il faut opposer à ces manifestations une dose de bromure aussi élevée que celle que l'on doit employer contre des accidents beaucoup plus multipliés. Dans les deux cas, que les accès soient nombreux ou rares, c'est toujours la même quantité qu'il faudra atteindre. J'ajoute, cependant, que chez les sujets ayant des accès multipliés on sera autorisé à essayer d'arriver rapidement à cette dose, alors qu'on agira avec plus de prudence dans les cas moyens et surtout dans ceux à accès rares.

Prenons maintenant un cas moyen et voyons comment il nous faut agir pour établir la dose suffisante et la faire convenablement tolérer.

Je suppose, par exemple, que nous soyons en présence d'un sujet de dix-huit à vingt ans, qui ait par mois trois ou quatre accès complets, et, en plus de ces accès, quelques absences ou vertiges. Il s'agit de lui donner la quantité de bromure capable de faire disparaître ces manifestations et insuffisante pour rendre le traitement intolérable dans des conditions que nous allons bientôt préciser.

On procédera par tâtonnements et l'on arrivera assez vite à établir cette dose, surtout si l'on emploie la méthode d'administration du bromure à doses progressivement croissantes et décroissantes préconisée par Charcot.

Cette méthode a certainement des avantages sur celle qui consisterait à donner toujours la même quantité de bromure, la dose suffisante une fois obtenue. Portant sur trois semaines à raison d'une augmentation de 1 gramme par semaine, puis d'une diminution de même quantité, de façon à revenir à la dose première, elle permet de faire tolérer la troisième semaine une quantité de bromure certainement plus forte que si le médicament avait été donné constamment à la même dose. On pourrait toutefois

craindre qu'une différence de 2 grammes entre la dose maxima et la dose minima n'ait pour effet que la dose suffisante ne soit plus atteinte la quatrième et la cinquième semaine du traitement, et ainsi de suite pour les autres périodes de trois semaines. Il n'en est rien cependant.

Lorsque le bromure est depuis longtemps absorbé, ce qui est le cas dans la méthode que nous décrivons, l'imprégnation de l'organisme se prolonge encore pendant une période assez longue même après la suppression brusque du médicament, et à plus forte raison quand il est continué même à dose un peu inférieure. Les doses moindres de la première et de la deuxième semaine peuvent donc être considérées comme les doses d'entretien de la troisième. Par suite de l'imprégnation antérieure, la quantité de bromure absorbé, quoique étant un peu inférieure pour la première et la deuxième semaine, reste néanmoins suffisante.

La clinique le démontre péremptoirement. J'ai vu de nombreux malades chez lesquels les accès avaient complètement disparu sous l'influence de la méthode de trois semaines. Pourquoi n'auraient-ils pas reparu si la dose de la première semaine avait été insuffisante? Je montrerai bientôt que cette persistance de l'imprégnation bromurée est rendue également très appréciable, *de visu* c'est le cas de le dire, au cours du traitement, par certains signes qui existent du côté des pupilles. On a là un excellent élément d'appréciation pour savoir si l'on doit véritablement procéder par périodes de trois semaines, de deux semaines ou s'en tenir toujours à la même dose.

Il est, en effet, des malades qui sont très sensibles au bromure, et une différence de 2 grammes portant sur trois semaines pourrait peut-être chez eux empêcher la dose suffisante d'être constamment atteinte. Dans ces conditions, si l'on notait une tendance au retour des accès, la suppression, pendant les semaines de plus faible dose, des troubles pupillaires que nous allons décrire, on pourrait, je l'ai dit, s'en tenir à deux semaines, même à une semaine, quitte à augmenter dans ces derniers cas ou à diminuer la dose adoptée quelle qu'elle soit, de façon qu'elle reste en permanence suffisante.

Au sujet de cette période de trois semaines, je crois devoir répéter que chez les femmes la médication devait souvent porter sur quatre semaines au lieu de trois, les crises ayant, en effet, une tendance assez fréquente à reparaître plus particulièrement pendant la période des règles. Il faudra donc, dans ces faits particuliers, s'arranger de façon que la plus forte dose de bromure à administrer coïncide avec les deux ou trois jours qui précèdent les règles, avec la période menstruelle elle-même et avec les deux ou trois jours qui la suivent, ce qui fait à peu près une semaine. Les règles durant généralement quatre jours, le mieux dans ces cas sera de prolonger la dose de la troisième semaine pendant une quatrième; l'on donnera, par exemple, 3, 4, 5, 5 grammes, au lieu de 3, 4, 5, et ainsi de suite pour reprendre. Si les accès ne revenaient pas particulièrement pendant la période menstruelle, on s'en tiendrait à la méthode habituelle de trois semaines, qui nous semble la meilleure.

On serait encore autorisé à élever brusquement la dose d'une certaine quantité si, subitement, pour une cause souvent inconnue, les accès se montraient plus nombreux et plus intenses qu'à l'habitude, s'il survenait un état de mal dont nous exposerons d'ailleurs la thérapeutique particulière. Chez les enfants on pourrait procéder par demi-grammes, s'il était nécessaire.

Je suppose donc, comme je l'ai déjà dit, que le sujet à traiter prenne par exemple 3, 4 et 5 grammes de bromure; il ne sera revu, à moins de circonstances exceptionnelles, que dans les derniers jours de la troisième semaine, ou même à la rigueur à la fin de la sixième semaine. Il faut, en effet, que l'imprégnation du bromure ait eu le temps de se faire, pour qu'on puisse en constater nettement les effets en toute connaissance de cause.

On pourra déjà, à la fin de la troisième ou de la sixième semaine, si l'on a eu la main un peu heureuse, se faire une idée à peu près exacte de la tolérance du malade. Cela est tout à fait indispensable, car on peut pendant des mois donner, par exemple, de 3 à 5 grammes de bromure à un épileptique sans influencer les accès, parce que la dose est insuffisante, ou au contraire avoir des désagréments au bout de deux à trois semaines, parce que la dose est trop forte et produit de l'intoxication.

Pour que la dose soit suffisante, il faut que le patient, la semaine où il prend la plus forte dose de bromure, reconnaisse lui-même, pour ainsi dire, qu'il est bien sous l'influence du médicament, ce qui se traduit dans la généralité des cas de la façon suivante. Il se sent plus lourd et plus fatigué que les semaines précédentes, où il prenait une moins forte dose; il a moins d'aptitude au travail physique, aux occupations intellectuelles; il dormirait volontiers dans la journée; l'appétit est un peu languissant, la langue légèrement saburrale et étalée; il existe parfois de la constipation. C'est déjà là un degré un peu avancé de l'imprégnation, je ne dirai pas encore de l'intoxication bromurée. Le principe du traitement, je l'ai dit, est que celui-ci n'entravera pas les occupations habituelles, tant morales que physiques. Si la troisième semaine, celle de la plus forte dose, le sujet est un peu incommodé, il faut s'en tenir à cette dose, il faut que pendant les deux premières, celles où la dose est plus faible, il redevienne lui-même et ne soit pas troublé par la thérapeutique instituée.

Les phénomènes auxquels je viens de faire allusion et sur lesquels doit se baser l'appréciation sont susceptibles d'interprétation, tant de la part du médecin que du malade, et surtout de ce dernier. Il est des épileptiques très courageux, extrêmement désireux de guérir, qui ne trouvent jamais qu'ils prennent assez de bromure : j'en ai vu qui dormaient à moitié debout et déclaraient qu'ils se portaient fort bien. Il en est d'autres, au contraire, qui, prévenus contre un traitement qu'ils ont déjà subi sans succès sous la direction d'une personne inexpérimentée, attribuent au bromure tous les malaises dont ils souffrent. L'appréciation des phénomènes généraux peut donc pour toutes ces raisons être quelquefois difficile.

Il est un signe qui lèvera tous les doutes et permettra, sans que le malade ou le médecin puissent épiloguer, de dire si la dose suffisante de bromure est atteinte. Je désire attirer tout particulièrement l'attention de mes confrères sur les phénomènes que je vais exposer, parce que je crois qu'ils n'ont jamais été décrits ou que s'ils l'ont été, ce que j'ignore, on ne leur a jamais attribué l'importance toute particulière qu'ils méritent dans la fixation de la dose suffisante.

Au cours du traitement bromuré, lorsque la dose de bromure reste faible par rapport à la tolérance du sujet, les pupilles sont en dilatation moyenne, c'est-à-dire habituelle; elles réagissent comme à l'ordinaire à la lumière et à l'accommodation. Si l'on porte plus haut la dose, il arrive un moment où l'on voit les pupilles se dilater et les réactions lumineuse et accommodative devenir paresseuses. A un degré de plus, les pupilles ne réagissent plus ni à la lumière ni à l'accommodation; elles sont, en outre, à leur maximum de dilatation.

C'est au moment où s'établit la lenteur des réactions que surviennent généralement les quelques phénomènes généraux de dépression physique et mentale que j'ai déjà signalés. Ils indiquent avec la dilatation pupillaire que la dose est suffisante. Si l'on forçait la dose, de 1 gramme par exemple, les pupilles ne réagiraient plus ni à la lumière ni à l'accommodation, le sujet serait en proie à l'intoxication qu'il faut toujours éviter pour les raisons déjà données. Phénomène assez particulier et qui démontre bien, lorsqu'on emploie la méthode progressivement croissante et décroissante, que pendant les deux semaines où la dose est la plus basse, cette dose, c'est-à-dire l'imprégnation, est encore suffisante, c'est que, malgré la diminution du bromure, les pupilles continuent généralement à réagir plus faiblement qu'à l'état normal et conservent leur dilatation.

Ce qu'il faut obtenir, c'est la réaction lente avec dilatation permanente; on peut être alors à peu près certain que la dose suffisante est atteinte, surtout si l'on constate la troisième semaine les quelques sensations générales dont j'ai déjà parlé. On notera si les pupilles se maintiennent étales, pour ainsi dire, pendant la première et la seconde semaine, et l'on augmentera ou l'on diminuera de 1 ou 2 grammes — 1 gramme est généralement suffisant — si elles tendent à recouvrer leurs réflexes ou si leurs réactions disparaissent complètement avec dilatation maximum.

Cet état de réaction paresseuse des pupilles et leur dilatation ne nuisent pas d'ailleurs à la vue des sujets : jamais aucun de ceux que j'ai traités depuis de longues années ne s'en est plaint. C'est en les examinant d'une façon un peu minutieuse que j'ai découvert cette modification qu'il faut produire et maintenir permanente, si l'on veut avoir une bonne garantie établissant que la dose suffisante est ingérée.

De ce fait, j'ai pu parfois chez des malades mal surveillés, qui n'absorbaient pas toute la dose prescrite et trompaient leur entourage et le médecin ou étaient involontairement trompés, déceler la supercherie ou l'erreur en constatant le retour des pupilles à l'état normal, alors que la dose qu'ils disaient ou croyaient absorber avait déjà donné et aurait dû continuer à produire de la dilatation pupillaire et des réactions paresseuses.

Les troubles des pupilles qui naissent sous l'influence de l'imprégnation bromurée fournissent encore d'autres indications précieuses en ce qui regarde, je ne dis plus l'établissement — celui-ci est supposé obtenu — mais bien le maintien de la dose suffisante qu'ils permettent de régler très exactement.

Cette dose n'est pas, en effet, immuable. Au bout d'un certain laps de temps, après deux ou trois mois par exemple, cela dépend de la susceptibilité particulière des sujets, il faut augmenter la quantité quotidienne de bromure de 1 ou 2 grammes, donner par exemple 4, 5, 6 grammes au lieu de 3, 4, 5. L'organisme, en effet, s'habitue au médicament et la dose qui était suffisante au début d'un traitement a besoin presque toujours d'être un peu augmentée au cours de celui-ci. Les proportions dans lesquelles elle doit l'être seront facilement appréciables, grâce à l'observation des pupilles et à la constatation des phénomènes généraux. A ce sujet, on peut dire que si, par exemple, la dose suffisante est obtenue très nettement au bout de deux périodes de trois semaines, ce qui représente un mois et demi de traitement, il est rare qu'on ait besoin de l'augmenter de plus de 2 ou 3 grammes pendant le reste de la cure.

Je le dirai dans un instant, lorsque le cas est favorable il faut généralement attendre un an à dater de la disparition du dernier accident, accès, vertige ou absence, avant de commencer à diminuer la dose de bromure. Je suppose qu'à la dose de 3, 4 et 5 grammes les accidents, après s'être espacés, n'aient disparu qu'au bout de huit à douze mois, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard. Ce sera donc environ dix-huit mois ou deux ans après le début du traitement qu'on pourra songer à diminuer la dose suffisante pour arriver à la suppression progressive du bromure. A ce moment, le sujet qui a débuté par 3, 4 et 5 grammes prendra généralement 5, 6 et 7 grammes ou 6, 7 et 8 grammes. Mais, je le répète, à 1 ou 2 grammes près l'établissement définitif de la plus haute dose qui sera prise n'a qu'une importance relative, en ce qui concerne sa fixation immédiate. Elle varie, je l'ai dit, suivant la tolérance des sujets. C'est la

dose suffisante qui doit être déterminée le plus vite possible, maintenue et augmentée s'il est nécessaire, en tenant un compte exact des indications que je viens de donner.

Suivons donc le traitement. Je suppose encore une fois, maintenant, que la dose suffisante ait été atteinte après une période de tâtonnements qui n'aura pas dû généralement dépasser plus de deux ou trois périodes de trois semaines. Le sujet doit y être maintenu dans les conditions que j'ai indiquées en augmentant la prise quotidienne de temps en temps de 1 gramme ou plus suivant sa tolérance particulière. Il en est chez lesquels la dose sera toujours bien tolérée sans inconvénients généraux ou locaux. Par contre, il en est d'autres aussi chez lesquels, la dose suffisante une fois atteinte, ou même auparavant, il survient des accidents généraux et locaux qui peuvent mettre obstacle au traitement. Il faut donc bien connaître tous ces accidents pour les prévenir si possible et les faire disparaître s'ils se sont montrés.

III

Considérons d'abord les *accidents généraux* qui peuvent survenir sous l'influence de l'administration longtemps prolongée du bromure donné à la dose suffisante.

J'en ai déjà parlé, pour dire qu'il fallait chercher à les produire dans une mesure atténuée au moment de la troisième semaine, lorsque le patient prend la plus forte dose de bromure. Ils consistent, nous le savons, en un peu d'affaiblissement général moral et physique, de la tendance au sommeil, de la diminution de l'appétit et de la constipation. Je dois ajouter, cependant, que cette dernière peut être le plus souvent évitée par un régime que je décrirai bientôt.

Dans les limites que je viens d'indiquer, ces accidents sont parfaitement supportables et n'entravent en aucune façon la vie physique et morale des sujets en traitement. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et, même au cours d'une cure soigneusement surveillée, des accidents généraux sinon graves, du moins assez sérieux pour faire interrompre l'administration du bromure, ce qu'il faut éviter, peuvent parfois se montrer. J'ajoute que leur apparition est presque toujours de la faute du médecin.

Il est incontestablement des épileptiques qui sont très sensibles aux faibles doses de bromure, alors que d'autres en absorbent, comme je l'ai observé, les quantités invraisemblables de 14 à 18 grammes par jour, sans notables inconvénients.

Chez les premiers, la dose suffisante est difficilement atteinte : on peut observer dès le début du traitement l'exagération de tous les phénomènes généraux que j'ai déjà signalés. Il en résulte un trouble de l'économie qui peut ressembler à un embarras gastrique avec affaissement moral et physique très marqué. L'appétit est nul, la langue sale, très étalée, l'haleine « sent le bromure », la constipation est opiniâtre, le sommeil presque constant, les pupilles dilatées au maximum sans réaction lumineuse ou accomodative.

Il est extrêmement rare, j'y insiste, de voir apparaître ces complications générales, qui indiquent une forte intoxication, au début d'un traitement bien conduit. Même chez ceux qui sont très sensibles au bromure, en prescrivant de faibles quantités progressivement augmentées, on arrive assez souvent et assez vite à fixer la dose suffisante sans la dépasser, sans provoquer les accidents généraux de l'intoxication.

Ceux-ci, en réalité, ne se montrent guère que chez les malades en traitement depuis assez longtemps, chez lesquels il faut peu de chose pour changer l'imprégnation déjà assez ancienne en intoxication. Ces patients ont été mal ou insuffisamment surveillés, la préparation a été mal faite, la mesure dont ils se servent est défectueuse, ou bien ils prennent d'eux-mêmes sans le dire de trop fortes doses de bromure, dans le but d'arriver à une guérison plus rapide. Je pourrais citer des exemples dans chacune de ces catégories. J'ai parlé du malade qui s'en fut faire un traitement très modéré dans un village de l'est à mi-montagne où le médecin ne sut pas reconnaître l'intoxication bromurée et l'arrêter à temps en diminuant la dose. J'ai traité une jeune fille qui, dans un déplacement, changea sa cuillère à soupe pour une cuillère à salade en bois beaucoup plus grande que celle qu'elle employait habituellement, et s'intoxiqua d'une façon assez grave. J'ai vu récemment une jeune femme qui, au moment de diminuer la dose après être restée plus d'un an sans accès, la porta d'elle-même à un taux trop élevé dans l'espoir de guérir plus vite et eut des phénomènes toxiques assez sérieux.

C'est dans ces conditions que l'intoxication générale se produit le plus souvent, à part certains cas d'intolérance excessive dont je reparlerai. En somme, elle est facile à prévenir et à éviter si le malade est soigneusement surveillé par un médecin expérimenté.

Si, malgré toutes les précautions, les accidents généraux existaient un peu graves, le traitement consisterait en la suppression immédiate du bromure; en une purgation avec régime lacté absolu combiné à l'administration pendant trois ou quatre jours de 15 gouttes de teinture de scille et de teinture de digitale, pour exciter les fonctions cardiaques et la diurèse et favoriser ainsi l'élimination du bromure. On devra essayer d'établir exactement la dose à laquelle le médicament a produit les accidents généraux, et aussitôt la convalescence, c'est-à-dire au bout de quelques jours — cela dépend de l'époque où le médecin a été averti de l'apparition des accidents toxiques —, redonner de petites doses afin d'interrompre le moins longtemps possible le traitement, surtout si celui-ci a déjà été assez longtemps prolongé. Puis on reviendra peu à peu à la dose suffisante. Le médecin se basera alors sur ce qui s'est passé pour multiplier les recommandations et exiger que le sujet reste sous sa direction immédiate et soit entouré de personnes sûres qui ne permettent plus de semblables irrégularités.

On pourrait peut-être juger préférable de ne pas supprimer brusquement toute la dose, de crainte de faire ainsi reparaître les accès. Cette suppression absolue est pourtant la meilleure méthode à employer : c'est elle qui le plus rapidement fait cesser l'intoxication. Nous savons, en outre, que lorsque la dose suffisante est remplacée par une dose trop forte ou toxique, les accès peuvent aussi bien revenir que si le malade ne suivait plus aucun traitement. S'il prend une dose trop faible, ce qui est le cas lorsqu'on lui conserve 1 ou 2 grammes de bromure au cours d'une intoxication par 6 ou 8 grammes par exemple, les accès peuvent également reparaître. Dans ces conditions, il vaut mieux supprimer d'emblée complètement le médicament et le reprendre le plus vite possible, aussitôt la convalescence qui, dans la suppression brusque, est beaucoup plus rapide que lorsqu'on maintient des doses inférieures, lesquelles, je l'ai dit, n'ont qu'une action à peu près nulle sur les crises.

Je le répète, de pareils cas d'intoxication sont assez rares. Il faut cependant bien les connaître de façon d'abord à les éviter, et ensuite, lorsqu'ils se produisent, quelle qu'en soit la cause, à parer le plus vite possible aux éventualités que les accidents généraux entraînent avec eux et dont l'interruption d'un traitement depuis longtemps prolongé n'est pas la moindre. L'apparition d'un nouveau paroxysme, soit sous l'influence de l'exagération, soit sous l'influence de la suppression de la dose suffisante, est ce qu'il y a de plus à craindre, car elle fait perdre presque tous les bénéfices obtenus par un traitement déjà prolongé.

A côté des phénomènes généraux, il est une deuxième catégorie d'accidents, cette fois *locaux*, qu'il faut également bien connaître.

Les accidents généraux, avec un peu d'attention sont généralement faciles à prévenir, à faire disparaître en abaissant ou en supprimant la dose; ils ne surviennent guère, je l'ai dit, que lorsque le traitement est depuis déjà assez longtemps institué.

Les accidents locaux sont, par contre, quelquefois précoces, bien que dans la généralité des cas ils exigent pour se produire une certaine durée de l'imprégnation. De ce fait, ils peuvent coexister avec les accidents généraux, mais le plus souvent ils en sont indépendants. Ils sont beaucoup plus directement liés à l'absorption du bromure qu'à l'intoxication réelle par ce médicament. On ne peut toujours se baser sur une dose plus ou moins élevée, la diminuer ou l'augmenter pour en prévenir l'apparition ou les faire disparaître.

De ce fait et pour toutes ces raisons quelles qu'elles soient, les accidents cutanés ou locaux, lorsqu'ils existent, rendent plus difficiles que les accidents généraux l'établissement de la dose suffisante de bromure.

En effet, je l'ai dit, à part certains cas exceptionnels d'intolérance individuelle, le plus souvent c'est par défaut de surveillance, par ignorance, par supercherie parfois involontaire que surviennent les accidents généraux. Une fois reconnus, il est en général facile de les faire rapidement disparaître, et quand le traitement est repris, il devient permis d'espérer qu'on pourra revenir rapidement à la dose suffisante, étant donné qu'on aura déjà en main tous les éléments de sa fixation et de sa continuité.

Il n'en est plus de même en ce qui regarde les accidents locaux qui empêchent parfois, par leur précocité, leur intensité ou leur multiplicité, d'atteindre cet état général de dépression un peu particulier de la troisième semaine qui est l'indice le plus certain, avec le signe de la pupille, de la dose suffisante. En réalité, ce sont ces accidents locaux qui entravent le plus souvent le traitement.

Ils consistent principalement en *manifestations cutanées* qu'il est parfois possible de prévoir à l'avance et de prévenir. Ils surviennent surtout, en effet, chez les épileptiques à peau habituellement grasse, sujets à l'acné. C'est donc l'acné qui se montre le plus souvent, et il est bien rare que le malade le plus tolérant n'en présente pas quelques manifestations discrètes au cours du traitement.

Qu'il existe quelques éléments éruptifs sur le tronc, sur les bras, entre les épaules et sur la poitrine, lieux d'élections habituels de l'acné bromique, cela n'a qu'une importance relative. Mais qu'il survienne, comme il arrive parfois, une éruption confluente de la face avec prurit, non seulement cela compromet l'esthétique du visage chez les femmes, mais encore les boutons d'acné peuvent s'agglomérer, devenir croûteux, suintants et de ce fait entraver les occupations habituelles et mettre de façons différentes un obstacle absolu au traitement.

J'ai soigné pour des accidents épileptiques assez espacés un jeune étudiant ès lettres qui gagnait sa vie en donnant des répétitions dans un certain nombre de familles. Lorsqu'il en arrivait aux doses de 4 grammes de bromure, qui arrêtaient au plus juste ses accès, il survenait chez lui une éruption acnéique du visage qui le défigurait au point qu'on refusait de le recevoir dans les maisons qui lui assuraient le pain quotidien. Il essaya à plusieurs reprises de divers moyens pour conjurer ces accidents et dut se maintenir à une dose inférieure de bromure, suffisante pour calmer les accès dans une certaine mesure, mais incapable d'assurer la guérison.

Les conditions sociales jouent donc, on le voit, un certain rôle dans le traitement des épileptiques. J'ai traité une jeune fille de dix-huit ans qui, plus fortunée, prit le parti de se retirer à la campagne loin de tous, et resta sans sortir pendant plus d'un an. Elle cacha ainsi son visage couvert d'acné aux regards indiscrets et eut par son courage le bonheur de triompher complètement de son mal. Il lui

resta quelques cicatrices marbrées qui ponctuaient alors son visage mais s'effacèrent à la longue; en fin de compte le résultat fut des plus satisfaisants.

Mais il n'y a pas que les conditions esthétiques à considérer; à la rigueur, on peut passer outre avec des soins appropriés. Il est des cas où, avant que la dose suffisante soit atteinte et puisse être maintenue, l'acné prend des proportions très considérables, s'agglomère et produit presque des plaies du visage, du tronc ou des membres, rendant très difficile la continuation du traitement. Dans un même ordre de gravité, à côté de l'acné se rencontre une autre manifestation cutanée qui peut coexister avec elle, mais en est souvent indépendante. Cette éruption vraiment spéciale au bromure et qui siège surtout sur le tronc et la face externe des membres consiste en de gros placards érythémateux se rejoignant bientôt pour former des nodosités sous-cutanées très douloureuses spontanément et au moindre choc. Celles-ci se recouvrent de croûtes épaisses qui, quoique très tenaces, finissent cependant par tomber. L'ulcération et la suppuration surviennent alors, empêchant la marche lorsque les nodosités siègent aux membres inférieurs, entravant les occupations habituelles et retentissant sur l'état général. Bien que généralement plus tardives que l'acné, il est des faits où ces manifestations apparaissent déjà avant l'obtention de la dose suffisante de bromure qu'il devient alors très difficile d'établir. Si l'on augmente la quantité du médicament elles s'exagèrent, ce qui fait que la dose reste insuffisante. Ou bien, si la dose suffisante est atteinte, on a beaucoup de peine à s'y maintenir sans exagérer encore ces inconvénients et les rendre intolérables.

Dans ces conditions, le mieux est d'essayer de prévenir leur apparition. Pour ce faire, et ce que je vais dire s'applique indistinctement à toutes les éruptions liées à l'absorption du bromure, je prescris à tous les épileptiques quels qu'ils soient, à moins de considérations particulières, un ou deux bains tièdes savonneux par semaine. Le bain ne devra pas durer plus de vingt minutes en totalité; sa température ne dépassera pas 32° à 34° C., les bains trop chauds, comme toute température excessive, étant défavorables aux épileptiques. De plus, le sujet sera toujours surveillé de près, de peur qu'un accès survenant à l'improviste il ne coule, ainsi que cela s'est vu, au fond de sa baignoire où, ayant perdu connaissance, il courrait le risque de se noyer.

En ce qui regarde plus particulièrement l'acné de la face, du cou et du cuir chevelu, voire celle qui siège sur la poitrine et dans l'espace interscapulaire, l'épileptique devra pour la prévenir se conformer à quelques soins de toilette un peu particuliers. Il prendra des bains savonneux, fera tous les jours des lavages de la face et du cou à l'eau chaude et au savon, se décapera pour ainsi dire la peau avec un liquide alcoolique, de l'eau de Cologne par exemple. Si malgré ces précautions l'acné se montrait rebelle, on ferait matin et soir une pulvérisation d'une demi-heure sur les parties affectées avec de l'eau boriquée chaude et bouillie qui produirait l'effet d'un bain antiseptique longtemps prolongé.

Le traitement devra être plus actif encore contre ces placards agglomérés qui coïncident souvent avec l'acné mais aussi peuvent apparaître isolément, si les soins hygiéniques n'ont pu les prévenir. J'ai dit que ces éruptions siégeaient principalement sur la face externe des membres, des jambes en particulier. Lorsqu'elles sont constituées à leur summum d'évolution, elles se recouvrent de croûtes épaisses qu'il faudra faire tomber avec des compresses boriquées recouvertes de taffetas gommé ou des cataplasmes d'amidon cuit et refroidi qu'on laissera en place pendant la nuit et le jour si possible. Le jour, on fera pendant une heure des pulvérisations chaudes avec l'eau boriquée bouillie ou l'acide phénique à 1 %. Le repos est alors nécessaire, les membres inférieurs restant étendus horizontalement. Dans ces conditions, les croûtes tombent, les plaies se détergent, bourgeonnent et guérissent, mais la guérison de ces manifestations est toujours longue, tant est grande leur ténacité.

J'ai dit combien ces accidents nuisaient à l'établissement et au maintien de la dose suffisante. Lorsqu'ils seront rebelles, on s'inspirera des circonstances, en dehors du traitement local approprié, pour s'en accommoder le mieux possible tout en continuant la médication bromurée dans des limites à fixer pour chaque cas particulier. Heureusement que ces grosses éruptions en placards sont, en somme, assez rares.

Je crois que l'association d'un antiseptique, tel que le benzoate de soude, à la solution bromurée, en permettant d'atténuer au moins les fermentations intestinales, peut elle aussi prévenir ou enrayer dans une certaine mesure la production de ces deux variétés d'accidents cutanés. Sous ce rapport, on devra veiller à ce que les fonctions digestives s'exécutent régulièrement, l'administration prolongée du bromure produisant assez souvent de la constipation, bien qu'il existe des sujets dont elle n'influence pas l'intestin. Dans le premier cas, on ne manquera pas d'ordonner, une ou deux fois par semaine, un ou deux verres d'eau minérale qui produiront, en dehors des effets d'une purgation vraie, des évacuations suffisantes. Au cours du traitement de l'épilepsie, je l'ai dit, il est nécessaire de favoriser toutes les excrétions.

J'ajouterai à cette description des complications locales du traitement bromuré qu'on note quelquefois chez les épileptiques, à une période le plus souvent assez avancée de la cure, une *toux particulière* sur laquelle l'attention ne me semble pas avoir été suffisamment attirée. Cette toux sèche et fatigante ne s'accompagne pas d'expectoration. Les malades ressentent souvent une sensation de brûlure et d'irritation dans la région laryngée, le larynx même peut être douloureux à la pression. L'auscultation reste négative. Je suis porté à croire que cette toux est attribuable à une irritation de la muqueuse du larynx et de la trachée peut-être de même nature que les éruptions cutanées, car je l'ai vu plusieurs fois coïncider avec elles.

Elle peut par sa répétition, pendant la nuit en particulier, troubler le repos des malades, et de ce fait influencer désagréablement l'état général qu'on a tout intérêt à soutenir chez les épileptiques. Bien que cette « toux d'irritation » soit parfois fort incommodante, je ne l'ai jamais vu entraver complètement le traitement. Dans les cas où je l'ai observée, je me suis presque toujours bien trouvé des inhalations chaudes avec des feuilles d'eucalyptus.

IV

Je suppose maintenant que nous sommes en possession de la *dose suffisante*, que le sujet ne présente pas de complications générales ou locales qui puissent gêner le traitement. Comme celui-ci doit être longtemps prolongé, il faut s'efforcer de placer le malade dans les meilleures conditions *d'hygiène générale* qui serviront à le faire le mieux tolérer. Celles ci sont un peu particulières chez les épileptiques : elles se basent rationnellement sur certaines considérations que nous allons exposer.

Autant que possible, l'épileptique devra vivre au grand air, sortir tous les jours, faire des promenades à pied et des exercices corporels modérés sans aller jusqu'à la fatigue. Il évitera avec soin le confinement et surtout le séjour dans un appartement surchauffé. De ce fait, et pour se garer des variations brusques de température, il se couvrira chaudement la tête et le corps quand il sortira en hiver et s'habillera légèrement en été. De même, il ne devra pas travailler à côté d'un poêle, d'une bouche de chaleur, d'un bec de gaz ou d'une lampe à pétrole qui détermineraient un échauffement trop considérable de la tête ou du corps.

Il est encore établi par la clinique que les accès reviennent plus particulièrement pendant le sommeil que pendant la veille, probablement parce qu'il existe toujours un peu de congestion encéphalique dans ce premier état. De ce fait, l'épileptique devra s'abstenir, autant que possible, de dormir durant le jour. J'ai récemment vu un malade, qui n'avait jamais eu depuis plusieurs années que des accidents nocturnes, prendre un assez fort accès diurne pendant le sommeil qui pour une fois l'avait gagné après le déjeuner.

Il est, en effet, admis scientifiquement aujourd'hui que la pression artérielle est toujours augmentée chez les épileptiques au moment des accès. Il est donc au moins inutile de provoquer cette augmentation dans leurs intervalles. En conséquence, il faut chercher à supprimer toutes les causes qui l'exagèrent à l'état normal et sont ainsi capables de favoriser le retour des accès.

J'entrerai à ce sujet dans quelques considérations physiologiques.

Reprenant les expériences de Vulpian qui avait déjà constaté cette exagération de pression, M. François-Franck détermine chez des animaux l'excitation des régions corticales et produit des accidents convulsifs. Il mesure alors la tension artérielle et conclut qu'elle « tend toujours à s'élever dans les crises épileptiques, tant par l'effet mécanique des convulsions que par l'influence des troubles respiratoires. »

Donc, il est établi que la pression artérielle est toujours augmentée pendant l'accès d'épilepsie expérimentale, que cette augmentation provienne directement de l'excitation corticale ou des phénomènes d'asphyxie qui existent pendant l'accès.

Ces données expérimentales ont été amplement vérifiées par la clinique. M. Ch. Féré, s'aidant du sphygmomanomètre de Bloch, a recherché à son tour quelle était la pression artérielle chez les épileptiques à l'état normal, avant, pendant et après les phénomènes paroxystiques. « Dans les quelques cas, dit-il, où j'ai pu prendre la pression avant l'accès et pendant l'accès, j'ai observé une augmentation variable de 50 à 150 et même 200 grammes. Pendant les paroxysmes, attaque ou vertige, excitation psychique, la pression reste élevée. Après l'accès, sauf quelques cas rares et où il existe de l'excitation post-convulsive, il se produit un abaissement très notable de la pression; et cette diminution de la pression, qui peut atteindre 200 grammes, peut encore exister à un certain degré sept ou huit heures après l'accès. A la suite d'états de mal terminés par la guérison, j'ai observé une dépression qui dépassait 350 grammes. » Il existe donc toujours une exagération considérable de la pression artérielle pendant les paroxysmes. Cette exagération et la dépression qui la suit doivent être très présentes à l'esprit du médecin, car elles règlent la conduite à tenir dans les cas d'urgence.

L'augmentation de la pression artérielle se révèle d'ailleurs parfois ostensiblement, pour ainsi dire, par des manifestations qu'il est indispensable de bien connaître pour le diagnostic positif de certains cas d'épilepsie qui, sans cela, risqueraient de rester ignorés. Lorsqu'on les constate elles fournissent, en outre, des indications de thérapeutique un peu spéciales; elles incitent à prendre des précautions contre l'exagération de la tension artérielle plus marquée dans ces cas particuliers et qui peut être alors un danger. Il n'est pas rare, en effet, de voir apparaître chez certains sujets, au sortir des accès, des sugillations, de véritables ecchymoses siégeant particulièrement sous forme de points d'un rouge noirâtre, d'îlots qui peuvent se réunir en nappes, à la face, au cou et même sur la région thoracique antérieure. J'ai pu, uniquement en considérant ces stigmates, faire à plusieurs reprises le diagnostic d'accès nocturnes d'épilepsie qui étaient jusque-là restés complètement méconnus. Je citerai notamment l'histoire

d'une dame de quarante ans environ, qui vint me consulter exclusivement pour des manifestations de cet ordre. Le matin, en faisant sa toilette, elle s'était aperçue qu'elle portait autour du cou des sugillations rouges, ineffaçables par le lavage, qui l'avaient singulièrement inquiétée. Je soupçonnai chez elle l'épilepsie. Elle couchait seule; sa mère resta près d'elle et vint m'annoncer quelques jours plus tard que sa fille s'était agitée convulsivement pendant la nuit, qu'elle avait eu beaucoup de peine à la tirer du sommeil profond qui avait suivi les convulsions et que le matin elle avait pu constater encore une fois l'existence des sugillations pour lesquelles on m'avait antérieurement consulté. Ces stigmates de sang étaient sous la dépendance d'accès d'épilepsie, symptomatiques d'une tumeur cérébrale qui causa la mort un an plus tard.

Les épileptiques, nous le verrons, peuvent succomber au cours d'un accès et surtout au cours d'une série d'accès ou état de mal. A l'autopsie, on trouve un piqueté hémorrhagique du cerveau accompagné parfois d'une hémorrhagie collectée, des ecchymoses sous-pleurales et généralisées aussi dans divers organes. La tension artérielle est donc toujours très exagérée pendant les paroxysmes. Il faudra écarter chez ces malades tout ce qui peut la produire et provoquer ainsi l'apparition des accès : les bains trop chauds, le sommeil pendant la journée, le séjour près d'une source de chaleur trop vive, l'exposition prolongée de la tête découverte au soleil, toutes choses déjà indiquées. De même essayer de diminuer la tension pendant le paroxysme, surtout si celui-ci est constitué par un état de mal. Et puisque nous savons aussi que la pression est diminuée ou déprimée après l'accident, il importera à ce moment de la remonter par des moyens appropriés.

Dans un même ordre d'idées, le coït devra être évité autant que possible par les épileptiques, car c'est un acte physiologique qui exagère toujours considérablement la pression artérielle, au point de provoquer parfois la rupture d'un vaisseau cérébral. Et si le coït produit des hémorrhagies cérébrales chez certains sujets, nous savons aussi que c'est de la même façon que meurent presque tous les épileptiques au cours d'un accès et surtout d'un état de mal où la pression artérielle est exaltée au suprême degré. Il faut donc de toutes façons veiller à prévenir cette exagération.

V

J'ai déjà parlé de l'hygiène générale qu'il fallait recommander aux épileptiques; la question qui se pose maintenant est de savoir si l'administration prolongée du bromure, pour être bien tolérée, nécessite l'application d'un *régime alimentaire* particulier. Certainement oui, mais dans des limites qui ne doivent pas être dépassées.

Il faut ne pas ignorer, en effet, que s'il est des sujets à titre exceptionnel qui tolèrent très allègrement les plus fortes doses de bromure et voient leur appétit s'en augmenter d'autant, il en est, par contre, d'autres et beaucoup plus nombreux qui, lorsque la dose suffisante est atteinte, ont un appétit languissant, un peu de dégoût pour les aliments et un certain degré d'atonie intestinale. Un régime un peu particulier deviendra donc nécessaire, mais il ne devra pas bouleverser de fond en comble les habitudes du malade, avec les goûts duquel il faut aussi compter pour toutes les raisons que je viens d'indiquer.

La règle générale qui présidera au régime alimentaire des épileptiques sera de leur donner à manger souvent et peu à la fois. Les repas seront répétés et peu copieux, afin d'éviter les phénomènes congestifs qui suivent presque toujours une absorption trop considérable de substances alimentaires. Les aliments solides servis à ces malades devront être très nutritifs sous un petit volume, de façon à ne pas fatiguer les fonctions de l'estomac que le bromure ralentit parfois dans une certaine mesure. On fera également un choix dans les liquides qui assureront la diurèse. Ce régime dans la circonstance se rapprochera beaucoup de celui que j'ai préconisé dans mon travail sur les *Etats neurasthéniques*.

A côté de l'hygiène physique et du régime alimentaire se pose la question de l'*hygiène morale*, pour ainsi dire.

Par exemple, les enfants épileptiques doivent-ils travailler, s'adonner à des travaux intellectuels, faire leurs classes en un mot? Cela dépend de l'âge et de l'état mental et physique du sujet. Jusque vers quatre ou cinq ans, il est inutile de forcer un enfant à travailler cérébralement : ses jeux lui suffisent; un peu plus tard seulement cette question doit être envisagée.

Il est des épileptiques chez lesquels les lésions corticales produisent un état d'arriération mentale qui rend leur intelligence défectueuse, quand elle ne l'a pas fait complètement déchoir. A ceux-là, il est inutile de demander aucun effort; il faut s'occuper exclusivement de maintenir leur santé générale en état satisfaisant et de faire disparaître leurs accès.

Il en est d'autres, par contre, dont l'intelligence est complètement conservée et qui méritent d'être traités comme les enfants du même âge, non comitiaux et à compréhension normale.

S'il est possible, l'instruction sera donnée à la maison, la crainte de crises en public déterminant parfois chez le jeune sujet une certaine timidité, une appréhension qui nuisent à ses études. D'autre part, ces crises peuvent impressionner très défavorablement les condisciples du petit malade. La nécessité de maîtres particuliers s'impose donc d'une façon générale, d'autant, je l'ai dit, que le traitement doit être suivi dans la famille, vu les soins minutieux à apporter à son administration régulière. Si les crises étaient légères et espacées, si le chef d'institution averti et acceptant — car il en est qui refusent de se charger des épileptiques pour les raisons déjà données — prenait l'engagement que le traitement serait régulièrement administré, on pourrait, les conditions sociales des parents l'exigeant, essayer parfois de l'enseignement en commun et à la rigueur de l'internat.

On permettra donc aux jeunes épileptiques de s'instruire sans les soumettre à une culture intellectuelle exagérée. Les enfants, quels qu'ils soient, s'y refusent d'ailleurs presque toujours d'eux-mêmes et le surmenage ne se montre que dans l'adolescence. Je n'ai jamais remarqué, pour ma part, que des efforts intellectuels modérés eussent agi défavorablement sur le traitement des jeunes épileptiques que j'avais à diriger, quand chez eux l'intelligence était suffisamment conservée pour qu'ils pussent en tirer bénéfice.

Les considérations précédentes s'appliquent, on le comprend, également aux adolescents et aux adultes. Il est de nombreux épileptiques, parmi ces derniers, qui font leurs affaires, dirigent une maison, remplissent des fonctions administratives à la satisfaction de tous et d'eux-mêmes, comme des individus sains : tout dépend de leur état mental. Ici encore, cependant, il y aura des cas particuliers à considérer et chez tous le médecin s'efforcera de faire éviter la fatigue intellectuelle.

VI

Toutes ces conditions d'hygiène générale, physique et morale étant connues et régulièrement observées, je rappelle qu'il est néanmoins des sujets, peu nombreux à la vérité, chez lesquels le traitement bromuré est toujours très difficilement supporté. N'existerait-il pas, cependant, en dehors de l'hygiène et des précautions déjà prises, des moyens de le leur faire tolérer et d'arriver à la dose suffisante sans laquelle il n'est point de guérison?

Je laisserai de côté les malades chez lesquels le bromure produit, avant ou après l'obtention de cette dose, des éruptions qui, par leur ténacité et leur extension, peuvent mettre un obstacle très marqué au traitement, ayant déjà, autant que possible, indiqué d'une façon précise les moyens à mettre en œuvre pour obvier à ces inconvénients.

Il en est d'autres chez qui, en dehors de toutes manifestations locales, le bromure, dès le début du traitement, occasionne aussitôt des phénomènes d'affaiblissement général, de dépression morale et physique qui les forcent presque à garder la chambre. Malgré l'apparence, ces cas sont moins défavorables que ceux auxquels je viens de faire allusion, et où il existe des accidents cutanés intolérables. En réalité, que la dose soit haute ou faible, elle agit toujours de la même façon favorable si elle est suffisante, et chez les sujets dont je parle il suffit d'une faible dose pour que celle-ci soit suffisante. C'est chez eux qu'il faudra donner d'abord de petites quantités de bromure, augmenter au besoin par demi-gramme comme chez les jeunes enfants et se tenir prêt à diminuer si l'état général se ressentait trop vivement de l'absorption du bromure. Avec un peu d'attention et de doigté on réussira généralement, je l'ai dit, à éviter les accidents généraux.

Cependant, il est un adjuvant qui, dans ces circonstances, peut faciliter la tolérance en relevant l'état général qui se déprime facilement sous l'influence du bromure : j'ai nommé l'hydrothérapie froide. On donnera tous les matins après le petit déjeuner une douche en jet brisé, à la température de 10° à 12° C., sur les parties antérieures et latérales du tronc, la colonne vertébrale, en terminant par le plein jet sur les membres inférieurs et les pieds. La tête devra être épargnée. Après la douche, le sujet fera une courte promenade un peu active, ou se remettra quelques instants dans son lit pour favoriser la réaction générale qui doit toujours s'établir.

J'arrive enfin aux cas exceptionnels, aux épileptiques qui ont pour le bromure une répugnance invincible, aux intolérants chez lesquels se montrent, pour la moindre dose absorbée par la bouche, de l'embarras gastrique et même des vomissements, de véritables indigestions.

Dans cette même classe, je placerai d'autres sujets plus exceptionnels encore qui, en somme, tolèrent le bromure à une dose paraissant suffisante et chez lesquels, dans ces conditions, les accès ne semblent être en aucune façon améliorés ou même influencés.

Lorsque les adjuvants physiques dont je viens de parler ont été mis en œuvre sans le moindre succès, faut-il désespérer et refuser pour toujours à ces malheureux malades le bénéfice d'une médication qui d'ordinaire modifie si favorablement les accès?

Je ne le crois pas, pour ma part, car il ne faut abandonner la partie que lorsque tous les moyens de traitement ont été essayés et épuisés, et j'estime que l'on pourra, dans ces cas, recourir à certain procédé de médication qui m'a parfois donné des résultats que je n'hésite pas à qualifier de très encourageants.

Je fus appelé, en avril 1899, vers onze heures du soir, près d'une jeune fille qui, quoique ayant suivi depuis plusieurs années un traitement bromuré assez rigoureux, avait eu la veille de ma visite 17 accès subintrants avec fièvre. Dans la journée où je la vis, 12 accès s'étaient déjà montrés. Il était impossible de lui faire absorber quoi que ce fût par la bouche : le coma, les dents serrées, étant presque permanent. Je prescrivis immédiatement deux lavements de 150 grammes, renfermant chacun 3 grammes de bromure associé au benzoate de soude, précédés d'un remède évacuateur et donnés dans le décubitus horizontal. J'ajoutai une injection sous-cutanée de 0 gr. 50 centigr. de caféine pour lutter contre la dépression artérielle qui était très marquée.

Sous l'influence de ce traitement, les accès disparurent, ou du moins il ne s'en montra que

deux très légers dans les vingt-quatre heures qui suivirent. Le lendemain, la patiente put s'alimenter avec du lait, du bouillon et des œufs. Sachant que d'ordinaire elle tolérait très mal le bromure par la bouche, je continuai le traitement par la voie rectale, à la dose de 5 et 6 grammes par jour. Il y a plus d'un an et demi que je la soigne : elle a eu en tout 2 accès complets dans les trois premiers mois du traitement, beaucoup moins forts que ceux qu'elle présentait antérieurement. Actuellement, elle n'a plus que de rares vertiges et je ne désespère pas du succès. J'ai essayé deux fois chez elle de reprendre le bromure à la dose de 4 et 5 grammes par la voie buccale : j'ai vu reparaître des vomissements, des vertiges et surtout une dépression générale qui m'engagèrent à reprendre immédiatement l'administration du bromure par le rectum, qui m'avait si bien réussi.

Ce qui montre bien que l'action du bromure administré de cette façon est effective, c'est que j'ai remarqué chez cette malade, et je la suis depuis un an et demi, que le médicament absorbé par cette voie donnait lieu aux mêmes phénomènes généraux que chez les sujets qui le prennent par la bouche : un peu de dépression générale la semaine de la plus forte quantité, la dose suffisante étant atteinte, de la dilatation pupillaire avec lenteur des réactions lumineuse et accommodative. A un moment donné, vers le sixième mois, cette dilatation s'accentua concurremment avec les phénomènes généraux, et les vertiges revinrent plus rapprochés. La dose de bromure était devenue un peu trop forte; de 4, 5, 6 grammes, je la fis descendre à 3, 4 et 5 grammes : l'état général redevint bon, les vertiges s'espacèrent, et c'est, je l'ai dit, la dose que la patiente prend encore aujourd'hui sans le moindre inconvénient. Le bromure qui n'était pas toléré par l'estomac est chez elle parfaitement supporté par le rectum. Son action est efficace sans adjonctions des phénomènes fâcheux qui avaient failli faire interrompre un traitement devenu désormais favorable et qui antérieurement, on l'a vu, n'avait pas su prévenir un état de mal de très grande gravité.

La technique de cette administration particulière du bromure est, en réalité, des plus simples. La dose quotidienne du médicament jugée suffisante est donnée en deux fois, par exemple. On ajoute à un lavement de 125 à 150 grammes d'eau bouillie 3, 4, 5 cuillerées à soupe de la solution bromurée représentant 3, 4, 5 grammes de bromure associé par gramme à 0 gr. 10 centigr. de benzoate de soude. Le premier lavement est donné, après un remède évacuateur, dans la position horizontale, la malade restant au lit encore une demi-heure après son administration; le second lavement est donné le soir après le coucher dans les mêmes conditions. Pour assurer leur conservation, on devra donner les lavements médicamenteux à l'aide d'une seringue spéciale munie d'un long embout en caoutchouc et d'une contenance de 125 à 150 grammes, et non avec un irrigateur.

Il résulte donc de ce que je viens d'exposer que dans les cas exceptionnels où l'on aura déjà jugé par la pratique que le bromure ne pouvait pas être efficacement toléré par l'estomac à cause des inconvénients généraux ou locaux qu'il produisait alors et qui étaient insupportables, ou ne donnait pas les effets satisfaisants qu'on est habituellement en droit d'en espérer, on pourra parfaitement, par la voie rectale, atteindre la dose suffisante et s'y maintenir avec de bons résultats.

J'ai remarqué, en outre, que parfois certains des sujets ainsi traités pouvaient sans inconvénients, au bout d'un temps variable, reprendre et tolérer par la bouche 1 ou 2 grammes de bromure, qui diminuaient d'autant la dose à absorber en lavements.

J'ai prescrit plusieurs fois cette médication particulière et j'ai toujours pu la faire bien tolérer chez des sujets qui étaient rebelles à l'absorption du bromure par la bouche. J'en ai retiré de très bons résultats. J'ai cru remarquer à ce propos que pour arriver à la dose suffisante il fallait donner 1 ou 2 grammes de bromure de plus que si on avait employé la voie buccale. Il existe à ce sujet quelques difficultés d'appréciation. Celles-ci n'ont d'ailleurs aucune importance pourvu qu'on en arrive à la dose suffisante, en considérant les phénomènes généraux et les signes fournis par les pupilles qui sont, je l'ai dit, les mêmes que ceux que l'on observe lorsque le bromure est absorbé par l'estomac.

J'ajoute, ainsi que je l'exposerai bientôt, que ce procédé d'absorption du bromure me paraît fondamental dans le traitement des états de mal, où il est souvent nécessaire d'intervenir pour parer à des éventualités parfois très graves.

On pourra peut-être s'étonner que je n'aie pas encore parlé de la thérapeutique à instituer lors des *accès isolés* ou des *accès sériés* qui constituent l'*état de mal*, ces derniers comportant par eux-mêmes un certain degré de gravité immédiate. C'est que la médication à opposer aux phénomènes paroxystiques ne vient qu'en seconde ligne dans la cure générale, la seule qui soit à prescrire contre le mal comitial. L'accès n'est qu'une explosion de ce mal qu'on ne peut arrêter lorsqu'elle est commencée. Il faut donc essayer de la prévenir. Aussi, en dehors du traitement général qui ne tend qu'à faire disparaître les accès, avons-nous indiqué une série de règles d'hygiène destinées au moins à éviter leur provocation.

Il n'en reste pas moins que l'accès une fois apparu, il est parfois nécessaire de parer à quelques éventualités qui dérivent momentanément du paroxysme lui-même.

Il ne sera pas question ici des accidents dits du petit mal, absences et vertiges, qui, par leur courte durée et l'absence de toute gravité, ne méritent aucune thérapeutique particulière. A ce sujet, je ferai remarquer que Charcot enseignait que dans tout traitement qui avait tendance à réussir ces accidents légers disparaissaient toujours les derniers. Le bromure, en effet, influence d'abord les accès complets, il en diminue l'intensité, puis le nombre. Quand les accès sont en voie de disparition, les vertiges et les absences s'espacent à leur tour, puis disparaissent dans les cas heureux. Mais il faut, pour les faire cesser définitivement, continuer le traitement à des doses parfois aussi élevées que lorsqu'il existait encore des accès. Il faudra en avertir les malades qui, voyant disparaître les crises, accidents graves, et persister dans une certaine mesure les vertiges et absences, accidents légers, pourraient se décourager en pensant que le traitement ne donne pas les résultats espérés.

Les accès d'épilepsie survenant le plus souvent d'une façon brusque, inopinée, leur brusquerie même d'apparition interdit d'établir une thérapeutique prémonitoire en dehors, bien entendu, du traitement régulièrement institué et des règles d'hygiène générale qui sont utiles à observer pour empêcher la provocation des paroxysmes dans certaines conditions déjà indiquées.

Quelquefois, cependant, les crises sont précédées d'une *aura*, mais celle-ci est rarement prolongée. Cette aura est surtout marquée dans les cas d'épilepsie partielle, mais elle n'est elle-même jamais assez longue, dans l'épilepsie commune, pour permettre une intervention efficace, au moins par le moyen de la cure générale qui reste toujours le meilleur du traitement.

Il est cependant quelques sujets dont l'accès complet est précédé parfois, un ou deux jours avant son explosion, de certaines sensations générales particulières au malade : un peu d'embarras gastrique avec inappétence, par exemple. Certains ne s'y trompent pas. On pourra alors augmenter temporairement la dose, la porter, par exemple, à celle qui est prise pendant la troisième semaine, si l'aura se montre pendant la première ou la deuxième. On veillera toutefois, à ce que cette dose ne soit pas trop élevée, son exagération pouvant produire l'intoxication et provoquer les crises que l'on veut éviter. On se basera pour ce faire sur l'état général et surtout sur les phénomènes pupillaires que j'ai indiqués. En réalité, je le répète, il y a peu de choses à faire, à moins que l'aura ne soit très prolongée, ce qui est exceptionnel.

Durant le paroxysme, il faudra surtout surveiller le sujet, l'empêcher de se blesser pendant les convulsions toniques et cloniques des deux premières périodes, le déshabiller et le maintenir sur son lit, dégrafer ses vêtements de façon à permettre à la respiration de se faire librement au commencement comme à la fin de l'attaque.

Sous ce rapport, les épileptiques que l'on sait avoir habituellement leurs accès pendant la nuit devront être l'objet d'une surveillance particulière. Au cours de la crise, ils se pelotonnent quelquefois sur eux-mêmes, s'enfoncent la tête sous l'oreiller ou les couvertures. Leurs vêtements ou leur chemise peuvent brider le cou et provoquer ainsi des phénomènes asphyxiques qui surviennent d'ailleurs physiologiquement dans une certaine mesure pendant toutes les crises épileptiques. Il en est certainement qui meurent de cette façon.

La période convulsive de l'accès dure rarement plus de quelques minutes; elle s'accompagne généralement de morsure de la langue. On pourra essayer de prévenir cette morsure, toujours douloureuse dans les jours qui suivront, en introduisant rapidement entre les mâchoires un objet à la fois mou et résistant, un fragment de bouchon taillé en biseau par exemple. Mais les convulsions générales jointes à la contracture des mâchoires empêcheront souvent son introduction. Si la morsure a eu lieu, on prescrira des lavages légèrement antiseptiques et répétés pendant le temps que la plaie mettra à se cicatriser.

On sait qu'une assez grande dépression générale, à la fois morale et physique, suit régulièrement l'accès lorsque celui-ci a été un peu fort. L'épileptique devra alors garder la chambre, cesser ses occupations, s'alimenter si possible fortement — soit par la bouche, soit à l'aide d'une sonde — avec des substances facilement assimilables : peptones liquides, consommé, marmite américaine, crèmes et lait, viandes grillées. On y ajoutera des stimulants diffusibles, thé ou café légers pour remonter la tension artérielle à ce moment toujours déprimée.

On veillera surtout, en prévision d'un second ou d'un troisième paroxysme, en particulier si l'on sait à l'avance que les accès ont une tendance habituelle à revenir en séries, à ce que le bromure ne soit en aucune façon interrompu, même pendant la crise si possible.

On n'ignore pas, en effet, que, tout au moins au début du traitement, les accès sont assez souvent sériés chez les épileptiques. Il peut en survenir 2 ou 3 dans la même journée, ou bien le même nombre se répartit sur une période de deux ou trois jours consécutifs. Ce sont, d'ailleurs, les plus difficiles à faire disparaître.

Dans ces cas, il faut prévoir et craindre l'apparition beaucoup plus grave d'un *état de mal*, c'est-à-dire d'une série d'accès très rapprochés, subintrants pour ainsi dire, parfois très nombreux, s'accompagnant souvent d'élévation de la température, ainsi que l'a démontré M. Bourneville, et qui peuvent dans certains cas mettre la vie du malade en danger. Par leur acuité, leur nombre et leur continuité, ils exagèrent considérablement, nous le savons, la pression artérielle et peuvent déterminer la rupture d'un vaisseau encéphalique, produisant ainsi une hémorrhagie cérébrale.

Si l'on n'a pu prévenir l'état de mal, je crois que le meilleur traitement à mettre en œuvre lorsqu'il existe, pour l'enrayer et le rendre moins dangereux, est de recourir aux lavements bromurés.

Pour établir la quantité de sel à prescrire, il faudra se baser sur la dose la plus forte habi-

tuellement absorbée par le sujet la troisième semaine du traitement, et si cette dose est largement tolérée, sans trop de craintes d'intoxication l'augmenter pendant la durée de l'état de mal, qui dépasse rarement à l'état aigu plus de deux ou trois jours, de 2 ou 3 grammes dans les vingt-quatre heures. On agira surtout ainsi si l'on pense avec nous que la dose donnée en lavements, pour produire des effets égaux, doit être un peu plus élevée que celle qui est ordinairement prescrite par la bouche. On pourra, d'ailleurs, reprendre le médicament par la voie buccale dans l'intervalle des séries d'accès. Mais bien souvent le sujet, dans ces intervalles, reste très affaissé, presque dans le coma, refuse même de prendre quelque alimentation, à plus forte raison du bromure: la voie rectale reste donc seule ouverte. A ce sujet, on pourra prescrire, outre les lavements bromurés, des lavements alimentaires, ou nourrir le malade à la sonde avec du lait, du bouillon concentré, des œufs battus dans du bouillon. Il importe au premier chef de relever les forces quand l'état de mal tend à persister.

Si les phénomènes asphyxiques étaient très marqués, on ferait respirer de l'oxygène, on pratiquerait la respiration artificielle, des tractions rythmées de la langue et une ou deux injections sous-cutanées d'éther de 1 c.c. chacune. On n'oubliera pas non plus qu'après les états de mal il existe souvent une forte dépression physique qui s'accompagne de dépression artérielle. On pourra alors employer les injections de citrate de caféine au nombre de une ou deux dans les vingt-quatre heures et à la dose de 0 gr. 50 centigr. Il ne faut pas faire ces injections dans les périodes intercalaires qui parfois séparent les séries d'accès, car on ne ferait qu'exalter la pression qui est alors encore très exagérée, mais uniquement lorsqu'on jugera que l'état de mal est terminé.

J'ai supposé jusqu'à présent qu'on savait, au moins approximativement, quelle dose de bromure prenait ou tolérait d'habitude le malade avant l'apparition de l'état de mal. Il est des cas où l'on est appelé d'urgence, pour la première fois, et où l'on se trouve privé de renseignements à ce sujet. L'épilepsie a pu débuter subitement par un état de mal, ou encore le sujet ne prenait que très irrégulièrement du bromure. On se basera sur le nombre et l'intensité des accès sériés, sur l'âge du patient, sur l'état de la température, pour agir à doses plus ou moins élevées en se rappelant, toutefois, qu'il ne faut pas aller jusqu'à l'intoxication, sur laquelle l'état des pupilles pourra d'ailleurs fournir des renseignements circonstanciés, en réalité un peu tardifs dans ces conditions. On comprend qu'il est difficile de donner des indications générales pour tous ces cas particuliers.

Il est encore d'autres manifestations qui marchent de pair avec les crises ou les remplacent. Chez certains épileptiques, en effet, l'affection se juge surtout par du délire, de l'automatisme ambulatoire, des impulsions irrésistibles. Mon intention n'est pas ici de les décrire, pas plus que je ne l'ai fait pour les accès et les phénomènes du petit mal. Elles appartiennent plutôt au domaine de l'aliénation mentale qu'à celui de la pathologie nerveuse proprement dite. Le médecin instruit, qui a la prétention de soigner les épileptiques, doit cependant bien les connaître et savoir leur opposer une thérapeutique appropriée. J'estime, d'ailleurs, qu'en dehors des précautions à prendre contre ces malades qui, parfois, peuvent être dangereux pour eux-mêmes et pour les autres, ces manifestations, dans la majorité des cas, exigent le traitement par le bromure, ordonné sur les mêmes bases que dans l'épilepsie à accès.

VII

Ceci dit, après avoir exposé comment il faut procéder pour en arriver à établir et à faire tolérer la dose de bromure qui suffit pour éloigner d'abord, pour faire disparaître ensuite les accès sans trop nuire à l'économie générale des sujets et les empêcher de vaquer à leurs occupations habituelles; après avoir signalé les moyens adjuvants qui peuvent servir à faire tolérer le traitement dans les cas difficiles, et indiqué comment il faut agir chez les sujets où l'intolérance est exceptionnelle, sous quelque forme qu'elle se présente, je suppose que les accès, les vertiges et les absences aient complètement disparu. Que faut-il faire alors?

Supprimer le traitement? En aucune façon. Il est certain qu'un paroxysme ne tarderait pas à reparaître et alors tout serait à recommencer. On continuera tout simplement à surveiller le traitement et à faire tolérer au malade dans les meilleures conditions la dose suffisante de bromure. On se basera, puisqu'il n'existe plus ni crise ni petit mal, sur l'état général et surtout aussi sur les signes fournis par l'état des pupilles, qui seront d'une très grande importance en l'espèce.

A ce propos, je dois faire remarquer que la dose jusqu'ici suffisante aura certainement besoin d'être un peu augmentée pendant cette période où il n'existe plus d'accidents, où la maladie est étale, pour ainsi dire. L'organisme s'habitue au bromure, il faut toujours craindre la venue d'un nouvel accès qui serait désastreux. Je dois répéter, d'ailleurs, que cette augmentation n'est jamais de grosse importance, 1 ou 2 grammes, 3 au maximum à dater du moment où s'est montrée la dernière attaque, jusqu'au jour où l'on décidera de commencer à diminuer la dose pour en arriver à la cessation du bromure.

Quand faut-il commencer cette diminution? J'ai pour règle presque absolue de n'abaisser la dose suffisante de bromure qu'un an après la disparition de la dernière manifestation du mal comitial quelle qu'elle ait été : état de mal, accès, absence ou vertige. Peut-être pourrait-on commencer vers le huitième ou le dixième mois si avant et pendant le traitement les crises avaient été légères et espacées; chaque cas, à ce sujet, mérite une appréciation particulière. On n'a aucun intérêt à aller trop vite; il faut à tout prix éviter le retour d'un accident, si petit qu'il soit.

Je dois dire, d'ailleurs, qu'à cette époque le traitement est généralement très bien supporté. En considérant la moyenne, on voit que le jour où s'est montré le dernier accident les malades prenaient déjà du bromure depuis dix à quinze mois, quelquefois moins, quelquefois plus. Ils se sont habitués au médicament et le tolèrent. On a pu remédier facilement aux accidents généraux dès le début du traitement, en procédant lentement dans l'établissement de la dose suffisante. Quant aux accidents locaux, ils sont ordinairement précoces et ce n'est pas à cette période qu'ils se montreront s'ils n'ont pas déjà fait leur apparition et entravé, dans des limites plus ou moins étendues, le traitement.

On dira tout cela aux malades, surtout à ceux qui ont une hâte marquée de cesser la cure : ce sera un bon encouragement pour eux à la continuer pendant le temps que le médecin seul pourra juger suffisant, sans défaillances qui compromettraient tout le succès d'un traitement déjà si prolongé.

Lorsque dans ces conditions les accidents quels qu'ils soient n'ont pas reparu depuis une année, on sera en droit de diminuer la dose. On en est alors vers la deuxième année de la cure. Les accès ont mis dix à douze mois à disparaître, quelquefois plus, quelquefois moins, on s'en est tenu pendant un an à la dose suffisante et pendant cette période il n'est survenu aucune manifestation du mal.

Quelles règles à suivre pour opérer cette diminution qui doit conduire à la suppression définitive du bromure? D'abord la diminution doit être progressive comme l'élévation a été croissante pour obtenir l'établissement de la dose suffisante. On se basera sur celle-ci, sur la quantité de bromure absorbée la troisième semaine un an après la disparition du dernier accident, et l'on diminuera de 1 gramme par chaque période de trois semaines ultérieures.

Si, par exemple, la dose de bromure est de 6, 7, 8 grammes, la diminution progressive devra porter sur huit périodes de trois semaines, soit environ six mois. On donnera donc 5, 6, 7 grammes pendant la première période de trois semaines de la diminution. On se rappellera que chez les femmes qui avaient surtout leurs crises au moment des règles, la période devra être de quatre semaines comme au moment du traitement où était maintenue de cette façon la dose suffisante. D'une façon générale, afin de parer à toute éventualité, je continue pendant la deuxième période de la diminution la même dose que pendant la première : le sujet y prendra donc encore 5, 6 et 7 grammes de bromure.

Le malade sera observé de très près afin de noter très exactement si une absence, un vertige ne viendraient pas à apparaître, auquel cas il faudrait reprendre le traitement. Cela se voit surtout chez les sujets à accès très espacés qui, je l'ai dit, réclament un traitement aussi sévère que les cas moyens.

Puis on diminuera encore de 1 gramme lors de la deuxième ou mieux de la troisième période, puisque j'ai dit qu'il était préférable de ne diminuer que de 1 gramme en six semaines. Le sujet prendra donc 4, 5 et 6 grammes, puis 3, 4 et 5 grammes.

La dose de bromure absorbée devient dès lors relativement minime comparativement à celle que l'on donnait quelques mois auparavant.

Aussi dois-je faire ici une remarque : c'est parfois le malade qui demande à aller moins vite dans la diminution progressivement décroissante. Il tolère très facilement la dose actuelle qui va, d'ailleurs, en diminuant toutes les trois semaines. Il a appris à avoir confiance dans le bromure qui a d'abord espacé les crises, puis les a fait disparaître. Il éprouve une certaine hésitation à se séparer du médicament, de peur de voir reparaître les accès dont il gardera toute sa vie le terrifiant souvenir.

J'en connais qui, pendant plusieurs mois après la suppression définitive du bromure, ont continué à en prendre à faibles doses, à mon insu, et ne m'ont révélé que plus tard cette petite supercherie qui n'avait d'ailleurs aucune importance. Les uns avaient persisté à en absorber 1 ou 2 grammes par jour, d'autres 1 gramme tous les deux jours, d'autres 1 ou 2 grammes deux fois par semaine. On pourra, si l'on veut, procéder ainsi par quelques interruptions et reprises successives avant de supprimer les 2 derniers grammes.

En résumé, la durée du traitement par le bromure d'un cas moyen qui marche progressivement vers la guérison sans trop d'inconvénients sera environ de deux ans et demi à trois ans : on comptera dix à quinze mois pour en arriver à la suppression des accidents, un an de période étale et six mois de diminution progressive.

Je donne ici les résultats de mon expérience personnelle au sujet d'un traitement qui, je l'ai dit, est toujours rendu varié, quoique restant au fond le même, de par les conditions individuelles. Je ne parle, bien entendu, que des cas favorablement influencés, car malheureusement il en est qui sont rebelles au traitement pour les diverses raisons d'ordre général ou local que j'ai déjà exposées. Je considère cependant ces cas comme exceptionnels, comme beaucoup moins nombreux qu'on a pu le dire. C'est dans ces circonstances que trouvent très fructueusement à s'exercer les qualités du médecin qui a appris à bien connaître la thérapeutique à opposer à l'épilepsie, s'y exerce tous les jours — car ce n'est pas une maladie rare à rencontrer —, en sait tous les détours et lui oppose tous les adjuvants qu'il possède dans les cas difficiles ou exceptionnels.

Gilles de la Tourette.
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital de la Pitié. — M. le professeur JACCOUD.

L'érythème scarlatiniforme.

Le malade dont je veux vous entretenir est couché au n° 17 de notre salle Jenner, où il est entré le 31 janvier. C'est un homme de quarante-six ans, garçon de cuisine, qui, soit dit en passant, a quelque peu abusé des boissons alcooliques.

Son histoire a été instructive dès le début. Il s'est fait recevoir dans notre service parce que, depuis une huitaine de jours au moins, il était grippé et avait été pris de courbature, de malaise général, avec enchifrènement; depuis trois jours il se trouvait plus malade : la toux était devenue fréquente, et il éprouvait de l'oppression, avec un point de côté à gauche. Ces renseignements étaient de nature à nous faire supposer, le jour de l'entrée, qu'il existait une localisation de la grippe sur le côté gauche de la poitrine. En effet, l'examen montrait, à la base gauche, des signes de congestion pleuro-pulmonaire : submatité, diminution des vibrations, souffle (non pas souffle bronchique pur, mais souffle un peu aigre), avec retentissement un peu aigre de la voix. Le soir de ce même jour, la température ne dépassait pas 37°6.

Quand nous voyons le patient le lendemain matin, nous constatons chez lui une teinte rouge écarlate de tout le corps. Sauf la face et le cou, toute la surface cutanée présente une rougeur vive, framboisée, s'effaçant un instant sous la pression, et gardant un moment l'empreinte blanche de la main. Cette rougeur s'est produite du soir au matin, et son apparition a été accompagnée de démangeaisons assez vives. Du reste, cette éruption a été marquée par un léger mouvement fébrile, mais dont l'action n'a pas été bien puissante, puisque la température ne dépasse pas 38°2, chez un homme atteint de grippe depuis huit jours avec congestion pleuro-pulmonaire.

A côté de cela, le malade ne se plaint nullement de la gorge. Il n'a jamais présenté d'albuminurie, jamais d'enflure, de bouffissure de la face.

Qu'était-ce que cette éruption, remarquable par ses caractères, sa rapidité de production et de diffusion ?

Il faut que vous sachiez bien que la grippe est capable de donner lieu à des déterminations cutanées, comme à tant d'autres localisations, et que les éruptions grippales affectent dans la grande majorité des cas le caractère scarlatiniforme, épithète qui convient parfaitement à l'érythème que présente ce malade. Plus rarement, elles prennent l'aspect rubéoliforme; enfin, elles peuvent offrir un caractère mixte, scarlatiniforme sur certains points, morbilliforme sur d'autres. Voilà, en deux mots, ce qu'il en est, objectivement, des déterminations cutanées de la grippe. Par parenthèse, leur fréquence varie suivant les épidémies : au cours de la grande épidémie de 1889-90, ces déterminations cutanées étaient très fréquentes, et nombre de discussions furent provoquées par la nécessité de déterminer s'il s'agissait de grippe ou de scarlatine, diagnostic souvent délicat et dont je n'ai pas besoin de souligner ici l'importance, notamment au point de vue de l'isolement. Dans l'épidémie actuelle, les exanthèmes ne paraissent pas très fréquents.

Notre malade ayant une grippe assez sérieuse, la première idée qui vint à l'esprit était qu'il s'agissait d'une détermination cutanée de sa grippe. Toutefois on ne pouvait guère s'arrêter à cette hypothèse, à moins d'admettre une exception unique à la règle suivante : les déterminations cutanées de la grippe sont précoces, initiales. De là précisément les difficultés si grandes du diagnostic, lorsque ces déterminations sont très marquées. Elles apparaissent après vingt-quatre ou trente-six heures de maladie, avant toute localisation viscérale. Ici, c'était l'inverse. Il était donc impossible de maintenir ce diagnostic.

Tout en ayant la grippe avec une congestion pleuro-pulmonaire, on peut avoir la scarlatine. Mais ce n'était certainement pas le cas. L'état général n'avait subi aucun changement; l'élévation de la température depuis la veille était beaucoup trop faible; il n'y avait pas trace de mal de gorge; enfin, l'éruption scarlatineuse ne donne pas de démangeaisons dès le début. On pouvait donc exclure la scarlatine.

Il est une autre maladie, qui peut être primitive ou secondaire, et dont les caractères cadrent tout à fait avec ce qui s'était passé ici : c'est l'érythème scarlatiniforme, ainsi nommé simplement pour rappeler les caractères objectifs de l'éruption, qui, en effet, est absolument semblable à celle de la scarlatine; c'est la même rougeur vive à diffusion uniformément généralisée, sauf parfois à la face et au cou.

C'était évidemment à ce diagnostic qu'il convenait de s'arrêter, vu la date du début de la maladie et l'absence de certains symptômes que nous avons énumérés plus haut. Il s'agissait donc d'un érythème scarlatiniforme. Est-ce là une maladie rare? Non, car le cas actuel est le cinquième que j'observe depuis 1891. Le premier se rapportait à une jeune domestique de dix-sept ans, le second (1893) à un cordonnier de cinquante-quatre ans, le troisième (1894) à un journalier de trente-cinq ans, le quatrième (1895) à un égoutier de trente-huit ans. Si j'ai observé cinq cas d'érythème scarlatiniforme pendant cette période et dans mon seul service, cela montre assez qu'il ne s'agit pas d'une maladie rare.

Il est essentiel de bien connaître cette affection pour éviter une erreur très préjudiciable, car on est toujours exposé à la confondre avec la scarlatine. Les symptômes ne sont pas les mêmes, me direz-vous, mais la similitude est quelquefois plus étroite qu'ici, où l'erreur était difficile à commettre; et ce diagnostic est des plus importants au point de vue de l'isolement, de la désinfection et du pronostic, car l'érythème scarlatiniforme est toujours bénin : il guérit constamment. Il faut donc être familiarisé avec son histoire clinique.

Il y a bien des variétés dans le mode suivant lequel s'établit cet érythème. Il peut être le phénomène primitif : la rougeur est alors la première manifestation de la maladie. Les cas de ce genre sont les plus aisés à distinguer. Presque toujours, l'éruption est précédée de démangeaisons. Notre malade est atteint pour la troisième fois : à chaque reprise, le prurit a annoncé l'exanthème. Aussi, lorsque, dans la nuit qui a suivi son entrée, il a senti ces démangeaisons, il savait qu'il serait rouge le lendemain. Voilà le mode de début le plus simple; il ne s'accompagne pas d'altérations de la santé.

Mais quelquefois la période d'invasion rappelle celle des fièvres éruptives; des symptômes généraux précèdent l'exanthème. On observe alors de la courbature, de la fièvre, celle-ci pouvant atteindre 38°5, comme chez un de mes malades, et même plus. La durée de cette période précédant l'érythème, qui, en général, ne dépasse pas vingt quatre à quarante-huit heures, peut s'étendre à trois jours; chez les enfants, elle est même parfois plus longue; mais jamais on n'observe l'état grave d'emblée qui marque la période d'invasion de la scarlatine; il n'y a pas non plus de vomissements.

La ressemblance est quelquefois plus grande et le malade a mal à la gorge. Vous ne pouvez alors faire le diagnostic que par le contraste qui existe entre l'état général demeuré satisfaisant et les symptômes objectifs. Au moment où l'éruption va apparaître, les démangeaisons qui la précèdent facilitent la tâche.

Il est extrêmement rare que l'éruption débute par la face et les côtés du cou : cette localisation première n'est mentionnée que dans une ou deux observations.

D'autre part, il peut se montrer encore une similitude étonnante entre l'érythème scarlatiniforme et la scarlatine vraie, l'albuminurie sans retentissement sur l'état général ayant été signalée dans la première de ces affections. Au cours d'un des cas que j'ai observés et qui débuta par l'éruption sans phénomènes généraux, le malade présenta, aussitôt après l'apparition de l'exanthème, une albuminurie qui s'éleva jusqu'à 13 grammes par litre et disparut après la desquamation. L'albuminurie est relatée dans bon nombre d'observations. Elle n'est pas précoce : elle n'apparaît que lorsque l'exanthème est bien établi. Elle n'a aucune gravité, alors même qu'elle s'accompagne d'œdème et de bouffissure de la face. Mais l'œdème des jambes et la bouffissure de la face peuvent exister sans albuminurie, comme chez un autre de mes malades. Dans ce dernier cas, l'affection débuta par de la fièvre, de la céphalalgie, de la courbature, puis survinrent l'enflure des jambes et la bouffissure de la face; la rougeur ne se montra que trois jours après; il n'y eut jamais d'albuminurie. Aussi, quand les deux symptômes, œdème et albuminurie, existent concurremment, ne faut-il pas établir nécessairement entre eux une relation pathogénique. Il existe d'ailleurs, dans la littérature médicale, d'autres preuves de leur indépendance.

Lorsque la maladie débute par la fièvre et par quelques symptômes généraux, il est de règle que ceux-ci prennent fin dès l'apparition de la rougeur. Dans la scarlatine, au contraire, ils subissent alors une recrudescence.

Voici maintenant quelques particularités fort intéressantes à divers points de vue :

Quand la rougeur est sur le point de prendre fin, la disparition en est toujours signalée par la desquamation. D'où le nom « d'érythème scarlatiniforme desquamant ». Cette desquamation n'a pas les mêmes caractères sur les diverses parties du corps : vous avez pu le voir chez notre malade. Furfuracée sur les membres supérieurs, le tronc, les membres inférieurs (les mains et les pieds exceptés), elle se fait par très petits lambeaux dans la région dorsale. A l'état de vraie poussière sur la face, quand celle-ci est prise, elle lui donne, en sa diffusion, l'aspect du visage de Pierrot, suivant la comparaison de M. Brocq. Plusieurs de mes malades ont présenté cet aspect. On croirait que le sujet s'est poudré le visage. En revanche, aux mains et aux pieds, la desquamation se fait par lambeaux énormes, au moins aussi grands que dans la scarlatine. C'est ce que vous avez vu chez notre patient. Pour compléter la similitude, on peut observer la chute des cheveux et des ongles, éventualité très ennuyeuse, particulièrement chez les femmes, mais sans aucune gravité. La durée de la desquamation est toujours longue et atteint quinze jours au moins, quelquefois beaucoup plus.

Quant à la durée totale de la maladie, elle est extrêmement variable. J'ai noté deux fois (dans le cas actuel et dans un cas antérieur) une durée minima de quinze jours, moins la desquamation. Mon cas de 1891 a duré quatre mois, avec la desquamation; celui de 1893, six mois, desquamation comprise. M. Bondet a observé, en 1886, un érythème ayant duré neuf mois, y compris la desquamation. Dans ces faits prolongés, la rougeur subit des oscillations d'intensité, mais sans jamais s'effacer.

Dans l'immense majorité des cas, l'éruption reste pure, en ce sens que, sur toutes les parties atteintes, elle offre le même caractère scarlatiniforme. Quelquefois cependant l'éruption fondamentale est associée à quelques autres modalités éruptives, par exemple à des papules. Une femme de vingt-cinq ans, observée par Behrend en 1877, présentait une éruption polymorphe, presque partout scarlatiniforme, mais en quelques points caractérisée par des vésicules miliaires ou même des papules. Kühn a relaté en 1880 le cas d'une femme de trente ans atteinte d'érythème scarlatiniforme associé à de l'herpès de la face interne des petites lèvres; au cours d'une autre atteinte, l'érythème co-

exista avec une angine herpétique. Dans un cas de M. Brocq, il existait un peu de miliaire en même temps que l'érythème. Dans celui de M. Bondet, il y avait de la miliaire, des ecchymoses aux jambes, de l'œdème du scrotum et du prépuce avec albuminurie. Vous voyez donc que l'éruption peut présenter des variétés intéressantes.

Un autre point important est celui des récidives. Elles sont dans l'essence même de cette affection, d'où une des dénominations de la maladie : « érythème scarlatiniforme récidivant ». La récidive est la règle. Notre malade en est à sa troisième atteinte. La première est survenue il y a quelques années, et a été soignée à l'hôpital. Pour la seconde, le patient est resté chez lui. Ces deux premiers érythèmes ont duré moins de temps que l'atteinte actuelle. La malade de Pierret avait eu trois récidives, et elle n'était âgée que de vingt-trois ans. Il y a quelques années, MM. Rocquillon et Gougelet ont observé cinq récidives en cinq ans chez une jeune fille de vingt-sept ans. Un garçon de dix-sept ans, soigné par M. Besnier, avait eu cinq atteintes en deux ans et demi. Le nom d'érythème récidivant est donc bien mérité. Un des caractères fréquents de ces récidives est de survenir dans la même saison. M. Besnier a vu un homme de trente-trois ans atteint de sept récidives en sept ans, toutes revenant au printemps.

Quant à l'étiologie de cette affection, c'est un point sur lequel nous savons peu de chose. La maladie est certainement plus fréquente chez l'homme. Elle offre un certain rapport avec les saisons. Pour moi, c'est une maladie d'hiver; les sujets que j'ai observés ont été pris le premier en novembre, le second en février, le troisième en janvier, le quatrième en décembre, le cinquième en janvier; ces cas s'échelonnent donc de novembre à février. M. Besnier penche pour le printemps, d'après le cas que je viens de citer. MM. Rocquillon et Gougelet ont attribué une influence aux émotions : chez leur malade, chaque récidive succéda à une vive émotion. A part cela, nous ne savons rien de précis. MM. Besnier et Brocq déclarent, eux aussi, que l'étiologie est obscure. Il faut cependant mettre à part toute une catégorie de causes, les causes médicamenteuses. L'absorption de bon nombre de médicaments, chez certains individus prédisposés, peut amener l'érythème scarlatiniforme, avec la totalité de ses caractères et de son évolution. Je ne vous citerai que ceux dont l'action est démontrée par des observations probantes :

Dans un cas de Spitz (1887), une éruption scarlatiniforme survint au bout d'une semaine de traitement par l'antipyrine, au cours duquel 9 grammes de ce médicament furent absorbés. Il n'est donc pas nécessaire que de fortes doses aient été atteintes. Dans un fait de Haka, il suffit d'une seule prise de 2 grammes. Dans un autre de M. Brocq, l'érythème resta partiel. Je signalerai encore la naphtaline (5 gr. 20 centigrammes en deux jours, dans une observation de Préobrajenski); le cubèbe, dans un cas de Skibniewsky; l'ingestion de 2 gr. 50 centigr. de ce dernier médicament amena un érythème scarlatiniforme avec une température initiale de 40°; l'éruption ne fut pas de très longue durée; lorsqu'elle eut pris fin, on administra de nouveau du cubèbe : les phénomènes éruptifs se reproduisirent. Le même auteur a observé, après l'administration d'une dose de 5 grammes de salicylate de soude, un érythème analogue, à début fébrile (39°1). Ces accidents cutanés surviennent encore à la suite de frictions mercurielles (Besnier), d'injections sous-cutanées de calomel. Lesser (1888) vit apparaître un érythème scarlatiniforme onze heures après une injection de 0 gr. 06 centigr. de calomel dans de l'huile; le sublimé est incriminé dans une observation de de Molènes, chez un blennorrhagique qui n'avait pris ni cubèbe, ni copahu.

On sait depuis longtemps que l'iodure de potassium est capable de donner lieu à des complications cutanées. M. Besnier (1890) a signalé, entre autres, l'érythème scarlatiniforme.

L'injection sous-cutanée d'extrait de seigle ergoté, l'administration de l'arsenic (témoin une observation de Morrow) ont parfois les mêmes conséquences. J'ajouterai encore à la liste précédente la quinine, soit prise comme médicament, soit maniée par les ouvriers employés à sa fabrication.

Si vous envisagez d'une part l'usage extrêmement fréquent de la plupart de ces médicaments, et, d'autre part, la rareté relative de l'érythème scarlatiniforme, vous comprendrez qu'il faut avant tout, pour qu'il se produise, une certaine idiosyncrasie. Mais le médecin a les mains liées pour intervenir avec un de ces médicaments chez un individu qui a déjà été atteint d'érythème scarlatiniforme, et, en tous cas, s'il y avait urgence à employer une de ces substances il faudrait prévenir l'intéressé.

Le traitement de l'érythème scarlatiniforme est fort simple. Le malade sera mis au lait pendant quelques jours. Durant la desquamation, il reviendra progressivement à l'alimentation ordinaire. Il faudra l'encourager à prendre patience, la durée de la maladie étant quelquefois très longue.

TRAVAUX ORIGINAUX

Recherches expérimentales sur la phlébite des tuberculeux.

A toutes les périodes de l'évolution de la tuberculose pulmonaire, on peut voir apparaître une série de complications dues à la localisation du bacille de Koch en un point quelconque de l'organisme (méninges, péritoine, rein, plèvre, etc.). On sait que l'appareil cardio-vasculaire peut être également atteint et que si l'endocarde est parfois touché, comme le prouvent un certain nombre de faits rapportés ces dernières années (1), il peut en être de même pour les veines; c'est à cette pathogénie que nous voulons attribuer l'origine de quelques phlébites survenant chez des tuberculeux.

Les altérations veineuses chez ces malades se présentent à deux périodes de la maladie. Tantôt, en effet, il s'agit de phlébites précoces, tantôt, au contraire, la phlébite est une complication tardive : c'est la phlébite cachectique.

La phlébite précoce, décrite par M. Hirtz (2), serait, d'après lui, de nature tuberculeuse; elle peut être le premier symptôme de l'affection, ou tout au moins se présenter au début d'une tuberculose pulmonaire silencieuse jusque-là; il est malheureusement impossible de démontrer histologiquement ou expérimentalement sa nature, car elle disparaît rapidement.

La phlébite tardive ou phlébite cachectique est beaucoup plus fréquente; elle survient à la période terminale de la tuberculose pulmonaire et on s'accorde à la considérer comme relevant d'une infection de la paroi veineuse, infection secondaire dont le point de départ serait au niveau des lésions pulmonaires. Cependant, on peut se demander si, en dehors des germes vulgaires universellement admis comme agents pathogènes des phlébites cachectiques, le bacille de Koch ne peut pas, au moins dans un certain nombre de cas, réaliser à lui seul cette complication.

En parcourant ce qui a été publié sur ce sujet, nous voyons que ce n'est qu'exceptionnellement qu'on a signalé la présence du bacille de Koch au niveau d'une veine thrombosée (observations de MM. Chantemesse et Widal, de M. Vaquez, de MM. Sabrazès et Mongour), abstraction faite, bien entendu, des cas de tuberculose aiguë où le bacille de Koch peut être décelé facilement dans le sang. Aussi avons-nous cherché à préciser quel pouvait être le rôle du bacille de Koch ou des infections secondaires dans ces phlébites des tuberculeux, en nous adressant à l'examen direct, aux inoculations et aux cultures pour déceler la présence de microbes encore vivants.

I

En matière de tuberculose, l'on sait combien la première de ces méthodes d'investigation est décevante et combien de lésions dont la nature tuberculeuse est certaine au point de vue histologique ne renferment que peu de bacilles (lupus, érythème induré, etc.); il ne faut donc pas compter pratiquement sur l'examen direct pour affirmer qu'une lésion est ou n'est pas de nature tuberculeuse. Pour les phlébites, la preuve est encore plus difficile à établir, car le microscope ne révèle ni bacilles de Koch, ni follicules tuberculeux; aussi, après avoir fait des coupes en séries de six phlébites de tuberculeux arrivés à la période de cachexie, sans avoir pu déceler par l'examen microscopique la présence d'aucun germe dans le caillot ou les tuniques du vaisseau, avons-nous eu recours au procédé si précieux en matière de tuberculose, à l'inoculation au cobaye.

Trois veines thrombosées provenant de trois tuberculeux, dont l'examen bactériologique et histologique ne nous a, par la suite, donné aucun renseignement, ont été inoculées au cobaye, et ces trois expériences, les seules que nous ayons faites, nous ont fourni toutes trois des résultats positifs.

Les pièces que nous avons recueillies provenaient de malades morts dans le service de notre maître M. le docteur Chauffard, à l'hôpital Cochin. L'observation clinique de ces sujets est à peu près identique dans les trois cas : il s'agissait de tuberculeux avec grosses lésions cavitaires des sommets, qui eurent dans les deux derniers mois de leur vie des phlébites localisées aux membres inférieurs et dont l'évolution fut absolument classique. Chez ces malades, l'examen nécropsique nous a permis de vérifier l'authenticité des lésions pulmonaires et de constater que dans les trois cas le siège de la phlébite était beaucoup plus étendu que nous ne l'avions supposé du vivant du malade : chez deux d'entre eux, en effet, l'oblitération veineuse, étendue sur presque tout le trajet de la fémorale, remontait très haut dans la cavité abdominale, jusqu'à la bifurcation de l'iliaque primitive.

Les tronçons veineux qui ont servi aux examens et aux inoculations ont été enlevés quelques heures après la mort, entre deux ligatures; sur chaque sujet, nous avons pris différentes régions de la veine thrombosée qui ont été examinées histologiquement et inoculées; enfin nous avons fait des cultures en bouillon et sur gélose du contenu de la veine et de ses parois; toutes sont restées stériles.

Les inoculations ont été pratiquées de la façon suivante : après avoir été retiré aseptiquement entre deux ligatures, comme nous venons de le dire, le tronçon veineux a été placé dans une boîte de Petri stérilisée, puis, avec des pinces et des ciseaux flambés, nous avons haché aussi finement que possible ces différentes portions de veines; c'est le vaisseau ainsi divisé et le liquide qui s'en est écoulé que nous avons inoculés après incision ou laparotomie sous la peau ou dans le péritoine de cobayes; pour chaque cas, nous avons inoculé deux cobayes, un sous la peau et l'autre dans le péritoine; aucun n'est mort d'accident septique immédiat : tous les six sont morts dans des délais variables de tuberculose expérimentale.

Dans le premier cas, les deux cobayes meurent l'un quatre et l'autre six semaines après l'inoculation : des bacilles de Koch sont constatés dans la rate de ces deux animaux et un troisième cobaye réinoculé avec la rate du second meurt trois semaines après de tuberculose généralisée.

(1) Etienne. Endocardite dans la tuberculose et en particulier des endocardites à bacille de Koch. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janvier 1898.)

(2) Hirtz. Phlébite précoce des tuberculeux. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 8 juin 1894, et *Semaine Médicale*, 1894, p. 274.)

De même, dans le second cas, les cobayes inoculés meurent dans les mêmes délais; celui qui avait reçu une injection sous-cutanée présente quinze jours après l'inoculation un chancre et une adénite caractéristiques, mais l'ulcération, au lieu de se cicatriser, se recouvre de croûtes qui se superposent et finissent par former au bout de six semaines une tumeur largement implantée sur la paroi abdominale, grosse comme un œuf de poule et présentant absolument l'aspect d'une tuberculose crustacée; ce cobaye mourut très amaigri huit semaines après l'inoculation, avec des lésions de tuberculose généralisée.

Enfin, dans notre troisième cas, mêmes résultats; les animaux périssent dans l'espace de six semaines de tuberculose généralisée vérifiée par la constatation de bacilles de Koch dans la rate et par l'inoculation d'une portion de ce viscère à un nouveau cobaye qui meurt tuberculeux quatre semaines plus tard.

Ainsi donc, ces trois observations sont superposables à tous les points de vue :

Cliniquement, il s'agit de phlébites survenant à la période cachectique de la tuberculose pulmonaire et persistant jusqu'à la mort, à début lent et progressif, à évolution silencieuse, à symptômes atténués, peu douloureuses.

Anatomiquement, ce sont des phlébites généralement très étendues, remontant souvent dans la cavité abdominale, mais qui cependant n'arrivent pas à être bilatérales, car les lésions, bien que progressives, vont très lentement et la mort du malade interrompt leur évolution; elles sont donc bien différentes de certaines phlébites qui, elles aussi, peuvent être très étendues, mais qui, évoluant plus rapidement, passent facilement d'un côté à l'autre.

Histologiquement, nous n'avons observé que les lésions banales des phlébites infectieuses ordinaires, sans aucun foyer de lésions tuberculeuses, fait du reste signalé dans les phlébites tuberculeuses.

Bactériologiquement, nous n'avons pu, sur des coupes en série, déceler la présence du bacille de Koch, mais, d'autre part, nous n'avons jamais rencontré aucun autre agent pathogène; les cultures d'ailleurs ne nous ont donné aucun résultat.

Expérimentalement, enfin, les veines, *prélevées aseptiquement, quelques heures après la mort*, et réduites en fines particules ainsi que le caillot qu'elles contenaient, ont été inoculées au cobaye sous la peau et dans le péritoine : trois fois, sur les trois cas expérimentés, les animaux sont morts rapidement de tuberculose généralisée. Ces inoculations nous révèlent ainsi la présence, au niveau de la veine thrombosée, du bacille de Koch virulent; en admettant même l'existence, non démontrée, d'un autre agent pathogène, aucun de nos animaux n'a présenté d'accidents infectieux (abcès, péritonite) témoignant de la virulence de cet agent.

En somme, certaines phlébites cachectiques des tuberculeux renferment des bacilles de Koch qui ne peuvent être mis en évidence que par l'inoculation au cobaye. Quel rôle ces bacilles jouent-t-ils dans la pathogénie de ces phlébites? Sont-ils capables, comme certaines autres espèces microbiennes, de produire ces altérations veineuses? L'expérimentation va encore résoudre ces questions.

II

Après avoir découvert, avec l'antisepsie la plus rigoureuse, la veine saphène interne du cobaye, nous avons injecté entre deux ligatures moyennement serrées des produits tuberculeux virulents (les bacilles ne l'étant pas toujours suffisamment) provenant de cobayes tuberculisés antérieurement; les organes à injecter (rate et foie) avaient été broyés aseptiquement dans la solution salée physiologique et les ensemencements faits en même temps n'avaient décelé la présence d'aucun microbe étranger. Ces inoculations intraveineuses ont été répétées sur six cobayes qui ont été sacrifiés au bout de quatre semaines, six semaines et deux mois; localement, les résultats ont été identiques dans tous ces cas, mais deux de nos animaux ont présenté, en plus, une rate tuberculeuse. La veine sur laquelle portait l'injection était le siège d'une phlébite très nette, même dès la quatrième semaine; à l'examen histologique, on constate, à une certaine distance des ligatures, des lésions de phlébite et de périphlébite banales : épaississement des parois, bourgeon endophlébitique pénétrant dans un caillot sanguin; le bourgeon et les parois sont infiltrées de cellules embryonnaires; pas traces de lésions rappelant la tuberculose, follicules tuberculeux ou cellules géantes; en revanche, l'on constate des bacilles de Koch en très grand nombre, tant dans le bourgeon que dans le caillot; aucun autre agent pathogène n'est apparent.

Dans ces expériences faites aseptiquement, le traumatisme n'est pas tout, et nous pouvons conclure que le bacille de Koch, au même titre que tel autre agent pathogène, peut produire des phlébites; au point de vue histologique, ces phlébites expérimentales sont absolument comparables aux phlébites des tuberculeux, car ni dans les unes ni dans les autres on n'a pu retrouver aucune lésion d'apparence tuberculeuse; dans nos cas expérimentaux, la présence du bacille de Koch en très grande abondance, à l'exclusion de toute autre espèce microbienne, semble démontrer le rôle pathogénique de ce microorganisme.

III

Dès lors, puisque le bacille de Koch peut à lui seul créer des phlébites, il est possible d'admettre qu'il est l'agent causal de certaines phlébites des tuberculeux, d'autant qu'on ne trouve au niveau du caillot aucun autre microbe, et que l'inoculation de la veine altérée reproduit une tuberculose expérimentale à évolution rapide. Le bacille de Koch localisé en un point de l'organisme peut, on le sait, créer facilement des lésions à distance, soit par voie lymphatique, soit par voie sanguine, et c'est ce dernier processus qu'il faut admettre pour expliquer l'infection veineuse. Cependant, il nous a été impossible de démontrer la présence du bacille de Koch dans le sang de 5 malades atteints de tuberculose pulmonaire à la phase d'excavation, dont un était même porteur d'une *phlegmatia alba dolens;* dans ce but, nous avons prélevé aseptiquement chez ces sujets, dans la veine du bras, une certaine quantité de sang; deux prises furent faites à un malade atteint de phlébite le troisième et le douzième jour de son infection veineuse; 20 c.c. du sang recueilli étaient injectés dans la cavité péritonéale d'un cobaye soit directement, soit après laparotomie quand le sang s'était coagulé; tous les animaux ont résisté; ils ont été sacrifiés de cinq à quinze semaines après l'inoculation : ils ne présentaient aucune trace de péritonite ou d'une tuberculose viscérale quelconque. Le bacille doit donc passer dans le sang en très petite quantité et son séjour ne doit pas y être prolongé; il se fixe immédiatement sur les veines des membres inférieurs pour y créer une phlébite à bacille de Koch.

Nous ne croyons pas cependant qu'on puisse appeler cette lésion tuberculose locale, tuberculose veineuse, au même titre que les tuberculoses articulaires ou cutanées, car il manque là l'élément histologique, le tubercule. Il s'agit bien d'une greffe de bacilles de Koch, mais la veine réagit par thrombose banale, semblable à celle que provoquerait un agent pathogène quelconque. Ce n'est pas, du reste, un fait isolé, puisque M. Etienne a décrit des endocardites à bacille de Koch en tout comparables.

En résumé, si certains tuberculeux peuvent faire des phlébites par infection secondaire, il en est d'autres qui, par la localisation du bacille de Koch sur l'endoveine, réalisent une endophlébite dont les caractères anatomiques sont ceux de la phlébite banale, mais dont la nature spécifique, comme celle de certaines endocardites à bacilles de Koch, est démontrable par l'inoculation au cobaye : c'est en ayant recours à cette dernière méthode que, trois fois sur trois cas expérimentés, l'inoculation de la veine thrombosée nous a donné des résultats positifs.

E. Lesné, Ancien interne (médaille d'or) des hôpitaux de Paris.
P. Ravaut, Interne des hôpitaux de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 2 et 9 octobre 1900.

Séparation chirurgicale de Rosalina-Maria avec survivance de l'une des fillettes.

M. Chapot-Prevost (de Rio-de-Janeiro) montre une fillette de huit ans — Rosalina — qui vécut jusqu'il y a quatre mois soudée au niveau de la région épigastrique à une autre enfant — Maria — du même sexe, constituant ainsi un monstre xiphopage (Voir *Semaine Médicale*, 1899, Annexes, p. CXXXIV et CLXVI).



Au mois de mai dernier, une opération destinée à séparer les deux sœurs fut pratiquée par l'orateur; l'une des enfants ne survécut que cinq jours; elle a succombé probablement à une pleuro-péricardite; l'autre, qui est vivante, jouit actuellement d'une très bonne santé.

En dehors des adhérences qui unissaient les deux enfants par les parties molles et les os, il existait un petit conduit faisant communiquer entre elles les deux cavités péricardiques et un énorme pont de substance hépatique qui réunissait les deux foies.

C'est la première fois qu'une opération d'un cas de xiphopagie avec union des deux foies a permis la survie de l'un des sujets.

Etiologie du « mal des bassines » des dévideuses de cocons de vers à soie.

M. Vallin. — Des recherches toutes nouvelles viennent éclairer, selon nous, l'étiologie et la pathogénie d'une maladie professionnelle connue dans les magnaneries sous les noms de *mal des vers* ou *mal des bassines* et décrite par certains médecins sous le nom de *dermatite des dévideuses* ou *fileuses de cocons de vers à soie.*

Jusqu'ici on avait attribué cette affection au ramollissement et au fendillement de l'épiderme

par le séjour prolongé des mains dans l'eau chaude et à l'irritation produite par les matières organiques en décomposition provenant de la macération et de l'écrasement des chrysalides contenues dans les cocons.

Or, il résulte d'une série d'expériences qui viennent d'être faites par M. Fabre (d'Avignon) que les déjections rendues par les chenilles de certains bombyx, ainsi que celles des papillons frais éclos du bombyx du mûrier, contiennent un principe urticant très irritant pour la peau.

Je crois donc que la véritable cause de l'inflammation de la peau des mains et des avant-bras chez les dévideuses de soie est le passage de ces déjections dans l'eau où trempent les cocons.

Le lavage de ceux-ci avec une très petite quantité d'hypochlorites préserverait peut-être les mains des dévideuses, sans altérer la ténacité et la couleur de la soie. En tout cas, les eaux de lavage doivent être très fréquemment renouvelées et remplacées par de l'eau froide, avant que les fileuses commencent à y plonger les mains pour enlever les frisons et chercher les bons fils.

Traitement chirurgical du prolapsus du rectum.

M. Delorme présente un jeune soldat qui était atteint depuis l'âge de quinze ans d'un prolapsus du rectum et qui a été opéré au mois de juillet dernier par la méthode dont l'orateur a déjà exposé les règles (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 162). Cet homme est aujourd'hui complètement guéri; non seulement il n'offre plus trace de prolapsus, mais il retient les matières liquides et même les gaz. Pour éviter l'ascension de la muqueuse rectale, qui s'était produite chez un de ses premiers opérés, M. Delorme a réuni dans ce cas, par un certain nombre de sutures en anse, la tunique musculeuse du rectum aux fibres les plus internes du sphincter externe.

Les épidémies de peste au Japon.

M. Vallin rend compte d'un travail de M. Kitasato (de Tokio) sur deux épidémies locales de peste qui ont sévi à la fin de l'année dernière dans les villes de Kobé et d'Osaka. Du 18 novembre 1899 au 11 janvier 1900 on compta dans ces deux villes 69 cas de peste, dont 63 mortels.

Les rats paraissent avoir joué dans le développement de ces épidémies un rôle important. Du milieu de novembre à la fin de janvier, on a trouvé 20,000 rats morts à Kobé et 15,000 à Osaka; la recherche des bacilles pesteux chez ces animaux a été positive 1 fois sur 5 à Kobé et 1 fois sur 10 seulement à Osaka. Dans un certain nombre de cas, on a rencontré des rats morts et pesteux soit dans la maison même, soit dans le voisinage immédiat des personnes atteintes de la peste.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er octobre 1900.

Sur l'absorption de l'oxygène libre par l'urine normale.

M. Berthelot. — On n'a guère étudié jusqu'ici que pour le sang les relations qui existent entre l'oxygène libre et les différents liquides de l'économie; au cours de recherches analogues que j'ai poursuivies sur l'urine, j'ai pu m'assurer que cette sécrétion, à l'état normal, absorbe de l'oxygène libre et constitue, par suite, un milieu réducteur. Sur trois échantillons d'urine que j'ai examinés à ce point de vue, la quantité d'oxygène ainsi absorbé a varié entre 30 c.c. et 42 c.c. par litre, valeurs sensiblement supérieures à celle de la solubilité de ce gaz dans l'eau pure (22 c.c. ‰).

Il est curieux de constater que l'urine, bien que sécrétée aux dépens du sang artériel, milieu très riche en oxygène, possède néanmoins des propriétés réductrices; elle se comporte à cet égard comme la plupart des tissus de l'économie; mais ces derniers préexistent au sang artériel qui n'arrive en contact avec eux que pour leur fournir précisément de l'oxygène.

Il est difficile de déterminer dès à présent si l'oxydation de l'urine exige le concours de substances intermédiaires entre l'oxygène libre et les autres principes immédiats. Je dois signaler cependant que, pour les échantillons d'urine sur lesquels j'ai opéré, cette oxydation n'a pas augmenté l'acidité totale ni élevé le taux de l'urée et de l'acide carbonique. Pour ma part, j'estime qu'il doit se passer ici quelque chose d'analogue au phénomène de la régénération de l'indigo bleu par l'indigo blanc sous l'influence de l'oxygène.

Les considérations précédentes permettent de prévoir qu'il ne saurait y avoir d'oxygène simplement dissous dans l'urine au moment de son émission; cette simple dissolution ne pourrait, en effet, se produire que si l'oxygène avait déjà épuisé son aptitude à se combiner avec les principes immédiats de l'urine. Des dosages très minutieux m'ont permis de vérifier l'exactitude de cette hypothèse, et, contrairement aux résultats obtenus par divers auteurs, je n'ai pu trouver trace d'oxygène dissous dans l'urine fraîchement émise. Ce liquide contient, par contre, de l'azote presque à saturation, et des quantités d'acide carbonique très faibles relativement à la solubilité de ce gaz.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 octobre 1900.

Cholédochotomie avec cholécystectomie préalable.

M. Lejars. — M. Sierra (de Santiago-de-Chile) nous a fait part d'une observation de cholédochotomie pour lithiase, au sujet de laquelle je dois vous présenter un court rapport. Notre confrère a fait tout d'abord une cholécystectomie dont l'utilité ne me paraît pas indiscutable, puis il a pratiqué la cholédochotomie qui a été suivie de suture : la réunion du canal fut parfaite. C'est là un résultat heureux, car bien souvent la suture n'est pas possible, en raison des conditions dans lesquelles se présente le cholédoque, et lorsqu'on peut la faire, elle cède ordinairement. La plaie abdominale a été drainée et le drain enlevé au bout de quarante-huit heures: la guérison a été obtenue sans incident.

M. Michaux. — Pour ma part, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer la cholédochotomie après cholécystectomie; je me suis toujours très bien trouvé d'enlever d'abord la vésicule, ce qui supprime tout écoulement de liquide septique pendant l'opération.

M. Routier. — Il est commode de conserver la vésicule biliaire, après l'avoir ouverte et lavée, de façon à pouvoir attirer le cholédoque en exerçant une traction sur cette vésicule. En ce qui concerne la suture du cholédoque après la cholédochotomie, je crois qu'elle n'est pas utile et d'ordinaire je ne la pratique pas.

M. Schwartz. — Je pense qu'il est prudent, après la cholédochotomie, de prolonger le drainage plus que ne l'a fait notre confrère, pour le cas où les sutures lâcheraient.

Calculs de l'urèthre.

M. Guinard. — Vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur deux observations que M. Pluyette (de Marseille) nous a adressées et qui sont relatives à des calculs volumineux enlevés au niveau de l'urèthre. Dans le premier cas, il s'agissait d'un calcul para-uréthral occupant la région pénio scrotale; le malade, âgé de vingt ans, portait depuis quatorze ans ce calcul, qui s'était développé dans un diverticule de l'urèthre. L'autre fait, concernant un homme de quarante-cinq ans, a trait à un calcul intra-uréthral ne pesant pas moins de 16 grammes et qui, fixé dans l'urèthre, y avait acquis un développement considérable.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 octobre 1900.

Traitement de la tuberculose expérimentale par la viande crue.

M. Salmon. — Dans le but de vérifier les résultats obtenus par MM. Richet et Héricourt dans le traitement de la tuberculose expérimentale par la viande crue (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 404 et 1900, p. 81 et 203), j'ai nourri avec cette substance trois séries de chiens. Les animaux de la première série ont reçu de la viande crue pendant un certain laps de temps avant d'être inoculés; ils ont succombé aussi vite que les témoins; ceux de la deuxième série n'ont pris de la viande crue que vingt jours après l'inoculation tuberculeuse; trois ont augmenté de poids et ont présenté une longue survie; enfin, les chiens de la troisième série, déjà cachectiques lorsqu'on leur a donné de la viande crue, n'ont retiré aucun bénéfice de ce mode de traitement.

Il est intéressant de noter que chez un chien atteint de péritonite tuberculeuse, qui semblait avoir été guéri par l'administration de la viande crue, l'autopsie a permis de constater l'existence d'un très grand nombre de granulations tuberculeuses en pleine évolution.

M. Bouchard fait remarquer que le traitement de la tuberculose humaine par la viande crue a été expérimenté sur des milliers de malades et qu'il n'a donné entre les mains de la plupart des médecins que des résultats nuls ou insignifiants. Les guérisons, au moins apparentes, obtenues par MM. Richet et Héricourt chez le chien au moyen de ce traitement prouvent que la substance vivante du chien se comporte en présence de la viande crue d'une façon autre que celle de l'homme.

Des trypanosomes du rat.

M. Laveran. — J'ai constaté au cours d'expériences que je viens de faire avec M. Mesnil que les trypanosomes du rat pouvaient être conservés vivants très longtemps (trente à quarante-cinq jours environ), à la condition de placer dans une glacière le sang qui les contient.

Ce fait pourra être utilisé par les expérimentateurs qui, faute de pouvoir garder ces hématozoaires assez longtemps en vie, n'avaient pu étudier jusqu'ici, d'une façon suffisante, les résultats de leur inoculation aux animaux.

M. Féré communique l'observation d'un homme atteint de paralysie générale qui, durant toute sa vie, a présenté périodiquement des phénomènes d'excitation sexuelle ayant conservé la même périodicité après l'éclosion de la maladie.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Les signes physiques des épanchements pleuraux, par M. A. Pitres. In-8°, 212 p. avec fig. Bordeaux, 1900.

L'étude des signes physiques des épanchements pleuraux a exercé la sagacité d'une foule d'observateurs, dont les efforts réunis sont arrivés à préciser la valeur de la plupart de ces signes; néanmoins, plusieurs points étant encore obscurs ou incomplètement élucidés, M. le professeur Pitres en a fait l'objet d'un certain nombre de leçons cliniques, qui viennent d'être réunies en volume par les soins de M. Prioleau.

Au sujet du *mécanisme respiratoire* des pleurétiques, l'auteur expose les résultats d'une statistique d'où il ressort que, d'une manière générale, la fréquence des mouvements respiratoires est augmentée dans la pleurésie, mais sans que cette augmentation soit directement proportionnelle à l'abondance de l'épanchement. Cette remarquable particularité peut être facilement expliquée par la multiplicité des causes de dyspnée autres que le volume de l'épanchement, et parmi lesquelles il convient de citer en premier lieu l'état du poumon sous-jacent, ainsi que les troubles cardiaques, rénaux, etc., si fréquents chez les pleurétiques. Il faut remarquer, en outre, que certaines de ces causes (fièvre, congestion pulmonaire) existent d'ordinaire au début seulement de la pleurésie, ce qui explique que la dyspnée considérable qu'elles déterminent accompagne surtout les épanchements encore peu abondants. La même statistique démontre aussi que, dans l'immense majorité des cas de pleurésie (93 % environ), le type respiratoire est modifié; il devient ou *mixte* (dans 51 % des cas) ou *costal supérieur* (42 fois sur 100). A ce sujet encore, il faut signaler qu'il n'y a pas de rapport constant entre l'abondance des épanchements pleuraux et la nature ou le degré des modifications

de type respiratoire, à cette restriction près qu'un type normal ne s'observe guère qu'avec un épanchement inférieur à 1 litre, tandis que des épanchements de 500 à 600 grammes suffisent parfois à altérer le rythme. Enfin, l'étude des conditions qui permettent la production du *souffle pleurétique* ou qui entraînent le *silence respiratoire* complet a amené M. Pitres à la conclusion que le premier de ces symptômes est ordinairement le signe d'un épanchement moyen, tandis que le second correspond d'habitude à un épanchement considérable. Cependant le souffle apparaît quelquefois avec de tout petits épanchements, à condition qu'il existe concurremment une congestion pulmonaire massive ou une hépatisation étendue, réalisant certaines conditions spéciales de résonance.

On sait quelle utilité acquiert pour le diagnostic des épanchements pleuraux la *déviation de la pointe du cœur;* c'est là un des symptômes les plus communs des épanchements moyens et abondants, car on ne l'observe pas, chez l'adulte, dans les petits épanchements inférieurs à 1 litre. Or, certains auteurs attribuent à l'ectopie cardiaque une grande part des morts subites au cours de la pleurésie. Bien que les résultats des autopsies qui ont pu être pratiquées en pareils cas ne soient rien moins que démonstratifs, M. Pitres a cru devoir étudier soigneusement le mécanisme de ce déplacement du cœur, et il a pu relever ainsi certaines particularités anatomiques démontrant bien que le cœur est beaucoup moins gêné dans son fonctionnement qu'on ne pourrait le croire, par la présence d'un épanchement même volumineux. En effet, si le liquide occupe la plèvre droite, c'est la moitié droite du diaphragme qui est tendue; c'est, par conséquent, la portion droite ou auriculaire du péricarde qui supporte tout l'effort de la traction, et comme cette portion est presque verticale, il s'ensuit que le cœur n'est que faiblement déplacé vers la gauche; quand, au contraire, on a affaire à un épanchement gauche, c'est la paroi gauche du péricarde, très oblique, qui se tend, et par suite le cœur est fortement repoussé vers la droite. Mais, dans les deux cas, la tension même du feuillet péricardique met le cœur à l'abri de l'élévation de pression existant dans la plèvre; sans cette disposition, les oreillettes s'affaisseraient et la circulation serait *ipso facto* suspendue.

La *matité de l'espace semi-lunaire de Traube* est considérée par les classiques comme un des signes les plus sûrs de la pleurésie gauche. Cependant, il n'est pas exceptionnel que ce signe se trouve en défaut, soit qu'il coexiste avec un épanchement de la plèvre droite, soit au contraire qu'il manque alors que la cavité pleurétique gauche contient du liquide. A côté de ces restrictions qui ont été apportées déjà par plusieurs auteurs, M. Pitres en ajoute une autre qui affaiblit singulièrement la valeur diagnostique du signe en question : c'est que l'espace semi-lunaire est mat chez bon nombre de sujets n'ayant pas et n'ayant jamais eu de pleurésie. Aussi faut-il considérer cette matité comme un des petits symptômes physiques dont la constatation, toujours intéressante, n'est jamais nécessaire à l'établissement du diagnostic des épanchements de l'une ou l'autre plèvre.

La *percussion plessimétrique*, dont l'importance, quand elle donne la sensation du *bruit d'airain*, est capitale pour le diagnostic du pneumothorax, a été appliquée par plusieurs auteurs, avec des résultats divers, à l'étude des pleurésies. Mais, jusqu'ici, les conditions qui modifient les qualités du son perçu par l'auscultation d'un côté de la poitrine quand on percute le point diamétralement opposé, avaient été mal déterminées. Des recherches cliniques auxquelles s'est livré le professeur de Bordeaux, il résulte, d'une façon générale, que si le poumon est sain, ou du moins normalement aéré, le son ainsi perçu est sourd, comparable à celui que l'on obtient par la percussion d'une pièce de bois avec l'extrémité du doigt : il propose de l'appeler *bruit de bois;* quand, dans l'intérieur du poumon, se trouvent des noyaux hépatisés ou caséifiés (tuberculose, pneumonie vulgaire), le bruit est plus assourdi et plus lointain encore, et c'est à peine si on le perçoit; en cas d'épanchement gazeux, il prend le retentissement large et vibrant bien décrit par Trousseau et qui constitue le bruit d'airain; enfin, et c'est là le point important en ce qui nous touche, si la cavité pleurale est occupée par un épanchement liquide, le bruit est clair, aigu, limpide, argentin, et paraît prendre naissance au voisinage immédiat de l'oreille; c'est là ce que M. Pitres a proposé d'appeler le *signe du sou*, dont il a été question ici même il y a deux ans (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 294). Comme ce signe n'est constatable absolument qu'aux points occupés par le liquide, la nature de celui-ci (sérosité, pus, sang) étant d'ailleurs indifférente, il s'ensuit qu'il permet de préciser avec plus de rigueur que la percussion ordinaire la limite supérieure de l'épanchement. Cependant, une restriction s'impose; des expériences de diverse nature, sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici, ont permis à l'auteur de constater que le signe du sou apparaît toutes les fois qu'on applique l'auscultation plessimétrique à un corps homogène et compacte, qu'il soit solide ou liquide; il en résulte qu'une tumeur emplissant strictement d'avant en arrière la cavité pleurale (foie hypertrophié, cancer massif de la base du poumon) donnera le signe du sou; inversement, la présence de l'épanchement ne saurait être décelée par ce moyen, si le liquide est séparé de la paroi, au point ausculté ou percuté, par du tissu pulmonaire (pleurésie enkystée, adhérences anciennes fixant le poumon à la paroi); mais, en somme, il s'agit là de circonstances exceptionnelles, et dans la majorité des cas le signe en question conserve toute sa valeur.

Un des points les plus délicats à déterminer au lit du malade est l'appréciation du volume de l'épanchement, puisqu'on est généralement d'accord pour admettre que la thoracentèse est urgente chaque fois que la plèvre renferme 2 litres ou plus de liquide. Cette estimation, pour être exacte, doit se baser non sur un élément (niveau de la matité) comme on le fait généralement, mais sur l'ensemble des signes physiques fournis par le malade; encore faut-il éliminer un certain nombre de causes d'erreur, telles que les adhérences de la plèvre, les lésions pulmonaires concomitantes, les altérations du médiastin ou du diaphragme empêchant le refoulement régulier de ces organes par l'épanchement, etc.

En dehors de ces circonstances anomales, les signes de la pleurésie peuvent être réunis en trois groupes dont chacun fournit des éléments au diagnostic qui nous occupe; on étudiera donc successivement :

1° Les *phénomènes dus à l'hypertension intra-thoracique*, (déformation du thorax, déviation du cœur, refoulement du diaphragme, altération du type respiratoire); ils sont nuls en cas de petit épanchement inférieur à un litre; pour les épanchements moyens (de 1 à 3 litres), ils sont très nets : le type respiratoire est mixte, la pointe du sternum déviée d'un demi à 1 centimètre; le diaphragme est abaissé, le cœur déplacé, l'espace semi-lunaire en partie effacé; en cas de grand épanchement, supérieur à 3 litres, ils atteignent leur maximum : type respiratoire costal supérieur, déviation de la pointe du sternum de 1 à 3 centimètres, cœur fortement déplacé, etc.;

2° Les *symptômes de la zone liquidienne* (matité, abolition des vibrations, affaiblissement ou abolition de la respiration et de la résonance vocale); ce sont uniquement les signes que l'on perçoit au niveau de l'épanchement; ils remontent en général jusqu'à la cinquième côte dans les épanchements inférieurs ou égaux à 1 litre, à la quatrième dans ceux de 1,500 c.c., à la troisième dans ceux de 2,000 c.c., à la deuxième dans ceux de 2,500 c.c., à la première dans ceux de 3,000 c.c.; au-dessus de ce dernier chiffre, ils atteignent la clavicule et envahissent même parfois le creux sus-claviculaire;

3° Les *signes de la zone sus-liquidienne* (skodisme, exagération des vibrations, de la respiration et du retentissement de la voix); ils sont inversement proportionnels aux précédents : c'est dire que, descendant jusqu'à la cinquième côte en cas de petit épanchement, ils n'atteignent que la première avec un épanchement de 3 litres, et sont nuls, la zone sus-liquidienne n'existant pas, quand le liquide dépasse ce dernier chiffre.

En terminant, M. Pitres étudie une question de la plus haute importance au point de vue thérapeutique : il s'agit de déterminer le moment où l'on doit arrêter l'écoulement du liquide en cas de thoracentèse. On sait que M. Dieulafoy a fixé, un peu empiriquement, à 1 litre au maximum la quantité de liquide que l'on peut retirer en une fois. M. Pitres, tout en reconnaissant que cette règle s'applique à la majorité des cas, fait observer que ce qu'il importe de considérer, c'est moins la quantité de liquide soustrait que la différence de pression intrapleurale réalisée par cette soustraction; aussi estime-t-il que c'est uniquement aux indications du manomètre (que l'on devrait fixer à chaque appareil à aspiration) qu'il y a lieu de se fier. Et la règle pratique qu'il donne est la suivante : on peut aspirer ou laisser couler le liquide tant que le chiffre de la décompression est inférieur à 20 millimètres de mercure; mais il faut arrêter l'écoulement aussitôt que la décompression atteint 20 millimètres de mercure, quelle que soit d'ailleurs à ce moment la valeur absolue de la tension intrapleurale. — F. F.

De l'épithélioma branchial du cou (branchiome malin de la région cervicale), par M. V. Veau.

Les épithéliomas branchiaux du cou, décrits pour la première fois par Volkmann en 1882, sont caractérisés : au point de vue étiologique, par leur apparition à l'âge adulte et leur existence presque exclusive dans le sexe masculin; au point de vue anatomique, par leur structure épithéliale, leur siège latéral, leur situation au voisinage immédiat des vaisseaux et leurs adhérences très précoces avec la veine jugulaire interne. Ces tumeurs ne se développent aux dépens d'aucun des organes du cou, et l'on s'accorde généralement aujourd'hui à leur assigner comme point de départ les reliquats de l'appareil branchial.

Sans être fréquent, l'épithélioma branchial ne doit pas être considéré comme une curiosité pathologique, car M. Veau a pu en réunir 48 cas dans les recueils d'anatomie pathologique, et il a observé lui-même 6 malades atteints de cette affection.

On peut distinguer deux variétés étiologiques : 1° un cancer primitif, l'affection d'emblée maligne se développant sur un cou normal; 2° un cancer secondaire, qui n'est que la transformation maligne d'une tumeur préexistante (kyste dermoïde, kyste branchial).

Le cancer branchial occupe la région carotidienne; il apparaît soit au-dessous de l'angle de la mâchoire, soit au niveau de la grande corne de l'os hyoïde. Mais, lorsque la tumeur augmente de volume, elle empiète sur les régions voisines; elle remonte alors en haut vers la parotide, pour atteindre quelquefois le lobule de l'oreille, descend en bas jusque dans le creux sus-claviculaire et même dans le médiastin, peut arriver en avant à la ligne médiane et s'étendre en arrière jusque sous le trapèze. On doit signaler comme un caractère important ce fait que le néoplasme a peu de tendance à envahir le plancher buccal, alors qu'il adhère presque toujours aux vaisseaux, souvent au sterno-cléido-mastoïdien et aussi, mais très tardivement, à la peau.

Le diagnostic d'épithélioma branchial du cou est probable, quand on se trouve en présence d'une tumeur maligne de la région carotidienne ayant tous les caractères d'un cancer secondaire des ganglions, sans qu'on puisse trouver le néoplasme primitif.

On pourra souvent éviter de confondre cette affection avec le sarcome des ganglions lymphatiques du cou, qui, fréquemment bilatéral, s'observe en général chez des sujets plus jeunes et qui est constitué par une agglomération de ganglions longtemps indépendants les uns des autres; mais il est des cas où le cancer branchial détermine une adénite du côté opposé, et dans les tumeurs déjà anciennes tout est envahi : les caractères des deux sortes de tumeurs se rapprochent alors tellement que le microscope seul permet de fixer le diagnostic.

Très délicate est la distinction du cancer branchial d'avec les cancers des glandes sous-maxillaire et parotide, qui ont la même évolution et les mêmes symptômes. C'est par le siège seul que l'on peut faire le diagnostic. Si on examine le malade tout au début de la maladie, il est déjà souvent difficile de préciser le siège de la tumeur et d'affirmer son indépendance d'avec la sous-maxillaire et la parotide. A plus forte raison le diagnostic devient-il absolument impossible à une époque tardive. Ajoutons que souvent le microscope ne permet même pas de trancher la question, le cancer branchial

étant absolument identique aux tumeurs mixtes dégénérées dont les glandes salivaires sont parfois le point de départ.

Les épithéliomas branchiaux sont, en effet, de véritables tumeurs mixtes. D'après M. Veau, on peut admettre que ces néoplasmes sont de nature épithéliale, en raison de la disposition des cellules et de leur dégénérescence en globes épidermiques; mais leur stroma conjonctif (tissu myxomateux, cartilagineux) n'en doit pas moins être considéré comme ayant également une grande importance, et beaucoup d'auteurs, en Allemagne notamment, regardent ces tumeurs comme des sarcomes vasculaires.

L'affection paraît se développer aux dépens de restes embryonnaires inclus lors de la régression des arcs branchiaux, et non pas dans les ganglions lymphatiques, comme on l'a dit si souvent en France, ni dans un lobule aberrant de la glande thyroïde ou du thymus, ni dans une glande salivaire anormale, ni dans la glandule carotidienne.

MM. Veau et Cuneo ont montré qu'il existe chez l'adulte, dans la région de la carotide, des restes embryonnaires consécutifs à la régression des arcs branchiaux; ces vestiges peuvent former dans le cou des tumeurs branchiales diverses, tantôt bénignes (fibro-chondromes, kystes dermoïdes ou mucoïdes), et tantôt malignes (épithéliomas branchiaux).

L'origine branchiale peut donc être considérée comme infiniment probable, mais il serait inexact de dire que seul l'élément épithélial des arcs branchiaux est le point de départ de l'épithélioma branchial. L'élément conjonctif de ces arcs sous toutes ses formes (tissu conjonctif adulte, tissu myxomateux, cartilage) joue dans la genèse du néoplasme un rôle plus ou moins important. Aussi M. Veau propose-t-il de donner à l'affection la dénomination de *branchiome malin*, plus exacte que celle d'épithélioma branchial. D'après lui, les branchiomes peuvent se rencontrer dans tous les points où les restes branchiaux s'observent, dans le corps thyroïde, ainsi que dans les glandes parotide et sous-maxillaire, où ils constituent la variété de cancer la plus commune; mais c'est au niveau de la région carotidienne qu'ils sont, sinon le plus habituels, du moins le plus caractéristiques. (*Rev. de chir.*, mars 1900.) — M. C.

Le scorbut est-il une maladie infectieuse et contagieuse ? par M. H. Turner.

On admet généralement depuis Lind, qui donna il y a plus de cent ans une description demeurée classique de cette affection, que le scorbut est le résultat d'une alimentation défectueuse, et notamment de l'abus des salaisons. Cette opinion a été confirmée jusqu'à un certain point par des recherches récentes qui n'ont pas permis d'isoler de germe infectieux chez les scorbutiques. Cependant, certains praticiens ayant suivi de près l'épidémie qui a sévi l'an passé dans quelques provinces orientales de la Russie ont été frappés de faits semblant démontrer que la maladie en question est parfois contagieuse.

M. Turner, chargé par le gouvernement de Kazan de suivre et de combattre cette épidémie dans l'arrondissement de Tchistopol, fait connaître dans le présent travail les observations qu'il a pu faire à ce sujet, et qui lui paraissent militer en faveur de la nature infectieuse du scorbut.

Il a d'abord remarqué que des villages rapprochés, mais habités par des individus de races différentes ne frayant pas entre elles, ont été les uns indemnes, les autres fortement éprouvés, les conditions d'existence et d'alimentation étant sensiblement identiques des deux côtés; en outre, il a vu, dans certains foyers d'infection, des familles aisées, dont la situation de fortune permettait une alimentation rationnelle, fournir une proportion élevée de malades, tandis que des sujets pauvres et se nourrissant mal, mais habitant des agglomérations sans rapports avec les points contaminés, restaient à l'abri de toute atteinte du mal. Enfin, et ce fait lui paraît de la plus haute importance, lui-même, ainsi que l'officier de santé qui l'accompagnait, un maître d'école qui lui servait également d'aide et 4 des 8 infirmières dont il disposait ont présenté, malgré des précautions hygiéniques minutieuses, des manifestations scorbutiques plus ou moins graves.

Sans vouloir tirer de ces faits des conclusions prématurées, l'auteur estime qu'au point de vue de sa propagation le scorbut offre de nombreuses analogies avec les maladies infectieuses, et que l'isolement doit être recommandé dans tous les cas. (*Arch. gén. de méd.*, août 1900.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Doit-on encourager les médecins atteints de tuberculose pulmonaire à prendre du service dans la marine ? par M. E. Freund.

En raison de l'opinion généralement admise que l'air de la mer exerce une action bienfaisante sur la tuberculose, un grand nombre de praticiens devenus malades cherchent chaque année à s'engager comme médecins sur des paquebots, dans l'espoir d'arriver ainsi à la guérison sans renoncer entièrement à l'exercice de leur profession, qui est souvent leur seule ressource. Mais les résultats de ces voyages en mer ne répondent pas toujours aux espérances, si l'on s'en rapporte du moins à la relation découragée qu'un jeune confrère a adressée au professeur Pribram, après un service de deux ans à bord des bâtiments du Lloyd autrichien. C'est ce travail qui a engagé M. Freund à publier les remarques qu'il a pu faire pendant ses deux années de navigation. Bien que ces observations concernent spécialement les lignes desservies par le Lloyd autrichien, elles n'en présentent pas moins un intérêt général.

La route directe de Trieste à Constantinople est très favorable pour les phtisiques pendant les mois de mai à octobre. La mer est calme, une brise constante rafraîchit l'air, la température est égale. D'octobre à mai, par contre, cette traversée est dangereuse. Les beaux jours sont rares, la mer est souvent houleuse, et il souffle un vent violent; les variations de température sont en outre considérables.

L'itinéraire de Trieste à Constantinople en passant par l'Egypte, la Syrie et l'Asie Mineure, avec retour par le même trajet, est également bon en été, quoique l'on soit exposé à des variations diurnes de température atteignant plus de 10°. Mais en hiver les conditions climatériques sont extrêmement variables : à Port-Saïd et à Alexandrie, en effet, le vent du désert amène parfois une température de 40°, alors que, quand on se dirige vers le nord, on observe une baisse thermométrique rapide; à Alexandrette, notamment, un froid de — 2° n'est pas rare. En mer, chaque changement de vent a pour effet de faire varier la température d'une façon sensible; aussi peut-il arriver que des phtisiques soient obligés de rester enfermés pendant les cinq semaines que dure la traversée.

Sur la ligne de Trieste à Bombay, il faut compter, pendant les mois d'hiver — d'octobre à avril —, sur le mauvais temps dans la Méditerranée; de là, on passe pour ainsi dire sans transition dans la chaleur tropicale de la mer Rouge. L'air chaud et sec exerce sur le catarrhe bronchique une influence bienfaisante, si l'on a soin d'éviter les refroidissements, ce qui n'est pas facile, étant donné le besoin impérieux ressenti par tout le monde de respirer un peu d'air frais. L'escale de dix à quinze jours à Bombay, dans un port rempli de poussières de charbon et d'émanations infectes, n'est rien moins que favorable aux tuberculeux. La traversée pendant l'été, particulièrement à l'époque où souffle la mousson, peut avoir pour les malades un effet des plus fâcheux; la mer constamment agitée, l'air brûlant et saturé d'humidité, l'impossibilité de se tenir en plein air, augmentent la toux et l'oppression; en outre, le manque d'appétit résultant du mauvais temps et du séjour dans une atmosphère confinée épuise les phtisiques. A partir de septembre, on n'a plus à craindre la mousson, mais, par contre, on est exposé, au sortir de l'océan Indien dont la température est excessive, aux tempêtes froides qui soufflent en automne dans la Méditerranée.

Au cours d'un voyage en Chine et au Japon, on se trouve jusqu'à Bombay dans les mêmes conditions que précédemment. Ensuite, la traversée est favorable jusqu'à Singapour pendant notre saison d'hiver; durant l'été, au contraire, on a à souffrir de la mousson. A partir de Singapour, la température baisse rapidement en hiver. Tandis que dans ce port la saison, au mois de janvier, correspond à notre été européen, on trouve six jours plus tard, à Hong-Kong, un froid assez vif, et il peut arriver qu'à Shanghaï, cinq jours après, le pont et les agrès du navire soient couverts de glace. Encore cinq jours de mer, et on peut admirer au Japon de ravissants paysages d'hiver.

La traversée du Brésil doit être comptée parmi les meilleures, surtout aux mois de mai et de juin. A cette époque, la mer est généralement belle, et l'on trouve au Brésil l'hiver sud-américain, de sorte que l'on n'a pas à souffrir de la chaleur.

Comme conclusion à son travail, M. Freund estime que, dans les cas de phtisie pulmonaire avancée, on doit déconseiller aux malades de tenter l'expérience. Une tuberculose au début, de même qu'une bronchite chronique, bénéficierait sans doute d'un séjour prolongé sur mer, s'il était possible d'éviter les voyages dangereux dans la mauvaise saison, ce qui malheureusement ne s'accorde pas avec les nécessités du service. En outre, il est extrêmement difficile, à bord, de prendre toutes les précautions que réclame la santé des phtisiques, en particulier d'éviter les courants d'air et les changements brusques de température. (*Zeitsch. f. diät. u. physikal. Therapie*, IV, 1.) — A. J.

Des rapports existant entre la saccharomycose et la formation des néoplasmes, par MM. W. Petersen et A. Exner.

Le dernier groupe d'organismes inférieurs auxquels on ait cru devoir attribuer l'étiologie des tumeurs étant celui des levures, les auteurs du présent mémoire se sont attachés à vérifier cette hypothèse, défendue principalement par M. San Felice.

Leurs expériences, pratiquées tantôt sur des cobayes et tantôt sur des souris blanches, consistèrent en inoculation, par la voie sous-cutanée ou intrapéritonéale, de cultures pures de saccharomyces. Tous les animaux traités ainsi arrivèrent en peu de temps à la cachexie et succombèrent au bout d'un certain nombre de semaines. Relativement à la formation de tumeurs, voici ce qu'ont observé MM. Petersen et Exner : une infiltration diffuse de consistance molle se produisit dans plusieurs cas au niveau du point d'injection; des néoformations plus caractéristiques furent constatées 3 fois chez des cobayes, autour d'un fil de fer introduit sous la peau du dos et portant le numéro distinctif de l'animal, et la tumeur ainsi formée atteignit, chez l'un d'eux, le volume d'une noisette.

L'examen microscopique des viscères des animaux infectés permit de reconnaître un envahissement de tout l'organisme par la levure. Les tumeurs développées autour du fil de fer étaient constituées par du tissu conjonctif renfermant également de nombreux saccharomyces et rappelant dans une certaine mesure la néoformation conjonctive que l'on observe dans l'actinomycose. Il fut impossible, par contre, d'établir des analogies entre ces lésions et une espèce quelconque de néoplasme.

Les auteurs concluent de ces faits qu'il n'existe jusqu'à ce jour aucune preuve décisive du rôle étiologique du saccharomyces dans la production des tumeurs malignes. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 3.) — F. DE Q.

De la signification clinique des hyperthermies passagères coïncidant avec l'entrée du malade à l'hôpital, par M. E. Fromm.

Certains sujets, atteints d'affections non fébriles, ou du moins momentanément apyrétiques, ont parfois, au moment de leur admission à l'hôpital, une hyperthermie plus ou moins marquée, mais qui disparaît spontanément et définitivement dès le lendemain ou le surlendemain.

La véritable nature de cette fièvre dite « d'admission » est obscure. On peut supposer que les malades qui la présentent se trouvent, en ce qui concerne la calorification, dans un état d'équilibre tellement instable que le simple transfert à l'hôpital suffit pour provoquer chez eux un mouvement fébrile de courte durée. Mais on peut aussi admettre, dans certains cas, qu'il s'agit de maladies pyrétiques dont la fin du stade fébrile a coïncidé avec le jour de l'hospitalisation.

Pour élucider ces divers points, M. Fromm a entrepris, sur le conseil et dans le service de M. Senator, des recherches ayant pour but de déterminer quelles sont les affections qui pré-

disposent surtout à ce genre d'hyperthermie passagère. Dans ce but, il a dépouillé plus de 2,000 observations; il a pu rassembler ainsi 100 faits de « fièvre d'admission », dont la moitié environ (49) concernent des maladies des voies respiratoires, le plus souvent la tuberculose pulmonaire avérée (25 cas) ou du moins des bronchites chroniques (10 cas) et des pleurésies (10 cas), affections si souvent symptomatiques d'une infection tuberculeuse latente. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, le rhumatisme articulaire ou musculaire (14 cas) et les maladies du tube digestif (9 cas). Quant aux autres affections, elles ne figurent qu'à titre d'exceptions sur cette liste.

Chez les phtisiques, la durée de l'hyperthermie en question a varié entre douze et quarante-huit heures; elle a presque toujours atteint douze heures dans les autres formes morbides.

Il résulte de ce relevé que ce sont les tuberculeux qui, de tous les malades, sont le plus exposés à la fièvre d'admission. Aussi, M. Fromm estime-t-il que l'existence de cette fièvre peut, dans certaines conditions, servir à faire reconnaître une tuberculose encore latente. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 30 juin 1900.)

Sur une lymphe antipesteuse préparée avec l'épanchement péritonéal d'animaux inoculés, par MM. C. Terni et I. Bandi.

Les auteurs du présent mémoire décrivent un procédé qui permet d'obtenir rapidement une lymphe antipesteuse présentant certains avantages sur le sérum antipesteux de Haffkine.

Il consiste à injecter, dans la cavité péritonéale d'un cobaye ou d'un lapin, du bouillon de Löffler, en quantité variable suivant le poids de l'animal, dans lequel on a délayé une petite dose de culture récente et très virulente de bacilles de la peste sur gélose. On provoque de la sorte une péritonite pesteuse mortelle au bout de trente-six à quarante-huit heures. Aussitôt après la mort spontanée de l'animal, ou bien après l'avoir tué pendant l'agonie (ce qui permet d'éviter la pénétration des microbes intestinaux dans le péritoine), on recueille, suivant toutes les règles de l'asepsie, l'exsudat péritonéal qui renferme de nombreux bacilles pesteux, des leucocytes et des cellules épithéliales; on le dilue, s'il est épais, dans la solution physiologique de chlorure de sodium et on le place pendant douze heures à l'autoclave à 37°. Ensuite, pour stériliser la lymphe sans coaguler les séro-albumines qu'elle contient, on la soumet durant deux heures par jour, pendant deux jours consécutifs, à l'action d'une température de 50° à 52°. Enfin, on y ajoute de l'acide phénique en solution aqueuse à 0.50 %, du carbonate de soude à 0.25 % et du chlorure de sodium à 0.75 %, en quantité variable suivant la proportion des éléments figurés.

Ainsi que l'ont montré des essais comparés, ce liquide, injecté à des cobayes et à des rats à la dose de 0.10 à 0.20 c.c., confère à ces animaux, à l'égard de la peste, une immunité active qui s'établit dès le quatrième ou le cinquième jour après l'inoculation, tandis qu'avec le sérum de Haffkine ce résultat n'est obtenu qu'au bout de dix ou douze jours. En outre, à cause de la teneur de la lymphe en éléments figurés riches en antitoxines, la réaction, tant locale que générale, est sensiblement moins vive qu'après l'injection de sérum de Haffkine.

MM. Terni et Bandi ont pu encore s'assurer, par des expériences sur l'homme sain, que leur lymphe, injectée à la dose de 2 c.c. 5 chez l'adulte et de 1 c.c. à 1 c.c. 5 chez l'enfant, ne provoque aucune espèce de trouble, et que le sérum sanguin des sujets ainsi inoculés devient, au bout de huit à dix heures, impropre au développement du bacille de la peste. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 juillet 1900.)

De la tuberculose des muscles de la paroi abdominale, par M. Th. Hiller.

Dans les faits, encore assez rares, de tuberculose musculaire primitive, ce sont les muscles de la paroi abdominale qui paraissent le plus fréquemment atteints. M. Hiller a pu relever dans la littérature médicale 7 cas de cette localisation, auxquels il en ajoute un huitième, observé dans le service de M. Steinthal, à Stuttgard.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-trois ans, dont la mère était morte tuberculeuse. La malade se plaignait depuis quelques mois d'une douleur au niveau de l'hypocondre droit, à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal, point où l'on percevait une tumeur dure et lisse, légèrement mobile, du volume d'un œuf d'oie. Cette tumeur paraissant située derrière la paroi abdominale, on porta le diagnostic de cholécystite. Une incision menée à ce niveau fit découvrir, dans le muscle grand droit, un abcès de nature tuberculeuse, qui était indépendant des organes abdominaux et ne présentait aucun rapport avec les côtes. On pratiqua le curettage et le tamponnement de la cavité. La plaie ne se fermant pas, on dut faire au bout d'un certain temps un nouveau curettage qui ramena encore des matières caséeuses. L'état de la malade s'améliora sensiblement, mais la fistule n'était pas encore tarie au moment de l'exeat. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 3.) — F. de Q.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Gangrène primitive du testicule, d'origine colibacillaire, par M. L. Spolverini.

La présence du colibacille, en tant qu'agent pathogène, a été signalée dans les parties les plus variées de l'organisme, mais on ne paraît pas avoir observé jusqu'ici l'invasion primitive du testicule par ce microbe, comme l'auteur du présent travail en relate une observation.

Il s'agissait d'un jeune paysan de seize ans, ayant toujours joui d'une santé excellente et encore vierge. Un jour, ce garçon s'aperçut que, sans cause apparente, notamment sans traumatisme, son testicule gauche augmentait de volume. Le lendemain, la glande tuméfiée devint douloureuse, en même temps que s'allumait une fièvre assez vive, avec céphalée.

A l'examen du malade, le sixième jour après le début des accidents, on trouva le testicule gauche très gros, très sensible à la pression, notamment au niveau de son pôle inférieur, de consistance pâteuse, mais sans trace de fluctuation. La peau des bourses présentait un peu de rougeur et elle était chaude au toucher.

Malgré le repos au lit et les applications de glace et de pommade belladonée, la tumeur testiculaire augmenta encore de volume et la fièvre se maintint vers 39°. Enfin, une fluctuation nette apparut au pôle inférieur du testicule et, à partir de ce moment, la température commença à baisser.

On put constater alors l'existence d'une gangrène par orchi-épidydimite aiguë suppurée, et le testicule gauche fut enlevé en totalité. La guérison se fit sans encombres.

Les ensemencements du pus provenant du testicule atteint donnèrent lieu au développement de colonies caractéristiques de colibacille, microbe que le sérum du patient agglutinait d'une façon très active. L'examen bactériologique des urines resta toujours négatif. Enfin, chez des lapins inoculés avec le pus testiculaire, il se produisit au point d'injection des abcès sous-cutanés contenant le colibacille à l'état de pureté.

La nature colibacillaire de l'orchi-épidydimite gangreneuse observée chez le malade de M. Spolverini ne saurait donc être mise en doute, mais la pathogénie en reste obscure. L'auteur estime que le microorganisme, provenant de l'extérieur, a dû cheminer par l'urèthre, le canal déférent et la vésicule séminale gauches, pour venir se fixer dans le testicule du même côté. (*Supplem. al Policlinico*, 23 juin 1900.)

Trois cas d'anémie pernicieuse essentielle dans une même famille, dont un guéri par l'ingestion de moelle osseuse, par M. V. Caccini.

L'auteur relate trois cas d'anémie pernicieuse dite essentielle remarquables en ce qu'ils sont apparus chez les membres d'une famille de paysans (composée du père, de la mère, de deux fils et de deux filles) vivant dans de bonnes conditions hygiéniques et indemnes de tout antécédent morbide. Une autre particularité intéressante, c'est que l'ingestion de moelle osseuse, essayée dans un de ces cas, amena la guérison de l'anémie pernicieuse essentielle, affection réputée incurable, tandis que les deux autres malades, traités par les préparations ferrugineuses et arsenicales ainsi que par les antiseptiques intestinaux, ont succombé.

C'est le père, âgé de quarante-cinq ans, qui fut atteint le premier d'une anémie pernicieuse à évolution subchronique. Un an après, la même affection se montra sous la forme subaiguë chez une des filles, âgée de vingt et un ans. Enfin, quelques mois plus tard, un fils de vingt-sept ans devint à son tour la proie d'une anémie pernicieuse aiguë à laquelle il succomba au bout de huit mois. Le père est mort ensuite, après trente mois de maladie.

Les trois patients ont présenté au complet le syndrome de l'anémie pernicieuse. L'urine ne contenait pas d'albumine ni de sucre, mais elle renfermait de l'indican en grande quantité. Le sang avait l'aspect de lavure de viande et les hématies étaient très pauvres en hémoglobine.

Chez le père et le fils, la mort survint par insuffisance cardiaque et l'autopsie donna, au point de vue des lésions viscérales, le résultat négatif qui est propre à l'anémie pernicieuse essentielle.

Quant à la fille, elle était déjà presque mourante quand on s'avisa, après insuccès complet de tous les autres moyens thérapeutiques, y compris les injections sous-cutanées de fer, d'instituer chez elle le traitement par la moelle osseuse. On lui fit prendre chaque matin à jeun 10 grammes de moelle osseuse rouge de bœuf (extraite de l'extrémité vertébrale des côtes), divisés en 15 à 20 petits bols. En outre, on lui administrait, dans le courant de la journée, un bouillon préparé avec des corps vertébraux de veau, broyés et additionnés de moelle osseuse jaune. On continuait en même temps à pratiquer, tous les deux jours, une injection sous-cutanée de citrate ou de pyrophosphate de fer.

L'amélioration fut rapide, et, au bout de trois mois de traitement, la patiente pouvait être considérée comme guérie. Elle avait le teint et l'aspect d'une personne saine, bon appétit, bon sommeil et un taux d'hémoglobine presque normal. On ne constatait plus trace d'asthénie, de dyspnée, de tachycardie, de pulsations des carotides ni de fièvre. Reste à savoir s'il s'agit ici d'une guérison réelle ou seulement apparente et pouvant être suivie de récidive.

Quoi qu'il en soit, l'auteur se croit autorisé à conclure de cette dernière observation que l'anémie pernicieuse est une affection essentiellement myélogène, due à un défaut de sécrétion interne ayant sa source dans la moelle osseuse et justiciable de l'ingestion de moelle rouge des os. (*Riforma med.*, 2, 3 et 4 juillet 1900.)

Contributo alla fisiopatologia delle varici degli arti inferiori. In-8°, 24 p. avec tracés. Milan, 1900. — **Influence des varices du membre inférieur sur la pression artérielle,** par M. Q. Vignolo.

Les recherches de M. P. Delbet ont bien établi les modifications qu'impriment à la tension veineuse les dilatations variqueuses siégeant aux membres inférieurs, notamment quand il s'agit de varices de la saphène interne avec atrophie des valvules; pour cette variété, M. Delbet a pu proposer le nom de *varices à haute tension*, car, dans certains cas, il a vu la pression du sang dans le bout central de la veine, à la partie moyenne de la cuisse, s'élever jusqu'à 26 centimètres de mercure durant un effort (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 372-374). Il est évident qu'une colonne sanguine pesant ainsi sur les capillaires doit singulièrement influencer les conditions hydrostatiques de la circulation, et on peut admettre *a priori* que la pression dans les artères correspondantes doit s'en trouver profondément troublée. C'est à la détermination de ces troubles que s'est attaché M. Vignolo, qui expose dans le présent travail le résultat de recherches ayant porté soit sur la pédieuse, soit sur la tibiale postérieure de sujets atteints de varices à haute tension d'un seul ou des deux membres, intéressant la saphène interne seule ou les deux saphènes.

Dans tous ces cas, les résultats obtenus ont été concordants et peuvent se résumer en quelques propositions : la valeur de la pression artérielle (élément constant) s'est toujours montré augmentée du côté variqueux, tandis que l'amplitude de la dilatation systolique du vaisseau (élément variable) a toujours été trouvé diminuée du même côté; quand les lésions étaient bilatérales, les modifications en question étaient plus prononcées du côté où les varices étaient le plus étendues et le plus graves.

On comprend aisément l'influence que ces troubles locaux doivent exercer sur la circula-

tion générale et sur le cœur, si l'on tient compte que dans certains cas l'augmentation de pression du côté malade a atteint 2 centim. 65 de mercure, la diminution de l'élément variable étant égale, du même côté, à 2 centim. 23. Aussi l'indication d'un traitement chirurgical — seul efficace contre les varices à haute tension — est-elle formelle, tant au point de vue général que local. Et, de fait, les malades de M. Vignolo ayant été opérés, l'auteur a pu faire en quelque sorte la contre-épreuve de ses premières recherches : chez les sujets atteints de varices étendues et profondes, l'ablation des masses ectasiées a eu pour effet d'abaisser la pression artérielle (en moyenne de 1 centim. 75), tandis que cette même intervention est restée sans effets à ce point de vue quand il s'agissait de formes moins graves. — F. F.

La peur comme cause de mort chez les enfants atteints de brûlures légères, par M. E Cioffi.

On admet généralement que les brûlures du premier et du second degré ne sont mortelles que lorsqu'une partie considérable de la surface du corps est atteinte; mais cette règle souffre des exceptions, notamment chez les enfants en bas âge qu'il n'est pas rare de voir succomber à des brûlures superficielles et peu étendues. C'est à une paralysie du cœur par shock physique qu'on attribue d'ordinaire cette issue fatale. Or, M. Cioffi estime au contraire que, dans ces cas, la mort est due à un shock moral résultant d'une peur vive.

A l'appui de cette manière de voir, l'auteur relate six observations cliniques des plus concluantes. Elles concernent des enfants âgés de un à sept ans, jusque-là bien portants mais très nerveux, qui, au milieu de circonstances particulièrement terrifiantes, se firent des brûlures légères, ayant déterminé des phlyctènes peu nombreuses, disséminées sur une étendue de quelques centimètres carrés à peine (d'un centimètre carré seulement chez un d'eux). Or, peu après l'accident, ces petits blessés furent pris de fièvre et de délire avec ou sans convulsions, et la mort survint à bref délai.

Il faut donc être très réservé dans le pronostic des brûlures, même superficielles, chez les enfants nerveux. En pareil cas, le médecin doit prendre en sérieuse considération l'état moral du petit malade et les indications de traitement psychique qui en découlent. (*Riforma med.*, 19, 20 et 21 juin 1900.)

PUBLICATIONS RUSSES

Traitement de l'ulcère rond de l'estomac, non encore cicatrisé, par la pyloroplastie précédée du curettage de la plaie gastrique, par M. A. Kabloukov.

On ne pratique guère la pyloroplastie, d'après la méthode de Heineke-Mikulicz, que dans les rétrécissements bénins du pylore dus à un ulcère rond déjà complètement cicatrisé; on considère, au contraire, cette opération comme contre-indiquée lorsque, l'ulcère se trouvant encore à sa période d'état, le processus inflammatoire des parois stomacales au niveau de la plaie n'est pas terminé. Or, c'est précisément dans un cas de cette dernière catégorie que l'auteur a eu recours, avec un succès complet, à la pyloroplastie après curettage de l'ulcère gastrique.

Ce fait concerne une femme de trente-sept ans, qui présentait tous les signes d'un processus ulcéreux de nature bénigne au niveau du pylore, sauf l'hématémèse. Le traitement médical s'étant montré impuissant à soulager la malade, qui se trouvait dans un état d'épuisement extrême par suite des douleurs atroces et des vomissements qu'elle présentait après chaque ingestion d'aliments, l'intervention chirurgicale fut décidée.

Le ventre une fois ouvert, on alla chercher la région pylorique, qu'on attira au dehors; après l'avoir entourée de tarlatane aseptique, de façon à l'isoler complètement de la cavité péritonéale, on pratiqua sur sa face antérieure une incision horizontale longue de 6 à 7 centimètres, qui porta sur un tissu nettement infiltré, quasi scléreux et dont la section ne provoqua qu'une hémorrhagie modérée. On put se convaincre ainsi de l'existence d'un épaississement uniforme des parois pyloriques, mais sans le moindre rétrécissement de cet orifice. En écartant les bords de l'incision, on aperçut nettement, à la paroi supéro-postérieure de la région pylorique, un ulcère de forme arrondie, grand comme une pièce de deux francs et recouvert de granulations grisâtres. On le gratta aussitôt énergiquement avec une curette tranchante. Les tissus indurés qui en formaient le fond criaient sous la curette, et le grattage ne donna lieu qu'à une faible hémorrhagie.

Comme après la cicatrisation de cette plaie la production d'un rétrécissement du pylore était inévitable, M. Kabloukov se décida à pratiquer séance tenante une pyloroplastie d'après la méthode de Heineke-Mikulicz. En conséquence, les lèvres de l'incision horizontale du pylore furent affrontées dans le sens vertical et réunies dans cette situation au moyen d'une suture de Czerny-Lembert. Après avoir assuré de la sorte la perméabilité de l'orifice pylorique, on ferma l'incision de l'abdomen au moyen d'une suture à plusieurs étages.

Le soir même, les douleurs au niveau de l'estomac et les vomissements cessèrent tout à fait pour ne plus jamais se reproduire. La plaie abdominale se cicatrisa normalement, sans la moindre réaction générale, et trois mois après l'intervention la patiente ne présentait plus aucun phénomène morbide, mangeait de bon appétit toute sorte d'aliments et avait considérablement engraissé.

L'auteur estime que dans ce cas la disparition pour ainsi dire instantanée des troubles ayant l'ulcère pour point de départ et la guérison rapide de cette lésion sont dues non seulement au curettage, mais aussi et en grande partie à la section des fibres musculaires de l'anneau pylorique, laquelle, en supprimant toute contraction spasmodique du sphincter, assura à l'ulcère le repos indispensable à sa guérison. Aussi cette intervention lui paraît-elle tout indiquée dans les cas de plaie stomacale non encore cicatrisée, surtout si l'on a soin de la faire précéder d'un curettage de l'ulcère. (*Méd. Obozr.*, juillet 1900.)

Un cas d'hérédo-hérédosyphilis, par M. A. Pospelov.

La transmission de la vérole à la seconde génération, bien qu'admise par certains auteurs, n'est pas encore rigoureusement établie. Aussi le fait d'hérédo-hérédosyphilis observé par M. Pospelov mérite-t-il d'être relaté.

Il a trait à une jeune fille de treize ans, anémique, amaigrie et débile, d'une taille sensiblement inférieure à la moyenne de son âge, qui était atteinte de rhinite chronique avec perforation du septum nasal et présentait, en outre, sur la voûte du palais, vers la ligne médiane, une ulcération à bords rouges et tuméfiés ayant un centimètre et demi de longueur sur un demi-centimètre de largeur. A ce niveau, le périoste était épaissi et sensible au toucher, mais l'os ne se trouvait nulle part dénudé. Les dents étaient nettement hutchinsoniennes.

La première impression fut qu'on avait affaire à un cas banal d'hérédosyphilis gommeuse; mais l'enquête sur les antécédents familiaux de la jeune malade ne tarda pas à infirmer ce diagnostic, car on put s'assurer que les parents n'avaient jamais présenté trace de lésions syphilitiques et que tous leurs enfants, au nombre de douze, étaient nés à terme et viables. Deux d'entre eux, bien conformés comme les autres, avaient succombé pendant l'accouchement, l'un à l'asphyxie dans une présentation du front, l'autre à la compression du cordon procident par le forceps. Des dix survivants, tous, sauf la jeune fille qui fait le sujet de l'observation, ont toujours joui d'une santé excellente. D'autre part, M. Pospelov trouva des dents nettement hutchinsoniennes chez le père, qui lui apprit que son propre père, lequel avait contracté la syphilis avant de se marier, avait dû prendre souvent de l'iodure de potassium pour des ulcères gommeux des jambes, récidivant dès qu'on suspendait la médication iodurée.

Dans ces conditions, il ne restait plus, pour établir le diagnostic d'hérédo-hérédosyphilis dans le cas en question, qu'à écarter l'hypothèse d'une syphilis acquise par la voie extra-génitale au cours de la première enfance, ce que M. Pospelov se trouve en mesure d'affirmer en se fondant surtout sur cette considération que la malade avait été nourrie au sein par sa mère, laquelle eût été sûrement contaminée si la syphilis de sa fille avait été acquise.

Sous l'influence d'un traitement spécifique, la rhinite chronique et les ulcères du palais guérirent en six semaines. La patiente grandit notablement en ce court espace de temps et elle vit la menstruation s'établir.

Ainsi donc, tout permet de supposer qu'on a eu affaire dans ce cas à un fait de transmission héréditaire à la seconde génération, sous la forme gommeuse, d'une syphilis qui ne s'était manifestée à la première génération que par une simple dystrophie parasyphilitique des dents, à type hutchinsonien. (*Vratch*, 29 juin 1900.)

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La reconstitution du plancher périnéal comme moyen de traitement du prolapsus du rectum chez la femme.

On connaît le rôle étiologique important que les ruptures et même les simples affaiblissements du périnée jouent dans la production des prolapsus du vagin et de l'utérus. Mais — et c'est là une notion beaucoup moins courante — la diminution de la résistance du plancher fibro-musculaire qui ferme inférieurement la cavité abdominale peut aussi modifier d'une façon très notable les conditions statiques d'autres viscères contenus dans cette cavité. M. le docteur Dmitri de Ott, professeur de gynécologie à l'Institut clinique de Saint-Pétersbourg, en a eu une preuve manifeste chez une femme de cinquante-cinq ans, atteinte depuis six ans environ d'un prolapsus considérable du rectum, s'accompagnant de troubles graves de l'état général (amaigrissement très prononcé, insomnie, etc.) et compliqué d'un polype muqueux dont le volume ne dépassait guère celui d'une cerise. La petite tumeur se trouvait fixée très haut par un pédicule mince et fort peu résistant, de sorte qu'il était absolument impossible de lui attribuer un rôle quelconque dans la genèse du prolapsus; celui-ci ne pouvait être expliqué que par une insuffisance fonctionnelle du plancher périnéal, due à une rupture antérieure avec atrophie consécutive des muscles transverses et des sphincters. Cela étant, notre confrère décida d'effectuer, pour tout traitement, une simple périnéorrhaphie, et le succès de l'intervention est venu justifier pleinement l'interprétation pathogénique sus-mentionnée.

Après avoir incisé le périnée sur toute son étendue et jusqu'au niveau des fibres musculaires conservées, M. de Ott procéda à l'avivement tel qu'on le pratique dans les cas de rupture complète du périnée. Les sutures périnéales furent enlevées le sixième jour après l'opération, celles du vagin quatre jours plus tard. Depuis, tous les symptômes morbides ont disparu, et à l'heure actuelle, plus d'un an après l'intervention, la patiente ne présente rien d'anormal.

Ce fait montre que dans un cas de prolapsus du rectum survenant chez une femme il importe de tenir compte de l'état du plancher du bassin, la périnéorrhaphie pouvant parfois être indiquée de préférence aux procédés usuels plus compliqués, qui portent sur l'organe prolabé lui-même.

La pommade iodo-iodurée contre le chalazion.

Les kystes sébacés des glandes meibomiennes, connus sous le nom de chalazions, sont considérés comme justiciables seulement de l'opération. Tel n'est pas l'avis de M. le docteur Strzeminski (de Wilna), qui a vu ces petites tumeurs guérir, dans la moitié des cas environ et au bout d'un laps de temps variant entre deux et huit semaines, sous l'influence de simples applications du mélange ci-dessous formulé :

Iode pur	0 gr. 20 centigr.
Iodure de potassium	0 — 60 —
Lanoline	4 grammes.
Vaseline liquide Eau distillée	} àà 0 gr. 80 centigr.

Chaque soir, au moment du coucher, on enduit de cette pommade, en exerçant une légère friction, les téguments palpébraux au niveau du kyste.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Necker. — M. Rendu.

Compression de la moelle cervicale par un cancer secondaire à un squirrhe du sein; monoplégie brachiale droite et paraplégie spasmodique.

La malade dont nous allons étudier le cas au cours de cette leçon est atteinte d'une affection chronique du système nerveux, assez banale en elle-même, mais remarquable cependant par sa marche spéciale et par le caractère particulier de quelques-uns de ses symptômes. Il s'agit d'une femme de soixante-huit ans, qui est depuis le 17 juin dernier au lit n° 28 de la salle Monneret. A son entrée, elle nous avait raconté que deux mois auparavant, le 23 avril exactement, elle avait constaté à son réveil une impotence fonctionnelle du bras et de la jambe droits. La veille encore elle pouvait se servir normalement de tous ses membres et, pendant la nuit même, son sommeil n'avait pas été interrompu et était resté calme. Depuis lors, son état ne s'est pas amendé; il s'est au contraire progressivement aggravé et aujourd'hui cette femme présente une paralysie qui est complète au bras droit et incomplète au membre inférieur du même côté.

A première vue, il semble qu'il s'agisse simplement d'une lésion cérébrale, dont il resterait à déterminer la localisation. Mais il n'en est pas ainsi; le cas est en réalité plus complexe, et il n'est pas douteux, à un examen plus approfondi, que les centres nerveux supérieurs ne soient restés indemnes.

Pour nous en convaincre, procédons à un examen méthodique.

Nous voyons d'abord que les fonctions cérébrales ont conservé toute leur intégrité. L'intelligence, la mémoire, l'élocution n'ont subi aucune atteinte. On ne constate ni lenteur de la conception, ni engourdissement, ni somnolence, ni dysarthrie. On n'observe ni ce rire, ni ces pleurs spasmodiques qui accompagnent si fréquemment les lésions cérébrales.

Vous remarquerez, d'autre part, que chez notre malade il n'existe pas trace de paralysie faciale sous forme hémiplégique. On ne relève ni déviation de la commissure des lèvres, ni parésie du voile du palais, ni déviation de la luette, ni trouble de la déglutition, ni modifications dans l'articulation des mots. Il y a là un rapprochement intéressant à faire avec ce qu'offre une autre malade du service qui, à la suite d'un ictus apoplectique, a conservé toute son intelligence, mais présente de la dysphagie, de la dysarthrie et de la déviation de la luette.

Etudions maintenant les membres paralysés. L'impotence fonctionnelle est absolue pour le membre supérieur droit qui est le siège d'une paralysie flasque totale : il ne peut se mouvoir spontanément, ni se déplacer sur le plan du lit; cependant, lorsque la malade le soutient à l'aide de sa main gauche, elle parvient à imprimer de légers mouvements à l'index et au médius droits. Le bras paralysé présente un certain degré d'œdème, comme c'est habituel dans les hémiplégies anciennes; mais il n'y a pas de contracture et la main n'est pas rétractée en griffe. Les troubles trophiques à ce niveau consistent simplement en un peu de parésie vasomotrice et de sudation locale; la peau est lisse.

Au membre inférieur droit, les troubles moteurs sont sensiblement moins accentués. La malade peut faire exécuter à ce membre des mouvements de latéralité et de flexion, mais elle éprouve de la difficulté à le soutenir audessus du lit. D'ailleurs la station debout est impossible, la jambe se dérobant immédiatement du côté paralysé.

La sensibilité est conservée, mais amoindrie; l'analgésie est assez marquée. La sensibilité réflexe, au contraire, est accrue. Le réflexe patellaire est exagéré à droite et à gauche. Il n'y a pas de clonus du pied. Le réflexe de Babinski est sensiblement égal des deux côtés, et la piqûre de la face plantaire provoque l'extension du gros orteil correspondant.

Jusqu'ici, cet ensemble symptomatique ne présente rien de bien particulier et pourrait relever d'une hémiplégie incomplète ancienne d'origine cérébrale, la lésion ayant affecté la motilité du membre supérieur plus que celle du membre inférieur.

Pourtant, en poussant plus loin notre examen, nous voyons que les troubles fonctionnels ne sont pas exclusivement localisés à droite.

Evidemment, les mouvements sont conservés au membre supérieur gauche; mais notez déjà que ceux de l'épaule restent limités. La malade ne peut étendre le bras en dehors et elle place difficilement sa main gauche sur la tête; il y a donc parésie du deltoïde et des muscles moteurs du moignon de l'épaule (sus et sous-épineux). L'intégrité des fonctions musculaires au bras et à l'avant bras gauches n'est pas aussi complète qu'elle le paraît à première vue. La patiente, malgré ses efforts, serre à peine la main qu'on lui donne. On constate que les interosseux et les muscles de l'éminence thénar sont atrophiés.

Quant au membre inférieur gauche, il est presque aussi faible que le droit et n'est certainement pas moins amaigri. L'atrophie est notable et sensiblement égale aux deux mollets. S'il n'y a pas d'anesthésie marquée, la sensibilité est certainement peu développée. Nous avons déjà indiqué que l'exagération des réflexes est bilatérale.

En somme, les troubles fonctionnels sont presque aussi accentués à gauche qu'à droite. Cela peut-il s'observer à la suite d'une lésion cérébrale? Chez certains hémiplégiques, atteints depuis longtemps, il existe souvent, il est vrai, de l'affaiblissement des membres du côté de la lésion cérébrale, par suite d'un certain degré d'atrophie du faisceau pyramidal direct qui dégénère en même temps que le faisceau pyramidal croisé. Mais si l'on s'en rapporte aux travaux de Charcot et de Pitres, ces troubles fonctionnels, du côté opposé à la paralysie, ne sont jamais aussi prononcés que ceux qu'offre notre malade. Il faut donc renoncer à admettre chez elle une lésion cérébrale. D'ailleurs, ses antécédents morbides, l'histoire de l'évolution clinique de son affection vont nous démontrer qu'il s'agit d'une compression lente de la moelle.

Deux signes peuvent être considérés ici comme particulièrement révélateurs : l'anesthésie douloureuse d'une part, la paralysie de la vessie de l'autre.

La malade ressent des douleurs irradiées très violentes, soit des élancements, soit une sensation de brûlure, d'érosion ou de constriction. Aux membres inférieurs, ce sont des élancements névralgiques fulgurants, comme on en observe chez les tabétiques. Les genoux sont le siège d'arthralgies qui déterminent la rétraction et la flexion des jambes. Des douleurs rhumatoïdes se font sentir dans la continuité des membres. Au niveau des reins, au bas du rachis, les douleurs prennent un caractère constrictif.

Tous ces phénomènes sont certainement d'origine centrale, car ils ne sont exagérés ni par la pression, ni par les mouvements provoqués; et on ne constate pas de point douloureux périphérique, pas plus qu'on n'en provoque sur le trajet des nerfs.

Or, jamais ces symptômes ne se retrouvent à un tel degré dans la paralysie d'origine cérébrale. On y observe bien des douleurs, surtout au niveau des articulations, mais elles sont fixes et dépendent le plus souvent de la contracture et de l'arthrite, parfois aussi de la myélite descendante qui affecte le faisceau pyramidal. En tout cas, ces douleurs ne sont jamais aussi intenses et elles ne sont pas paroxystiques.

Ici, au contraire, les paroxysmes sont fréquents. Quelquefois il y a une sédation apparente; puis, sans cause connue, survient une crise intolérable, comme dans certains cas de névralgies ou de névrites, ou encore dans le zona. Ces crises sont surtout nocturnes. Elles ressemblent étroitement à celles du tabes; elles relèvent, d'ailleurs, de lésions analogues. Il ne s'agit pourtant pas de tabes dans notre cas, car les réflexes sont exagérés et il n'existe pas de troubles oculaires.

Quant à la paralysie vésicale, elle est complète. Or, vous savez que dans les hémiplégies d'origine cérébrale on observe plutôt de l'incontinence d'urine; la rétention indique l'origine spinale de la lésion. Chez notre malade elle est continue, avec quelques rémissions cependant, car de temps à autre la patiente urine seule, sans qu'il s'agisse d'incontinence par regorgement.

Si nous revenons maintenant en arrière, pour examiner quelle a été l'évolution des phénomènes morbides, nous voyons que la santé de cette femme était déjà atteinte bien avant le jour où est survenue brusquement cette impotence fonctionnelle.

Notre malade a toujours été d'apparence robuste. Son père est mort subitement à l'âge de soixante-dix-huit ans; sa mère a succombé hémiplégique à soixante-dix ans. Elle-même ne signale dans ses antécédents qu'un eczéma du cuir chevelu survenu dans sa trentième année. Bazin considérait cette affection, qu'il a traitée pendant sept mois, comme étant de nature arthritique. Depuis lors, il a toujours subsisté un certain degré d'irritation et de desquamation du cuir chevelu. Il n'est pas sans intérêt de rappeler que Bazin regardait le cancer comme une manifestation de l'arthritis à la quatrième période; vous allez comprendre par la suite pourquoi cette remarque me vient à l'esprit.

Il y a quatre ans, la malade présenta de la rétraction du mamelon gauche, sans ulcération ni douleur; en même temps se produisait une légère induration sous-jacente de la mamelle. Il s'agissait d'un squirrhe atrophique, d'une maladie de Paget. Actuellement, on constate à ce niveau une tuméfaction légère, grosse comme un œuf, sans engorgement bien net des ganglions de l'aisselle. Au mois d'octobre 1899, cette femme se présentait à l'hôpital pour se faire opérer, mais toute intervention fut jugée inutile en présence des symptômes de propagation à distance qui existaient déjà. Depuis le 25 août, en effet, étaient survenues des douleurs névralgiques très vives à la nuque, au niveau des régions occipitale et mastoïdiennes. Parfois le moindre mouvement de la tête exagérait les symptômes; mais le plus souvent il ne semblait pas exister de corrélation entre les mouvements et la douleur. Celle-ci s'exaspérait la nuit, provoquant des insomnies pénibles. Bientôt il se produisit des irradiations scapulaires et dorsales avec une sensation de brûlure s'exagérant le soir et la nuit. Les membres supérieurs restaient indemnes; cependant, de loin en loin, les mains et les doigts devenaient le siège de picotements et de fourmillements, surtout du côté droit.

Actuellement, la maladie est entrée dans une phase nouvelle. Les douleurs de la nuque ont disparu depuis le mois d'avril. Par contre est apparue une parésie motrice avec atrophie des bras, des éminences thénar et même des épaules. Les douleurs se sont maintenues localisées aux membres inférieurs, accompagnées de crampes et de phénomènes pseudo-névralgiques.

Cet ensemble symptomatique est suffisant pour nous permettre de conclure à une compression de la moelle par un néoplasme de même nature que la tumeur mammaire. Mais ce diagnostic demande à être complété sur plusieurs points. Il reste à déterminer le siège exact de la tumeur, le degré de destruction de la moelle ou de ses racines, à fixer les éléments du pronostic et la durée du mal.

Le néoplasme peut s'être développé dans les vertèbres, dans les méninges ou dans la moelle. La généralisation d'emblée à la moelle est très rare et ne donne généralement pas lieu à des symptômes de ce genre. Il y a rarement une paraplégie absolue. L'impotence fonctionnelle se montre progressivement, sans douleur, mais avec anesthésie et analgésie. On a parfois ob-

servé le syndrome syringomyélique. Il peut même ne se manifester aucun symptôme morbide, témoin le cas qu'Adamkiewicz a rapporté il y a quelques années : une tumeur de la moelle s'étendant de la cinquième à la septième paire fut découverte par hasard à l'autopsie d'un sujet mort de la rage.

On pourrait se demander s'il ne s'agit pas dans notre cas d'une tumeur occupant une moitié de la moelle cervicale, à cause de l'unilatéralité de la paralysie flasque. Mais une telle lésion déterminerait le syndrome de Brown-Séquard : à une paralysie motrice avec atrophie et hyperesthésie du côté droit, correspondrait à gauche de l'anesthésie sans trouble moteur. Or, chez notre malade la parésie et l'atrophie sont bilatérales et ne s'accompagnent que de troubles sensitifs peu marqués.

Sont-ce les méninges qui ont été primitivement intéressées? La pachyméningite est fréquente dans la tuberculose, plus rare dans le cancer. Pourtant, elle est possible et son tableau clinique offre une analogie frappante avec ce que nous voyons ici. La pachyméningite présente trois phases (Joffroy) : la première s'accompagne de douleurs, par compression des racines sensitives, avec céphalée occipito-cervicale, sorte de torticolis avec crises de plus en plus fréquentes, paroxysmes nocturnes exagérés par les mouvements; puis irradiations le long du rachis et dans les membres supérieurs, douleurs vagues, rhumatoïdes des membres, élancements et piqûres dans les articulations, fourmillement et engourdissement des extrémités. Une deuxième phase est caractérisée par la paralysie, due à la compression des racines motrices, avec atrophie. C'est le membre supérieur, où les douleurs ont été le plus vives, qui est le premier atteint. Les muscles en voie d'atrophie deviennent le siège de tremblements fibrillaires et leur contractilité électrique diminue. Enfin surviennent des troubles trophiques (œdème, phlyctènes, érythèmes, ulcérations, peau lisse, etc.). A la troisième phase correspond l'atrophie complète avec main en griffe, attitude de prédicateur, etc. La pachyméningite est ici très probable, mais elle est vraisemblablement secondaire.

C'est donc au squelette qu'il faut localiser le point de départ de la tumeur. Le plus souvent il s'agit de noyaux cancéreux intravertébraux faisant saillie dans le canal rachidien ou comprimant les racines au niveau des trous de conjugaison. Ici vous ne remarquerez pas de déformation apparente du cou, pas d'épaississement des vertèbres. Mais la douleur s'éveille à la pression profonde et dans les mouvements de latéralité du cou.

A quelle hauteur de la moelle faut-il localiser la lésion? Le siège en est évidemment assez élevé, car l'atrophie des muscles de l'épaule suppose une altération de la quatrième paire cervicale. D'ailleurs, les douleurs initiales étaient surtout occipitales et sont restées longtemps circonscrites au cou. Ce n'est que depuis trois ou quatre mois qu'elles se sont étendues aux membres supérieurs.

Faut-il admettre le développement de noyaux cancéreux multiples le long de la colonne vertébrale? La rétention d'urine, la douleur rachidienne à la pression correspondent-elles à des localisations dorsales et lombaires? Une pareille interprétation n'est pas nécessaire, les douleurs de la pachyméningite cervicale hypertrophique pouvant irradier jusqu'en bas (Joffroy, Grasset).

L'état de la moelle en pareil cas est bien connu. Il y a atrophie et sclérose au point comprimé. La prolifération névroglique remplace les éléments nobles. La dégénération secondaire est descendante dans les faisceaux latéraux, ascendante dans les faisceaux postérieurs. La sclérose latérale descendante s'accompagne d'une symptomatologie spéciale : exagération des réflexes tendineux, indiquant à la fois l'excitabilité des cordons moteurs et l'intégrité des fonctions de la substance grise centrale; crampes et contractures.

Chez notre malade, la paralysie est flasque au membre supérieur droit. Cela peut dépendre de lésions diverses : soit qu'il y ait compression et destruction plus ou moins complètes des racines nerveuses, soit que la destruction de la corne antérieure droite ait entraîné l'atrophie complète des muscles du bras droit, soit qu'il s'agisse de troubles purement fonctionnels, liés à des congestions ou à de petites thromboses locales (Adamkiewicz). Ces congestions, ces afflux de sang, déterminant de l'hyperesthésie, jouent sans doute un rôle important dans l'apparition des crises paroxystiques douloureuses. D'ailleurs, la paralysie flasque n'implique pas la destruction totale de la substance nerveuse (Babinski); la contracture avec main en griffe est un signe plus grave.

Ce qui est difficile à expliquer dans le cas que nous étudions, c'est la raison pour laquelle brusquement, en une nuit, est apparue la paralysie du côté droit. L'envahissement des racines d'un côté justifie bien la monoplégie, mais non l'hémiplégie. Il y a là probablement un cas d'inhibition spinale, un trouble retentissant sur toutes les racines du même côté, phénomène analogue à celui de l'extension de la douleur aux membres inférieurs, l'hyperexcitabilité de la moelle au point comprimé se transmettant de proche en proche.

La paralysie de la vessie doit être interprétée de la même façon; c'est sans doute pour cela qu'elle présente des rémissions.

Par contre, il n'existe pas de troubles oculo-pupillaires, pas de retentissement sur le centre cilio-spinal.

Quant à la valeur des phénomènes douloureux, voici ce qu'on peut en dire. La répétition des crampes et des crises paroxystiques est un phénomène d'aggravation, qui aboutit à la contracture définitive. Au contraire, tant que les douleurs restent passagères, il n'y a pas nécessairement sclérose des cordons latéraux. Donc, ici l'état de la moelle ne serait pas irrémédiablement compromis, n'était la nature de la tumeur, qui ne permet pas d'espérer de rétrocession.

Dans la tuberculose, bien que le fait soit rare, les lésions peuvent s'amender; il n'en est jamais ainsi dans le cancer. Aussi dans ce dernier cas les douleurs sont-elles bien plus vives.

Nous nous trouvons donc en présence d'une affection incurable, dont nous ne pouvons qu'essayer de déterminer la durée probable. Dans le cas de compression de la moelle cervicale, il faut compter avec la menace d'accidents spéciaux, tels que le pouls lent (Gull) avec convulsions épileptiformes. Ici ce danger ne paraît guère imminent, la tumeur ne siégeant pas assez haut et étant trop loin du bulbe. La marche envahissante du néoplasme sera probablement assez lente, puisqu'il s'agit d'un cancer à forme squirrheuse. Ce qui est le plus à redouter, c'est le développement des eschares, qui ont déjà fait leur apparition.

Le traitement ne saurait être que palliatif. Aux crises paroxystiques on opposera les révulsifs le long du rachis (pointes de feu, ventouses scarifiées). On aura recours aux agents analgésiques (acétanilide, phénacétine, ciguë à l'intérieur) et on administrera l'opium et la morphine. Pour combattre l'excitabilité spinale, on donnera du bromure, du chloral, du salicylate de soude ou de l'antipyrine; mais on ne prescrira ces derniers médicaments qu'avec circonspection, de crainte de supprimer l'appétit et de diminuer l'élimination rénale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 octobre 1900.

Traitement des fistules vésico-vaginales.

M. Ricard. — J'ai opéré récemment un cas de fistule vésico-vaginale particulièrement difficile. Huit interventions avaient été tentées sans succès par plusieurs collègues, notamment par M. Albarran et par M. Campenon, lequel, finalement, avait pratiqué l'occlusion de la vulve. A la suite de cette opération, la malade présenta des accidents de cystite extrêmement douloureux et demanda une nouvelle intervention. Je rouvris la vulve et je cherchai à appliquer chez cette femme les principes dont je me suis inspiré pour la cure des fistules vésico-vaginales (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 138 et 1897, p. 91) : dans ce but, je décollai largement la face antérieure de l'utérus, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale, et j'abaissai l'utérus; grâce à ce large avivement, la suture a été suivie d'une guérison presque complète; j'ai dû ultérieurement oblitérer une petite fistulette, et la malade a guéri d'une façon définitive.

M. Routier. — Dans un fait analogue, où il n'y avait plus d'étoffe sur la paroi vaginale antérieure, j'ai employé le même procédé, en pratiquant le premier temps de l'hystérectomie vaginale et en abaissant l'utérus. J'ai obtenu ainsi du premier coup la guérison d'un cas que l'on avait jugé au-dessus des ressources de la chirurgie.

M. Bazy. — Je crois qu'on ne saurait trop déclarer que l'occlusion du vagin, pour remédier aux pertes de substance très étendues de la paroi vésico-vaginale, est une détestable opération; j'ai eu, pour ma part, l'occasion de m'en convaincre chez plusieurs malades auxquelles on l'avait infligée.

M. Schwartz. — Chez une femme qui avait été déjà opérée six fois sans succès, j'ai également eu recours au procédé qu'a employé M. Ricard, et j'en ai obtenu un excellent résultat; une petite fistulette a dû être oblitérée par une opération complémentaire qui fut suivie d'une guérison complète.

M. Walther. — J'ai opéré, dans le service de M. Tillaux, une malade atteinte d'une fistule vésico-vaginale, récidivée à la suite d'un nouvel accouchement. On avait essayé en vain de fermer cette fistule par la voie hypogastrique. J'employai le procédé du dédoublement et je pus ainsi facilement oblitérer la fistule avec l'utérus abaissé.

M. Richelot. — Il est certain que le retour à la méthode de dédoublement, avec les perfectionnements qui lui ont été apportés dans ces derniers temps, constitue un progrès remarquable dans le traitement des fistules vésico-vaginales. J'ai appliqué moi-même cette méthode en employant le procédé décrit l'année dernière par M. Braquehaye (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 363), que je considère comme très avantageux et qui m'a donné un succès parfait.

M. Segond. — Dans un cas de fistule vésico-utéro-vaginale, j'avais échoué lors d'une première tentative. Je pratiquai la taille sus-pubienne, et, ayant ainsi constaté que l'orifice de l'un des uretères se trouvait exactement placé sur une des lèvres de la perte de substance vésicale, je fis une suture par des points extérieurs, de façon à ne laisser dans l'intérieur de la vessie aucun fil qui aurait pu ultérieurement devenir le point de départ de calculs; j'eus soin, en outre, de ne pas comprendre dans ma suture l'orifice de l'uretère situé sur un des bords de la fistule vésicale. Il ne resta, après cette intervention, qu'une petite fistule vaginale dont j'obtins la guérison en employant une manœuvre analogue à celle que préconise M. Ricard.

M. Ricard. — Je crois que la méthode de M. Braquehaye doit être considérée comme une variante du procédé américain, plutôt que comme un procédé de dédoublement.

Calcul uréthral.

M. Potherat. — Le rapport que M. Guinard nous a présenté dans la dernière séance, à propos de deux observations de M. Pluyette, me fournit l'occasion de vous citer un fait analogue : j'ai enlevé récemment, par uréthrotomie externe, un calcul phosphatique de l'urèthre, développé autour d'un noyau d'oxalate, chez un malade de la Maison municipale de santé. Cet homme, âgé de quarante-huit ans, a souffert, il y a huit ou dix ans, d'accidents urinaires qu'on avait attribués à l'existence d'un rétrécissement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 octobre 1900

Sur l'évolution de la varicelle.

M. Pierre Merklen. — En observant de près une petite épidémie familiale de varicelle, j'ai relevé diverses particularités qui m'ont paru dignes d'être signalées.

La maladie a commencé, dans tous les cas, par l'éruption du tronc, si bien que quand apparaissaient la fièvre ou l'éruption vésiculeuse de la face, la poitrine et le dos présentaient déjà des croûtes provenant de vésicules desséchées. Cette éruption primitive du tronc se faisant habituellement d'une manière latente et la contagiosité de la maladie étant précoce, on comprend l'inutilité des mesures d'isolement, du moins dans une famille.

Dans un cas sur quatre, les vésicules sont restées citrines; il n'y a pas eu de fièvre; l'éruption n'a été abondante que sur le tronc, tandis qu'elle restait discrète à la face et aux extrémités, et les croûtes sont tombées sans laisser de cicatrice. Dans les trois autres cas, les vésicules de la face, des mains et des pieds ont suppuré après trois au quatre jours d'une fièvre continue et irrégulière; leur dessiccation a été lente, et les croûtes, épaisses, ont laissé à leur suite des cicatrices cupuliformes. On pourrait, si l'on se basait sur ces observations, à la vérité trop peu nombreuses, distinguer une varicelloïde, apyrétique, avec vésicules citrines, et une varicelle, fébrile et suppurée. Enfin, j'ai pu constater que les irritations cutanées (eczéma du pied, écorchure du cou-de-pied et même piqûres de puces) constituent une cause d'appel pour les vésicules varicelleuses qui se développent à leur niveau avec une grande abondance.

M. Barth. — Comme M. Merklen, j'ai constaté que l'éruption de la varicelle débute par le tronc et n'envahit la face et les membres que secondairement, à l'inverse de ce qui se passe pour la varioloïde. La fièvre est très variable suivant les sujets et ne paraît avoir aucun rapport avec l'éruption : certains enfants ne présentant que quelques vésicules ont une fièvre intense, alors que chez d'autres la température reste normale malgré l'abondance de l'éruption. Quant à la suppuration qui a été observée dans quelques cas par M. Merklen, je crois qu'elle est très rare et qu'elle ne se rencontre guère que chez les sujets qui avaient antérieurement des lésions cutanées.

M. Sevestre. — La suppuration des vésicules de la varicelle est toujours le fait d'une infection secondaire due à un état de malpropreté habituelle de la peau. Ce qui le prouve, c'est qu'il est tout à fait exceptionnel de voir suppurer la varicelle chez les enfants de la ville, tandis qu'à l'hôpital le fait est assez commun.

M. Pierre Merklen. — Les causes de la suppuration des vésicules varicelleuses sont sans doute complexes. Mes malades étaient dans les meilleures conditions d'hygiène, mais j'admets que le premier atteint, celui qui contamina les autres, était, en raison d'un eczéma antérieur, dans des conditions favorables pour faire de la suppuration de la peau. Le second présentait une écorchure du cou-de-pied, susceptible également de faciliter l'infection suppurative de ses vésicules varicelleuses. Rien de semblable chez le troisième dont la peau était intacte, et je ne vois qu'une hypothèse à émettre à son sujet : c'est que la varicelle suppurée, si véritablement elle est le fait d'une infection secondaire, peut se transmettre sous cette forme, en vertu d'une contagion double et simultanée par les germes de la varicelle et les microbes de la suppuration.

Sur un cas de pleurésie à bacilles d'Eberth.

M. Siredey. — J'ai soigné, au mois d'août dernier, un homme de vingt-sept ans atteint d'une fièvre typhoïde dont l'évolution fut normale, et qui, vingt et un jours après la chute de la fièvre, présenta tous les signes d'un épanchement pleural. Une ponction exploratrice donna issue à quelques gouttes de pus contenant un grand nombre de bacilles d'Eberth et quelques rares pneumocoques. Deux ponctions évacuatrices pratiquées quelques jours plus tard ne donnèrent aucun résultat, ce qui n'empêcha pas, du reste, cet homme de guérir très rapidement.

Ce fait mérite d'être rapproché de ceux que M. Widal a rapportés dans une précédente séance (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 280); il prouve que la pleurésie éberthienne peut survenir à une époque assez éloignée du début de la fièvre typhoïde, et que l'épanchement qui l'accompagne, contrairement à ce qu'on pourrait supposer d'après les signes physiques, est quelquefois trop peu abondant pour qu'il soit nécessaire d'avoir recours à la thoracentèse. Ces signes physiques, en effet, sont dus plutôt à l'inflammation concomitante du poumon qu'à celle de la plèvre.

Les infarctus pulmonaires et la pleurésie chez les dothiénentériques.

M. Galliard. — Parmi les pleurésies que l'on observe au cours de la fièvre typhoïde, quelques-unes sont consécutives à des infarctus du poumon. J'ai eu l'occasion récemment d'en observer deux cas : le premier concerne un homme de vingt-quatre ans qui, au dix-neuvième jour d'une fièvre typhoïde légère, fut pris d'un violent point de côté bientôt suivi d'une expectoration sanguinolente, sans élévation de la température. Quelques jours après, je constatai à la base du poumon droit tous les signes d'un épanchement pleural qui ne tarda pas à se résorber, mais auquel succéda une symphyse pleurale ayant persisté plusieurs mois.

La seconde observation est celle d'un garçon de vingt et un ans qui fut atteint, au vingtième jour d'une fièvre typhoïde sévère, d'un point de côté très douloureux accompagné de crachats hémoptoïques, de submatité à la base du poumon gauche, de râles crépitants et d'un peu de souffle. Au bout de quelques jours, tous ces phénomènes s'amendèrent; mais bientôt la fièvre s'éleva de nouveau et je constatai tous les signes d'une pleuro-pneumonie qui guérit, d'ailleurs, rapidement.

Chez ces deux malades, la ponction exploratrice ne donna aucun résultat, soit que le liquide fût trop épais pour traverser l'aiguille, soit que celle-ci eût pénétré d'emblée dans le poumon, le liquide ne formant qu'une mince couche à sa surface.

M. Siredey. — J'ai observé trois fois des infarctus du poumon au cours de la fièvre typhoïde; tous se sont terminés par la guérison. Ces infarctus sont intéressants à connaître parce que, avant l'apparition de l'expectoration sanguinolente, les signes par lesquels ils se manifestent pourraient faire croire à un commencement de pleurésie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 octobre 1900.

Cyto-diagnostic de la méningite tuberculeuse.

M. Widal. — A l'état normal, le liquide céphalo-rachidien recueilli sur le vivant par ponction lombaire ne contient pas d'éléments figurés. Ceux-ci ne se montrent que lorsque les méninges sont frappées d'inflammation aiguë; ils varient alors suivant la nature de l'agent infectieux, ainsi que le prouvent des recherches que je viens de faire avec MM. Sicard et Ravaut.

Nous avons étudié le liquide céphalo-rachidien de douze malades atteints de méningite tuberculeuse. Ce liquide, retiré par ponction, était parfois légèrement louche, parfois sanguinolent; mais souvent il présentait une limpidité telle qu'on l'aurait difficilement distingué d'un liquide normal. L'examen microscopique du dépôt obtenu après centrifugation a démontré dans tous ces cas l'existence d'une grande quantité de lymphocytes et exceptionnellement de quelques polynucléaires.

Au contraire, dans deux faits de méningite cérébro-spinale, nous avons trouvé presque exclusivement des polynucléaires.

La lymphocytose caractérise donc la formule histologique du liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse, et la recherche de cette formule peut, dans certains cas, être d'une grande utilité pour le diagnostic.

Péricardite, myocardite et pleurésie typhoïdiques expérimentales.

M. Bacaloglu. — En injectant directement dans la cavité péricardique de cobayes des bacilles typhiques vivants, nous avons vu se développer, au bout d'un laps de temps variant entre trois et quinze jours, une péricardite adhésive, une myocardite et souvent une pleurésie gauche séro-hémorrhagique à bacilles d'Eberth. Dans deux autres séries d'expériences, au lieu d'employer les bacilles vivants nous avons inoculé soit les corps microbiens tués par le chauffage, soit le bouillon de culture lui-même filtré sur une bougie de porcelaine.

Les lésions produites par les microbes morts ont été identiques à celles qui avaient été réalisées par l'injection de bacilles vivants. Au contraire, les cobayes inoculés avec le bouillon filtré n'ont présenté aucun accident et, à leur autopsie, nous avons trouvé le péricarde et la plèvre intacts. Le poison typhique est donc contenu dans les corps microbiens et ne paraît pas susceptible de diffuser dans le milieu de culture comme la toxine diphtérique.

De la rareté de la tuberculose en Tunisie.

M. Remlinger dit avoir constaté l'extrême rareté des différentes formes de la tuberculose en Tunisie, surtout parmi les Européens et les Israélites. Cette immunité est moins prononcée chez les Arabes, au moins en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire.

L'orateur croit pouvoir attribuer la rareté de la tuberculose en Tunisie au climat et à la situation de ce pays qui, placé entre le Sahara et la mer, subit une ventilation constante du nord au sud.

M. Bouchard fait remarquer que les conditions misérables dans lesquelles vivent les Arabes suffisent à expliquer que la phtisie soit plus fréquente chez eux que chez les Européens; les questions de race et de climat ne lui paraissent jouer dans le développement de cette affection qu'un rôle secondaire.

Acquisition de l'agglutinabilité par un bacille de Lœffler primitivement non agglutinable.

M. Nicolas (de Lyon) envoie une note dans laquelle il dit avoir vu se développer la propriété agglutinative, primitivement absente, chez un bacille de Lœffler, après une longue période d'entretien sur les milieux de culture des laboratoires.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Des suppurations intra et péri-hépatiques d'origine typhlo-appendiculaire, par M. Ed. Loison.

Le développement d'une hépatite suppurée, comme complication de l'appendicite, a été signalé depuis longtemps, et, dans sa thèse de 1895, M. Berthelin a pu en rassembler 28 exemples; M. Loison, de son côté, a observé un certain nombre de faits analogues; c'est ainsi que, dans un cas personnel, il dut ouvrir une collection suppurée intra-hépatique du volume d'un gros œuf de poule, chez un malade auquel il avait précédemment incisé deux foyers purulents, l'un iliaque et l'autre pelvien.

La propagation de l'infection appendiculaire au foie se fait principalement par la veine porte, comme l'ont montré MM. Achard, Gendron, Dieulafoy, Rendu, etc. On en trouve la preuve dans le mode de répartition de la suppuration au sein du foie lui-même; dans certains faits, on voit, à la coupe de la glande hépatique, que le pus est renfermé à l'intérieur des branches de distribution de la veine porte, et plusieurs fois l'étude microscopique a permis de saisir les premières phases du développement des abcès au niveau des espaces portes, autour des veines périlobulaires.

D'autre part, des collections sous-phréniques peuvent se produire au voisinage du foie, consécutivement à l'appendicite, et l'on a invoqué plusieurs modes pathogéniques pour en expliquer le développement. Sous l'influence de l'inflammation, l'appendice peut adhérer au péritoine pariétal et entrer ainsi en rapport direct avec les vaisseaux lymphatiques qui montent vers le diaphragme. Plus simplement, l'abcès d'origine appendiculaire peut se former dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal, donnant lieu à la lésion décrite par Oppolzer sous le nom de

para-typhlite et à laquelle on pourrait logiquement appliquer dans certains cas la qualification de para-appendicite; la suppuration gagne ensuite la région hépatique, par propagation ascendante dans le tissu cellulaire rétro-colique. Enfin Robinson a cherché à expliquer la formation d'abcès au pourtour du foie en invoquant la progression possible du pus au niveau de l'angle formé par le côté externe du cæcum et par la paroi abdominale postéro-latérale, ce sinus pariéto-colique commençant en bas à la région appendiculaire et aboutissant en haut dans un espace virtuel sous-hépatique qui est limité : en haut et en avant, par la surface inférieure du lobe droit du foie et de la vésicule biliaire; en bas, par l'angle du côlon; en arrière, par la face antérieure du rein; en dedans par le duodénum, l'hiatus de Winslow et le bord gauche de l'épiploon gastro hépatique. Cette cavité communique d'autre part en haut avec les espaces diaphragmatico-hépatiques antérieur et postérieur droits, et en dedans avec l'arrière-cavité des épiploons; mais la position horizontale du malade favorise évidemment la progression du pus surtout vers les espaces sous et sus-hépatique.

Que la suppuration hépatique ait pour origine la dysenterie, la fièvre typhoïde ou l'appendicite, les signes physiques et fonctionnels sont toujours sensiblement les mêmes. L'auteur insiste à ce propos sur les services que peut rendre la radioscopie pour le diagnostic des suppurations du foie. Lorsqu'un malade est porteur d'une collection intra ou péri-hépatique amenant une augmentation de la matité du foie, la percussion et l'auscultation laissent souvent dans l'incertitude, et l'on peut se demander si la matité anormale est due à une suppuration intra ou péri-hépatique, ou bien à un épanchement de liquide au niveau de la base pleurale droite. Le sujet étant placé devant l'écran, si la plèvre est libre, on voit immédiatement apparaître le dôme diaphragmatique — qu'on n'aperçoit plus, au contraire, quand la plèvre est remplie par du liquide —, et la coupole droite est située à un niveau plus élevé que la gauche et présente par rapport à cette dernière une dénivelation pouvant atteindre 7, 8 ou 10 centimètres. En outre, la moitié gauche continue à se mouvoir par l'effet de la respiration, et le cul-de-sac costo-diaphragmatique reste net, surtout pendant l'inspiration; à droite, au contraire, le diaphragme est immobilisé à peu près complètement, et le cul-de-sac costo-diaphragmatique est supprimé en partie. En présence de cette image, on peut conclure qu'il s'agit d'une lésion hépatique ou péri-hépatique qui a refoulé le diaphragme et l'a plus ou moins immobilisé. (*Rev. de chir.*, avril 1900.) — M. C.

Sur un syndrome d'hérédo-syphilis spinale chez le nourrisson, par M. DE PETERS.

On admet généralement que les manifestations spinales de la syphilis héréditaire chez les petits enfants ne sont qu'un épiphénomène des lésions syphilitiques de l'encéphale. Or, l'auteur a eu l'occasion d'observer 11 nourrissons portant des stigmates d'hérédo-syphilis, ou du moins issus de parents notoirement syphilitiques, chez lesquels existaient des symptômes médullaires en l'absence de tout signe d'une localisation cérébrale de l'infection. En effet, ces enfants n'avaient jamais eu de vomissements, de troubles de la conscience ni de convulsions — phénomènes qui, à cet âge surtout, ne manquent pas de se produire, même sous l'influence d'une légère perturbation de la circulation cérébrale.

Par contre, tous les petits malades en question ont présenté le même syndrome clinique, consistant essentiellement en une paralysie d'un ou des deux membres supérieurs, parfois congénitale, mais le plus souvent ayant débuté brusquement peu après la naissance.

Voici comment se traduit cette paralysie :

Lorsqu'on soulève l'enfant par le ventre de façon à laisser pendre librement les membres supérieurs, on remarque que le bras paralysé est flasque et ballant, tandis que le bras sain est tenu rapproché du tronc. En plaçant ensuite l'enfant sur le dos et en excitant la peau pour provoquer des contractions musculaires, on peut observer des phénomènes variables suivant le siège et l'étendue des lésions médullaires, causes des troubles paralytiques. Tantôt on constate que les mouvements de flexion et d'extension du coude, du poignet et des doigts font défaut ou ne se montrent que dans quelques muscles isolés. D'autres fois, la motilité du poignet et des doigts est intacte, mais les mouvements dans l'articulation de l'épaule et parfois aussi dans celle du coude sont abolis. Enfin, la motilité de ces deux dernières articulations peut être conservée plus ou moins, tandis que le poignet et les doigts sont presque immobiles : il s'agit ici d'une lésion du segment inférieur de la moelle cervicale, le segment supérieur restant indemne. Dans tous les cas, les mains affectent une position caractéristique à laquelle l'auteur donne le nom d'*attitude en nageoire de phoque* : l'avant-bras se trouve en pronation, le dos de la main est dirigé en dedans, la paume tournée en dehors; le poignet, fléchi, est en abduction vers le cubitus.

Ce phénomène, dû à ce que certains muscles de l'avant-bras (extenseurs, long supinateur, radiaux) sont atteints plus que leurs antagonistes (fléchisseurs, cubitaux antérieur et postérieur), n'est pas absolument pathognomonique des paralysies dont il s'agit. En effet, on le rencontre aussi dans quelques affections non syphilitiques des nerfs périphériques ou de leurs racines, notamment dans certaines paralysies obstétricales; mais il n'en a pas moins une grande valeur diagnostique, puisque M. de Peters l'a constaté dans 9 cas sur 11. Quoi qu'il en soit, la coexistence de l'attitude des mains en nageoire de phoque avec le symptôme de Dejerine-Klumpke (rétrécissement et immobilité relative de la pupille) — qui apparaît chaque fois que la dernière paire cervicale et la première paire dorsale sont lésées — permet d'assurer le diagnostic d'hérédo-syphilis médullaire chez le nourrisson.

En plus des symptômes qui viennent d'être décrits, les petits malades peuvent présenter des paralysies des muscles de la nuque et des membres inférieurs avec plaques d'hyperesthésie et contractures isolées. Il s'agit toujours en l'espèce de paralysies flasques, sans exagération des réflexes tendineux, les contractures n'envahissant jamais tout un membre, comme le fait se produit dans les lésions encéphaliques, mais restant parcellaires. En un mot, on a affaire à des paralysies nettement *radiculaires*, par conséquent encore d'origine spinale.

D'autre part, la nature syphilitique de ces lésions ne peut être mise en doute en présence des résultats obtenus par le traitement spécifique : sur 10 petits malades qui furent soumis par l'auteur aux frictions mercurielles, 8 guérirent complètement et 2 furent notablement améliorés. (*Rev. de méd.*, août 1900.)

Migrations thoraciques des abcès du foie ; leur traitement chirurgical, par M. J. FONTAN.

Les migrations thoraciques des abcès du foie peuvent se faire suivant diverses modalités. Dans le cas le plus fréquent, l'abcès se fraye un passage à travers le poumon droit, grâce aux adhérences pleurales qui se produisent entre le diaphragme et la base du poumon, et le pus vient s'évacuer dans une bronche, sous forme de vomique. D'autres fois, les adhérences faisant défaut entre le poumon et le diaphragme, la collection s'ouvre dans la plèvre et produit alors d'emblée un pyothorax. D'après M. Fontan, la situation de l'abcès permet d'expliquer pourquoi les adhérences pleurales se produisent ainsi dans la plupart des cas, tandis qu'elles font défaut dans d'autres. Si, en effet, l'abcès du foie confine au centre de la voûte diaphragmatique ou à sa région postérieure, la séreuse pulmonaire restant constamment en contact avec la plèvre diaphragmatique, les déplacements sont presque nuls et les adhérences peuvent se constituer. Lorsque, au contraire, l'abcès perfore le diaphragme au niveau du sinus costo-diaphragmatique, dans lequel le poumon ne pénètre que d'une façon intermittente, le glissement incessant des feuillets séreux ne permet pas aux adhérences de s'établir, et l'irruption du pus se fait alors dans la cavité pleurale.

Pour traiter les abcès émigrés dans le poumon, il faut chercher à les ouvrir et à les drainer près de leur fond, et, pour obtenir ce résultat, le premier temps de l'intervention doit être une sorte de thoracotomie exploratrice. En général, d'après M. Fontan, il faut réséquer deux côtes, la neuvième et la dixième, dans une étendue de 6 à 8 centimètres, puis faire sur la plèvre costale que l'on a ménagée une incision courbe qui donne le plus de jour possible. Après la suture pleuro-diaphragmatique, qui met la plèvre à l'abri de toute contamination et la garantit contre le pneumo et le pyothorax, on incise le diaphragme et on pratique l'ouverture de l'abcès hépatique, suivie de curettage et de drainage, sans oublier de cureter également la poche pulmonaire. Si la manœuvre exploratrice échoue, si l'abcès situé très en arrière ou très en dedans vers le médiastin n'est pas atteint par l'incision précédente, à laquelle on ne donne que l'étendue suffisante pour permettre l'exploration de la surface du foie à l'aide de deux ou trois doigts, l'auteur conseille de pratiquer un grand volet à la manière de Delorme.

En ce qui concerne la voie qu'on devrait suivre pour atteindre les abcès postérieurs et particulièrement ceux du lobe de Spiegel, M. Fontan pense que, si le diagnostic de cette variété était positif, on pourrait passer par le médiastin postérieur en traversant la masse sacro-lombaire, en réséquant la portion postérieure d'une ou de plusieurs côtes, en refoulant la plèvre au dehors et en atteignant ainsi le foie immédiatement en dehors de la veine cave. Ce serait là une nouvelle application du procédé décrit par l'auteur pour le curettage de la colonne vertébrale.

Quelques chirurgiens ont employé comme procédé de choix la voie sus-diaphragmatique; M. Fontan l'a utilisée deux fois, mais il la considère comme une ressource ultime, applicable seulement lorsque les autres méthodes sont impuissantes; en effet, elle ne donne pas un écoulement déclive à la cavité purulente, et surtout elle entraîne forcément le pneumothorax et la contamination de la plèvre. En résumé, dans la majorité des cas de migration thoracique des abcès du foie, on emploiera la voie transpleurale, avec résection d'une ou de deux côtes ou avec grand volet thoracique, lorsque cela sera nécessaire. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, mars-avril 1900.) — M. C.

De la scapulectomie pour tumeurs malignes de l'omoplate, avec conservation du membre supérieur, par MM. L. PICQUÉ et DARTIGUES.

A propos d'un cas de tumeur à myéloplaxes de l'omoplate qu'ils ont traité avec succès par l'ablation primitive et totale de l'omoplate en conservant le membre supérieur, MM. Picqué et Dartigues ont étudié les indications et les résultats de cette opération ainsi que sa technique opératoire, telle qu'elle a été indiquée par M. Berger, dans le cas de tumeur maligne de l'omoplate sans envahissement des parties voisines.

L'amputation interscapulo-thoracique constitue évidemment la seule ressource à laquelle on puisse avoir recours quand la tumeur entoure les vaisseaux axillaires ou a contracté avec ces vaisseaux des rapports étroits, quand elle englobe l'articulation scapulo-humérale et s'étend jusqu'à la partie supérieure du bras, et enfin lorsque le volume du néoplasme est excessif et que la peau et les ganglions sont envahis. La scapulectomie est l'opération de choix dans tous les autres cas, c'est-à-dire chaque fois que l'on n'a pas à craindre la récidive locale et qu'il paraît possible de conserver un membre utile.

Au point de vue des résultats opératoires, les auteurs de ce travail ont pu, en comprenant leur observation personnelle, réunir 77 cas, dont 36 extirpations partielles de l'omoplate, 35 extirpations totales et 6 extirpations avec résection de la tête humérale; parmi les 36 extirpations partielles, 15 fois l'intervention n'a porté que sur la portion osseuse au niveau de laquelle le néoplasme était implanté, et 21 fois l'extirpation a compris la presque totalité de l'os, sauf l'apophyse coracoïde, l'acromion et la cavité glénoïde.

En bloc, la mortalité opératoire a été de 18 %, principalement par hémorrhagie primitive ou par infection; il convient d'ajouter que beaucoup de ces interventions ont été pratiquées avant l'antisepsie et le perfectionnement de l'hémostase.

Sur 77 observations, 26 seulement contiennent l'indication du résultat éloigné, au point de vue de la récidive. Dans le groupe des 15 extirpations limitées au foyer néoplasique, 6 récidives sont

signalées, dont 4 rapides, les 2 autres étant survenues après cinq mois et après un an; chez les autres malades, le résultat éloigné n'a pas été mentionné, sauf pour 2 où il n'y avait pas de récidive au bout d'un temps très long (huit ans et un an et demi). Dans la série des 21 amputations partielles de l'omoplate avec conservation exclusive du col et des apophyses, 4 récidives ont été notées, dont 2 rapides, 1 après un an et 1 au bout de quatre ans. Après l'extirpation totale de l'omoplate, les résultats sont indiqués pour 13 cas seulement, et dans 1 seul de ces 13 cas la récidive n'existait pas après quatorze mois. Enfin, sur les 6 faits d'extirpation totale de l'omoplate avec résection de la tête humérale, 1 seul est signalé comme ayant récidivé rapidement. Il est difficile de se faire une idée précise de la fréquence des récidives, étant donnée la faible proportion des résultats mentionnés à ce sujet, mais on peut dire qu'aucune des opérations pratiquées ne confère des chances bien grandes de guérison définitive, et que, à ce point de vue, l'intervention la plus radicale, c'est-à-dire l'ablation totale, ne paraît pas donner de meilleurs résultats que les autres.

Il n'est guère possible d'apprécier d'une façon exacte, d'après la plupart des observations publiées, les troubles fonctionnels qui peuvent résulter de l'ablation totale de l'omoplate. Sur 35 observations, en effet, le résultat fonctionnel n'est indiqué que 16 fois, mais il est vrai que 13 fois il est noté comme très satisfaisant; dans un seul cas il est signalé comme médiocre; pour les 2 autres faits on a constaté une diminution graduelle de l'impotence. La malade de MM. Picqué et Dartigues, opérée en octobre 1897, a été revue en août 1899; grâce à l'appareil de redressement qu'elle porte depuis l'opération, l'affaissement du côté opéré a été efficacement combattu. Il n'existe pas de récidive, ce que faisait prévoir le diagnostic histologique de tumeur à myéloplaxes, fait par M. Ménétrier.

Quoi qu'il en soit, l'ablation totale de l'omoplate ne donnant pas une mortalité opératoire supérieure à celle des opérations partielles, c'est évidemment à elle qu'il convient de recourir dans le cas de tumeur maligne, lorsque l'on croit pouvoir éviter l'amputation interscapulo-thoracique. (*Rev. de chir.*, avril 1900.) — M. C.

Sur un cas de sommeil prolongé pendant sept mois, par tumeur de l'hypophyse, par M. F. Soca.

Dans le présent travail, M. Soca relate l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans, sans antécédents héréditaires ni personnels dignes d'être notés, qui perdit brusquement connaissance pendant qu'elle se faisait une affusion d'eau froide sur le corps. Elle recouvra ses sens au bout d'un certain temps, mais s'aperçut à son réveil que sa vue avait beaucoup baissé. cette amblyopie s'accentuant de plus en plus, la malade fut examinée à l'ophtalmoscope et l'on constata chez elle une atrophie papillaire double, plus accentuée à gauche. Elle se fit alors recevoir dans le service de M. Soca qui, dès le lendemain de l'admission, la trouva plongée dans un sommeil profond, dont on put la tirer cependant en l'appelant et en la secouant; elle se réveilla absolument comme une personne qui sort d'un sommeil naturel, put causer fort correctement, mais se rendormit bientôt. Or, cet état de sommeil presque continu persista pendant sept mois, au bout desquels la patiente fut emportée par une broncho-pneumonie tuberculeuse; jusqu'au bout, son état demeura le même: on pouvait la réveiller assez facilement, ce qui permit de remarquer que son intelligence baissait d'une façon rapide; il lui arrivait aussi de se réveiller spontanément, sans doute sous l'influence de la faim, car elle demandait alors à manger. Toutes les fonctions s'accomplissaient normalement; il y eut seulement quelques vomissements nerveux au début, mais qui ne se reproduisirent pas dans la suite; en outre, on put noter un certain degré d'anosmie à droite et une légère parésie du bras et de la jambe du même côté.

A l'autopsie, on trouva une tumeur de consistance molle, semi-fluide, de nature sarcomateuse, unissant la base du cerveau à la dure-mère correspondante. Elle adhérait au plancher du troisième ventricule depuis l'espace perforé postérieur jusqu'aux bandelettes olfactives et aux circonvolutions orbitaires, et s'enfonçait latéralement sous la partie antérieure des circonvolutions de l'hippocampe. Ce néoplasme, qui paraissait développé aux dépens de l'hypophyse, avait englobé dans sa masse les nerfs optiques à leur naissance, le chiasma et la partie antérieure des bandelettes optiques. Les nerfs oculo-moteurs et pathétique étaient respectés, les pédoncules cérébraux écartés l'un de l'autre et comprimés.

M. Soca rapproche cette curieuse observation des cas déjà publiés de maladie de Gayet-Wernicke, affection où l'on observe un sommeil parfois de longue durée (cinq mois dans un cas de Gayet) et qui est caractérisée par des lésions de polioencéphalite portant sur la substance grise de l'aqueduc de Sylvius et du plancher du troisième ventricule, régions qui étaient précisément le plus comprimées par la tumeur dans le cas présent. L'auteur hésite cependant à en conclure à l'existence d'un « centre du sommeil », ayant son siège dans la substance grise en question. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, mars-avril 1900.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Embolie pulmonaire chez une femme ayant survécu quinze heures à cet accident, par M. Drasche.

Dans les publications relatives à l'embolie de l'artère pulmonaire, on chercherait en vain un fait analogue à celui que fait connaître M. le professeur Drasche et où il a été possible de constater cliniquement le passage d'un caillot sanguin à travers l'orifice artériel du cœur droit.

Cette observation a trait à une femme âgée de soixante-huit ans, qui depuis quelques semaines souffrait de palpitations, de dyspnée et d'œdème des membres inférieurs; sur les jambes, on constatait l'existence de varices superficielles, douloureuses à la pression; le cœur ne présentait rien d'anormal, à part une légère augmentation du diamètre transversal. Le onzième jour après son entrée à l'hôpital, la patiente fut prise brusquement de suffocation avec perte de connaissance, cyanose et convulsions. Quelques instants plus tard, l'auteur put examiner la malade qui, à ce moment, était encore fortement cyanosée et dont le pouls, très arythmique, battait 150 fois à la minute. Sur le sternum, au niveau du second et du troisième espace intercostal, on percevait un frémissement cataire intense, étendu et synchrone à la systole, en même temps qu'on entendait un souffle particulier, rude et prolongé, également systolique, mais empiétant sur le second temps. Tout à coup, le frémissement et le souffle disparurent complètement et on ne perçut plus que les bruits du cœur qui étaient sourds et mal frappés. La malade reprit connaissance et son état s'améliora visiblement — elle accusait encore une grande faiblesse et présentait un peu de cyanose, mais n'était plus dyspnéique — lorsque, quinze heures après le premier accès, elle eut une nouvelle crise de suffocation à laquelle elle succomba en quelques minutes.

Il s'agissait évidemment dans ce cas d'une embolie ayant les veines variqueuses des extrémités inférieures pour point de départ et qui, lors du premier paroxysme, n'avait pas obstrué complètement l'artère pulmonaire, cette obturation ne s'étant effectuée qu'au cours du second accès.

L'autopsie confirma pleinement ce diagnostic clinique. On trouva, en effet, le tronc de l'artère pulmonaire rempli par un thrombus qui se prolongeait dans les deux branches principales de ce vaisseau. Les veines fémorale, hypogastrique et iliaque droites étaient également thrombosées. L'examen des caillots permit de conclure que l'embolie avait dû se produire d'abord dans la branche gauche de l'artère pulmonaire sans interrompre complètement la circulation. Cependant, à son passage à travers l'orifice d'origine de cette artère, le caillot avait certainement constitué un obstacle temporaire à la pénétration de l'onde sanguine de l'oreillette dans le ventricule et avait provoqué de la sorte la première crise de suffocation avec cyanose. Le thrombus qui se trouvait dans le tronc de l'artère ayant, par la suite, augmenté de volume, on vit se produire un arrêt définitif et mortel de la circulation pulmonaire.

Ainsi donc, il a été possible, dans ce cas, d'établir du vivant de la malade non seulement le diagnostic d'embolie pulmonaire, mais encore de préciser le moment de la pénétration du caillot sanguin à travers l'orifice artériel du cœur droit, ce qui s'est traduit cliniquement par les signes d'une anémie cérébrale aiguë et par les phénomènes stéthoscopiques dont il a été question plus haut. Le fait que la malade a survécu pendant quinze heures au premier ictus embolique, à la suite duquel la conscience a pu même se rétablir complètement, constitue une autre particularité remarquable de cette observation. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 juin 1900.)

Cubitus valgus chez la femme, par M. Hübscher.

On sait que normalement l'avant-bras ne se trouve pas dans le prolongement de l'axe de l'humérus, mais qu'il présente une déviation en abduction de quelques degrés. Plusieurs auteurs ont fait remarquer que cette déviation est plus prononcée chez la femme que chez l'homme. Aussi M. Hübscher vient-il de reprendre l'étude de cette question sur 125 individus des deux sexes et d'âges divers.

Ses recherches lui ont montré que, chez l'homme, la déviation en question ne dépasse jamais 10°, et que l'influence de l'âge est fort peu accusée. Chez les sujets du sexe féminin, on trouve le même chiffre de 10° jusqu'à l'âge de douze ans; au contraire, entre treize et dix-sept ans, la déviation dépasse toujours 10° et atteint même, dans un quart des cas, de 16 à 20°. Enfin, l'ouverture de l'angle augmente encore à partir de l'âge de dix-huit ans, et, chez la femme adulte, elle se compte par 15°, 25°, voire 30°, les déviations moins fortes étant exceptionnelles.

Des recherches anatomiques, dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer ici, ont montré à M. Hübscher que la cause principale de cette abduction ne réside pas, comme on pourrait le croire, dans une conformation spéciale des extrémités articulaires de l'humérus ou des os de l'avant-bras, mais bien dans une légère incurvation du tiers inférieur de la diaphyse humérale. Cette modification ne saurait être attribuée au rachitisme, car la plupart des déformations rachitiques de l'humérus tendent au contraire à placer l'avant-bras en adduction.

Au point de vue étiologique, l'auteur invoque deux faits d'un ordre très différent. Le premier est la saillie du bassin et de la hanche chez la femme, surtout à partir de la puberté : le bras s'adapterait aux contours de la hanche en se mettant en abduction au niveau du coude. L'importance de ce facteur étiologique est démontrée par cette constatation, à savoir que les femmes petites et à hanches larges présentent au maximum l'abduction cubitale, tandis que les sujets élancés, à hanches étroites, offrent une déviation beaucoup moins considérable. M. Hübscher a remarqué, en outre, chez des femmes atteintes de scoliose, que le bras du côté correspondant à la convexité du rachis, qui est par cela même écarté du bassin, est beaucoup plus rectiligne que celui du côté opposé. La différence entre les angles d'abduction des deux bras peut s'élever jusqu'à 10°.

La deuxième cause invoquée par l'auteur est l'influence de la traction musculaire. En effet, les muscles fléchisseurs de l'avant-bras agissent principalement sur la partie latérale de l'articulation huméro-cubitale. Or, il est facile de constater que la femme tient de préférence le coude plus ou moins fléchi, contrairement à ce qui a lieu dans le sexe masculin. La traction exercée ainsi, d'une manière presque constante, sur le côté externe de l'articulation, amènerait, selon M. Hübscher, l'incurvation en question du tiers inférieur de la diaphyse humérale. La valeur étiologique de ce fait est confirmée par des observations prises sur deux fillettes, chez lesquelles des paralysies infantiles avaient annihilé une partie des muscles du bras; or, la traction des muscles non paralysés avait provoqué chez elles un cubitus valgus de 35° dans un cas et de 39° dans l'autre.

L'auteur insiste en terminant sur la nécessité de rétablir dans le traitement des fractures du coude, non pas la position en ligne droite, qui n'est pas naturelle, mais l'abduction physiologique, telle qu'on la constate sur le bras non lésé. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 5-6.) — F. DE Q.

Experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese der Cholaemie und die daraus sich ergebenden Grundsätze für die Therapie der von der Cholaemie begleiteten Leberkrankheiten. In-8°, 112 p. Wiesbaden, 1900. — **Recherches expérimentales sur la pathogénie de l'ictère grave,** par M. AD. BICKEL.

Tous les auteurs rapportent aujourd'hui à une intoxication de l'organisme le syndrome clinique désigné sous le nom d'ictère grave. Mais l'accord est loin d'être complet en ce qui concerne la nature des substances sur le compte desquelles il convient de mettre cette intoxication. C'est pour déterminer la part qui revient à chacun des poisons incriminés que M. Bickel a entrepris, sur la grenouille, le rat et le lapin, les recherches que nous allons résumer :

Les toxiques en question peuvent être rangés en plusieurs catégories, qu'il y a lieu d'envisager séparément. Une première série comprend les produits de désassimilation de la cellule hépatique; ce sont essentiellement les lactate, carbonate et carbamate d'ammoniaque, les acides urique et cholalique, la taurine, la glycocolle et l'hémoglobine. L'action des dernières de ces substances, tant sur le système nerveux que sur le cœur, est peu intense, souvent même insignifiante. Les sels ammoniacaux, au contraire, ont donné à M. Bickel des résultats intéressants. Quand on opère avec des doses suffisantes, on constate, en effet, au bout d'un certain laps de temps que les battements du cœur présentent des interruptions : à certains moments les ventricules cessent de battre, alors que les oreillettes continuent seules à se contracter, mais avec un rythme un peu ralenti; de plus, il se produit parfois un arrêt du cœur pouvant persister une minute et davantage; tandis que les oreillettes sont dilatées, les ventricules se trouvent dans un état de contraction très accusé. Il s'agit, en somme, d'une action analogue à celle que déterminent la strychnine ou les sels biliaires, notamment chez la grenouille. Introduits dans l'organisme par la voie sous-cutanée, les sels ammoniacaux provoquent d'abord une période d'excitation accompagnée de convulsions, à laquelle succède une phase de paralysie avec abolition des réflexes. Mais c'est surtout après avoir déposé les sels en question directement sur la pie-mère cérébrale que l'auteur a observé des phénomènes très nets, et analogues de tout point à ceux qui caractérisent l'ictère grave : attaques épileptiformes, trismus, grincement de dents, contractions musculaires, etc.

Parmi les produits des fermentations intestinales résorbés par l'intestin — ils constituent le deuxième groupe des toxiques incriminés dans la pathogénie de l'ictère grave —, M. Bickel a vu la leucine et le phénol se comporter comme des poisons convulsivants typiques chaque fois qu'il les déposait directement à la surface des hémisphères mis à nu. Quant à l'acide aspartique, il lui a paru exercer une action nocive sur le cœur et le système nerveux.

Enfin, une troisième catégorie comprend les substances dont la présence dans le sang est due à la résorption ou à la stase de la bile ou de ses éléments. Or, la bile, et particulièrement les sels biliaires, doivent être considérés comme de véritables poisons du système nerveux. Injectés dans la carotide ou déposés à la surface du cerveau, ces sels déterminent des phénomènes rappelant absolument certains des accidents de l'ictère grave chez l'homme : convulsions, délire avec états démentiels et cataleptiques particuliers, sialorrhée intense, enfin troubles de la respiration et de la sensibilité générale.

Les résultats des expériences que nous venons de relater viennent donc à l'appui de la théorie qui attribue l'ictère grave à une intoxication portant spécialement sur le système nerveux, et dans laquelle l'ammoniaque et les sels biliaires semblent jouer un rôle prépondérant. Au point de vue pratique, on peut en déduire la nécessité de supprimer autant que possible les aliments azotés du régime des malades en imminence d'ictère grave, ou présentant déjà les premières manifestations de cette affection. — F. M.

Les ruptures du cordon ombilical, et leurs conséquences pour le nouveau-né, par M. J. BAYER.

Ce travail débute par l'observation d'un cas médico-légal, soumis à l'appréciation de M. Bayer. Il s'agissait d'une fille-mère qui déclarait avoir été prise de syncope pendant un accouchement trop rapide; on constata chez l'enfant des lésions multiples du foie et du crâne, et une rupture du cordon ombilical. C'est à ce propos que M. Bayer étudie les ruptures du cordon, et les lésions qui peuvent se produire chez le nouveau-né à la suite d'un accouchement précipité.

Les recherches des différents auteurs ont confirmé les résultats de Négrier et prouvé que le cordon supporte sans se rompre un poids assez considérable (de 5 à 6 kilogrammes), si ce poids agit par traction lente. Chez le nouveau-né vivant, le cordon résiste d'ailleurs beaucoup moins qu'après la mort, et l'auteur fait remarquer à ce sujet combien les ruptures funiculaires sont fréquentes quand on exerce des tractions dans le but d'extraire le placenta. D'autre part, il est rare que le cordon puisse résister au choc produit par la chute d'un poids de 1 kilogramme; à plus forte raison doit-il être rompu par la chute de l'enfant. Naturellement, la structure du cordon influe sur sa résistance; s'il est fortement contourné, variqueux, turgescent, la déchirure en est plus facile. Le point de rupture présente des bouts dentelés, hachés, se prolongeant par des fissures longitudinales centripètes; la surface de section est oblique le plus souvent et offre des inégalités résultant de la saillie des artères. Quand, au contraire, le cordon a été déchiré avec les mains, on constate aux points d'application des doigts des parties exsangues, écrasées, conservant l'impression des extrémités digitales et privées de leur enveloppe externe. A la Maternité de Cologne, sur 48 accouchements précipités M. Bayer a noté 7 déchirures du cordon.

L'accouchement précipité étant possible dans toute attitude de la mère et pouvant ainsi amener une rupture du cordon, on ne peut nier *a priori* la possibilité d'une lésion mortelle du fœtus, résultant de sa chute sur le sol. Les facteurs qui jouent un rôle dans cet accident sont, outre la rapidité de la chute, la force expulsive déployée par la presse abdominale et les contractions utérines, qui peut suffire à elle seule à rompre le cordon. La brièveté de celui-ci paraît aussi jouer un certain rôle. En général, la déchirure se produit dans le voisinage de l'insertion fœtale.

L'expérience montre d'autre part que l'enfant n'est presque jamais exposé à des lésions graves du fait de l'accouchement précipité. M. Bayer, sur 36 accouchements dans lesquels le fœtus était tombé de plus ou moins haut, a constaté seulement une fois une blessure de quelque gravité. Il est probable que les vêtements de la mère et la tension du cordon amortissent la chute sur le sol. Cependant les auteurs ont noté qu'une mortalité considérable des enfants accompagne l'accouchement trop rapide; ce fait provient, selon M. Bayer de ce qu'il s'agit souvent de fœtus non à terme ou macérés, dont la petitesse ou l'état de macération facilitent naturellement l'expulsion précipitée.

Quant à la rupture du foie, on la rencontre souvent à la suite d'une intervention obstétricale; mais on ne l'a jamais observée jusqu'ici après la rupture spontanée du cordon.

Il est rare également qu'un nouveau-né succombe à une hémorragie due à cet accident. En effet, la veine ombilicale ne peut saigner, puisque la source qui l'alimente se trouve tarie; d'autre part, l'établissement de la respiration pulmonaire diminuant la pression dans les artères ombilicales, la rétraction des vaisseaux et le recroquevillement de leur tunique interne suffisent à assurer l'hémostase. On peut affirmer que quand le cordon n'a pas été sectionné par un instrument tranchant, il n'y a presque jamais hémorrhagie mortelle; au reste, fait observer M. Bayer, la plupart des peuples sauvages ne se contentent-ils pas d'écraser le cordon sans le lier? Quand il se produit une hémorrhagie de quelque importance, on peut la rapporter à un vice organique dans les organes de la circulation, ou à un trouble de la fonction respiratoire. Néanmoins, une hémorrhagie secondaire pouvant toujours se produire, il paraît préférable de lier le cordon déchiré.

La rupture du cordon dans l'utérus est un accident très grave, que M. Bayer attribue aux mouvements du fœtus, à la pression intra-utérine, à un hématome du cordon ou à son insertion vicieuse, etc.; il peut survenir aussi à la suite d'une intervention obstétricale. (*Sammlung klin. Vorträge von Volkmann,* 265.) — E. C.

Recherches expérimentales sur la greffe épiploïque, par M. A. TIETZE.

De nombreux chirurgiens, parmi lesquels MM. Senn et von Eiselsberg, se sont servis de l'épiploon pour recouvrir et renforcer une suture intestinale ou stomacale dont la résistance paraissait suspecte; M. Braun a même obturé une perte de substance de l'estomac au moyen d'un lambeau épiploïque. Il était donc intéressant de savoir de quelle manière l'épiploon se comporte en pareille circonstance : c'est ce que M. Tietze vient d'établir en instituant des recherches sur le chien, dont il relate les résultats dans le présent travail.

La première série d'expériences avait pour but de déterminer si la fixation de l'épiploon sur la paroi intestinale ou gastrique menacée de gangrène est capable d'assurer la nutrition de cette paroi. M. Tietze excisa, à cet effet, sur l'estomac ou l'intestin, un segment circulaire de 1 à 3 centimètres de diamètre qu'il sutura de nouveau à sa place. Cela fait, il appliqua sur cette partie, ainsi privée complètement de ses vaisseaux, une couche simple ou multiple d'épiploon, maintenue par une suture de Lembert. Deux des animaux traités de la sorte succombèrent à une péritonite par perforation, la fixation de l'épiploon ayant été imparfaite. Les autres, par contre, se rétablirent sans complication, et l'on put constater, en les sacrifiant au bout d'un temps plus ou moins long, que le fragment de paroi stomacale ou intestinale réimplanté s'étant gangrené et ayant disparu, l'épiploon fixé en ce point présentait un état inflammatoire, particulièrement prononcé du côté de la cavité de l'organe, avec disparition des cellules endothéliales. Chez les animaux sacrifiés plus tard, M. Tietze vit que l'épithélium stomacal ou intestinal avait proliféré abondamment au voisinage de la face interne de l'épiploon qu'il avait fini par recouvrir entièrement; l'épiploon, d'ailleurs, se rétractait de plus en plus, rapprochant ainsi les bords de la perte de substance.

D'autre part, M. Tietze étudia l'utilité que présente la fixation d'une partie d'épiploon sur une suture intestinale de résistance douteuse. Il sectionna complètement, chez un chien, l'intestin grêle, puis en réunit les deux bouts au moyen de quatre points séparés; enfin il entoura cette suture incomplète d'une couche d'épiploon. Le chien se rétablit, et l'autopsie, pratiquée sept semaines plus tard, permit de constater une réunion parfaite des deux extrémités intestinales, sans trace de rétrécissement.

Dans une troisième série de recherches, l'auteur pratiqua sur la paroi stomacale une incision de 5 centimètres, sur laquelle il fixa une triple couche d'épiploon sans suturer la plaie elle-même, qui présentait, au contraire, un écartement considérable. Les deux chiens ainsi opérés se rétablirent sans complications, et l'on put voir à l'autopsie que les bords de l'incision étaient presque entièrement réunis, grâce à une réaction très vive du fragment épiploïque greffé. L'épithélium stomacal avait recouvert, comme dans la première série d'expériences, le bouchon d'épiploon qui s'était intercalé entre les bords de la plaie gastrique.

M. Tietze déclare néanmoins que la greffe épiploïque, tout en constituant une ressource précieuse dans certains cas de chirurgie abdominale, ne saurait être appliquée d'une manière systématique, car elle crée des adhérences susceptibles de provoquer plus tard l'étranglement interne. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 2.) — F. DE Q.

Sur une forme nouvelle d'affection nerveuse héréditaire, par M. O. GIESE.

Depuis que Friedreich a fait connaître la maladie qui porte son nom, le chapitre des affections familiales et héréditaires du système nerveux s'est enrichi d'une façon considérable, à tel point qu'il y a trois ans Highier en relevait déjà douze espèces, sans compter les formes combinées et les types de transition. Or, M. Giese a eu l'occasion d'observer, à la clinique du professeur Schultze, à Bonn, deux cas d'une maladie particulière, ne correspondant à aucune

des modalités décrites jusqu'ici, et qui avait frappé un frère et une sœur, issus de parents sains, non alcooliques ni syphilitiques, sans antécédents névropathiques; seule la grand'mère paternelle avait été atteinte à un âge avancé de débilité mentale. Les autres frères et sœurs étaient normaux.

Le garçon, âgé actuellement de vingt-cinq ans, n'avait rien présenté de particulier dans les premières années de sa vie et s'était d'abord bien développé. Ce n'est qu'à l'école qu'on remarqua qu'il avait beaucoup de peine à suivre les autres élèves; on ne put arriver à lui apprendre à lire et à écrire convenablement. A l'âge de quinze ans, la mère observa pour la première fois chez lui un tremblement des mains, qui d'année en année augmenta d'intensité. En même temps on vit survenir une diminution progressive des facultés intellectuelles. A dix-neuf ans, le malade, qui était soldat, fut réformé au bout de quatre mois; il pouvait faire son service, mais était incapable de suivre l'instruction.

Actuellement, la parole est pénible et indistincte; elle n'est cependant ni scandée, ni ataxique; l'intelligence est très bornée. Le patient comprend généralement ce qu'on lui demande, mais ne répond qu'après une longue hésitation et par monosyllabes. Il est hors d'état de résoudre un problème d'arithmétique facile. La mémoire est également très défectueuse. L'humeur se montre variable, le sujet pleurant souvent et sans cause. Les pupilles sont égales, réagissent à la lumière et à l'accommodation; il n'existe pas de nystagmus. La langue et les muscles de la face sont animés d'un tremblement constant, d'intensité variable, qui agite aussi les mains; il se produit parfois spontanément, mais augmente d'intensité à la moindre émotion et à l'occasion des mouvements, si bien que le malade a une peine extrême à boutonner et à déboutonner ses vêtements. La force musculaire des bras est relativement bonne, quoique la fatigue survienne rapidement. On note de la raideur des jambes, mais sans atrophie, sans parésie ni spasmes de la musculature. Néanmoins, la démarche est troublée par une contraction brusque du triceps fémoral, au moment où le pied touche le sol. Le sujet, d'ailleurs, ne titube pas lorsqu'il marche tranquillement, mais il a de la peine à s'arrêter au commandement, et il oscille lorsqu'il exécute rapidement un demi tour. Les réflexes patellaires sont exagérés, sans trépidation du pied. Les réflexes de la face et des extrémités supérieures sont vifs. On ne constate pas de troubles de la sensibilité ni du sens musculaire.

La fille, âgée de trente-deux ans, a présenté à l'âge de seize ans les premiers signes de la même maladie. Cette affection est caractérisée, comme chez le malade précédent, par du tremblement des muscles de la face et des mains et par une diminution de l'intelligence; en outre, une certaine rigidité des muscles, marquée surtout au tronc, moins accentuée aux extrémités inférieures, rend les mouvements difficiles et incertains. La démarche est lente et pesante et la patiente est exposée à tomber en avant dès qu'elle veut précipiter le pas. Tous les réflexes sont exagérés; la force musculaire est relativement bonne; il n'existe pas de troubles de la sensibilité.

Cette affection n'a que des rapports éloignés avec l'hérédo-ataxie cérébelleuse de P. Marie. Elle offre différents points de contact avec certains cas de tremblement héréditaire essentiel, de même qu'avec les faits décrits par Bouchaud, Rossolimo, Nonne, Pauly et Bonne, Homen, mais sans que la concordance soit complète. Par contre, l'analogie est incontestable avec les cas de Trénel, que cet auteur considère comme formes frustes de paralysie spasmodique.

Si l'on sort du cadre des affections héréditaires, le diagnostic différentiel doit porter en premier lieu sur la sclérose en plaques atypique; on peut songer aussi à l'affection décrite sous le nom de sclérose et atrophie du cervelet. Une des observations publiées par Westphal comme pseudo-sclérose présente avec celles de M. Giese une ressemblance presque parfaite; mais le caractère héréditaire n'a pas été relevé jusqu'à présent dans la pseudo-sclérose. Le diagnostic de paralysie générale n'est pas très vraisemblable; cependant il pourrait s'agir d'une forme très atypique, à progression extraordinairement lente, de cette affection. (*Deutsch. Zeitsch. f. Nervenheilk*, XVII, 1-2.) — A. J.

Contribution au traitement et à l'anatomie pathologique de l'invagination de l'intestin, par M. C. Brunner.

Ce travail est la relation de 4 cas d'invagination de l'intestin opérés par M. Brunner, dont 3 méritent d'être signalés parce qu'ils présentent quelques particularités au point de vue pathologique.

Chez le premier de ces malades, un sujet de cinquante-six ans, la cause de l'obstruction était un cancer annulaire du gros intestin. La tumeur, située au niveau du côlon descendant, s'était invaginée et était descendue jusque dans la partie inférieure du rectum. L'auteur pratiqua d'abord l'ablation du néoplasme au moyen d'une incision parasacrée, puis il sutura circulairement la partie intestinale invaginée. Il fit alors une laparotomie pour examiner la suture par la voie abdominale. Cette suture ne lui paraissant pas suffisamment solide, il la renforça par un adossement séro-séreux. Enfin, comme l'intestin présentait au niveau de la suture un rétrécissement assez marqué, l'intervention fut complétée par une colostomie. Les suites opératoires furent normales, et M. Brunner débarrassa le malade trois mois plus tard de sa fistule intestinale. Depuis deux ans et demi, la guérison se maintient parfaite, sans récidive.

Dans le second cas, il s'agissait d'une invagination du gros intestin due à un lipome sous-muqueux, en forme de polype. Ici encore, l'opérateur compléta par la colostomie temporaire l'ablation du néoplasme et de la partie invaginée. Les suites opératoires furent normales.

Mais le fait le plus curieux concerne un petit garçon de quatre ans, qui présentait tous les symptômes d'une invagination iléo-cæcale. M. Brunner pratiqua la résection de la partie invaginée avec suture intestinale immédiate; le succès fut complet. Or, l'examen de la partie enlevée permit de constater que l'invagination avait été produite par un diverticule intestinal retroussé, qui portait à son extrémité un corps glandulaire offrant tous les caractères d'une glande pancréatique accessoire. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 2.) — F. DE Q.

Un cas de syphilis intestinale et d'endophlébite syphilitique, par M. J. Forssman.

La syphilis intestinale à forme de sclérose diffuse, sans gommes nettement individualisées, est exceptionnelle. M. Forssman en publie une observation, relative à une jeune fille de vingt-trois ans, qui, pendant près de deux années consécutives, présenta une diarrhée presque continue, accompagnée de douleurs abdominales diffuses et rebelle à tous les moyens thérapeutiques employés. La patiente succomba dans le marasme, sans aucune autre localisation, pulmonaire ou viscérale.

L'autopsie permit de constater, au niveau de l'intestin grêle, 14 rétrécissements fibreux, accompagnés de vieilles ulcérations dont les bords étaient festonnés et inégaux, ulcérations pour la plupart en pleine cicatrisation. Il existait une gomme unique, située dans la sous-muqueuse et grosse comme un grain de chènevis.

En étudiant au microscope quelques-uns de ces rétrécissements, M. Forssmann put voir que la sclérose initiale avait débuté par la sous-muqueuse et sa *muscularis mucosæ*, sous la forme de faisceaux conjonctifs bien tassés, riches en noyaux, souvent disposés concentriquement autour des vaisseaux qui paraissaient être le point de départ du processus; plus tard, cette sclérose s'était étendue jusqu'à la séreuse pendant que la tunique muqueuse et ses villosités s'atrophiaient pour disparaître complètement. Dans d'autres régions, moins fibreuses, l'examen histologique fit reconnaître de nombreux amas embryonnaires, avec vaisseaux néoformés, voire avec des cellules géantes assez semblables à celles des follicules tuberculeux; mais ces amas ne contenaient pas de bacilles de Koch et n'étaient pas le siège de la moindre caséification; ils infiltraient toutes les tuniques de l'intestin, et surtout la muqueuse.

L'auteur a encore relevé une altération assez rare au niveau des grosses veines du mésentère; ces vaisseaux étaient atteints d'un véritable processus d'endophlébite oblitérante, avec végétations fibroïdes développées en dedans de la tunique musculaire. Une telle lésion ressemble singulièrement à l'endartérite spécifique étudiée par Heubner; dans les travaux antérieurs, elle n'a guère été signalée qu'au niveau des veines du membre inférieur. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, XXVII, 2.) — CL. P.

Un traitement palliatif du carcinome utérin inopérable, par M. Otto Küstner.

Un des symptômes les plus pénibles, pour les malades atteintes de cancer utérin inopérable, est la puanteur qui résulte de leur affection. Pour pallier ce grave inconvénient, M. Küstner a eu l'idée de fermer l'orifice vulvaire et de détourner la sécrétion utérine dans le rectum, de façon à en rendre l'expulsion dépendante de la volonté. L'opération s'exécute de la manière suivante : on commence par enlever au moyen des ciseaux et du thermocautère toutes les parties nécrosées de la tumeur, puis on applique au devant d'elle un tampon muni d'un fil et imprégné d'alcool. On pratique alors une large fistule recto-vaginale dont on suture les bords au catgut et par laquelle on fait passer le fil du tampon vaginal. Cela fait, on avive largement le vestibule et on rapproche ses parois au moyen de crins de Florence. Au bout de quatre jours, il suffit de retirer le tampon vaginal.

La malade doit de temps à autre faire contrôler par un médecin la perméabilité de sa fistule recto-vaginale, que l'on aura soin de dilater si elle a de la tendance à s'oblitérer. Dans le cas où une hémorrhagie viendrait à se produire, on pourrait la maîtriser soit en tamponnant le vagin par la fistule, soit en pratiquant des irrigations froides par la même voie. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 avril 1900.) — E. C.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Les premiers essais de protection contre la malaria effectués à Albanella.

Dans le but de démontrer à la fois le rôle des *Anopheles* dans la transmission du paludisme et la possibilité de se mettre à l'abri de ces redoutables diptères, un groupe de médecins italiens vient de tenter, sous la direction de M. le professeur Grassi et avec l'appui des ministères italiens de l'intérieur et de l'agriculture et de la Société italienne pour l'étude de la malaria, une vaste expérience ayant porté sur 104 personnes de tout sexe et de tout âge, représentées par les employés de chemin de fer — et leurs familles — habitant les maisons cantonnières et les stations d'un tronçon de ligne de plus de 12 kilomètres de longueur, dans la plaine de Capaccio. Cette région est tellement désolée par les fièvres que, durant la saison malarigène (de juin à novembre), ses habitants l'abandonnent au prix des plus lourds sacrifices ou s'astreignent, du moins, à aller passer la nuit dans des collines fort éloignées.

Des 104 personnes en question, 11 étaient totalement indemnes de paludisme; un petit nombre n'avaient pas eu d'accès depuis 1897 ou 1898; mais la grande majorité avaient souffert durant la dernière saison chaude, voire même pendant les mois de l'hiver précédent. Tous les sujets de cette dernière catégorie furent soumis à un traitement préliminaire destiné à faire disparaître les dernières traces de l'infection antérieure (administration quotidienne de décocté de quinquina et prise hebdomadaire de quinine). Ce traitement, institué le 25 mars — date du début de l'expérience —, fut cessé le 25 juin, peu après que l'on eût constaté le premier cas de malaria chez un habitant d'un lieu voisin, mais non compris dans les limites de la zone protégée (21 juin). Il n'est pas douteux qu'il ait été efficace, puisque des nombreux individus ainsi traités 37 seulement présentèrent des récidives, dont 6 en mars, 16 en avril, 6 en mai, 7 en juin, 1 en juillet et 1 en septembre; il faut noter qu'il n'y eut que 3 de ces récidives après le 21 juin, début de la saison malarigène, bien que l'administration de la quinine eût été supprimée à partir du 25 et qu'il n'eût été prescrit, depuis ce moment, que 16 grammes de ce médicament, pour répondre à des indications tout à fait spéciales.

Voici maintenant en quoi consistèrent les précautions bien simples auxquelles furent soumis, dès le 25 juin, les individus en expérience :

Ils restaient enfermés, entre le coucher et le lever du soleil, dans leurs habitations dont toutes les ouvertures étaient soigneusement

garnies de treillis métalliques à mailles fines, ou dans des sortes de kiosques entièrement construits en toile métallique; c'est aussi dans ces abris que devaient se placer les personnes qui voulaient reposer pendant le jour. Très peu d'anopheles purent pénétrer à travers les mailles de ces treillis, qui, par contre, n'arrêtaient pas le moustique vulgaire, *Culex pipiens*, dont l'innocuité a été ainsi démontrée une fois de plus.

En outre, ceux des employés du chemin de fer qui étaient de service après le coucher du soleil ou pendant la nuit ne sortaient que munis d'un voile fixé à leur chapeau et de gants de coton épais et à mailles serrées.

Or, depuis trois mois environ que dure l'expérience, il n'a pas été constaté, parmi les 104 individus en question, *un seul cas de paludisme de nouvelle infection*, et cela en l'absence presque absolue de toute administration de quinine à titre préventif.

Il importe de noter que, pendant la même période, sur 349 personnes habitant les alentours immédiats de la zone protégée, mais en dehors des limites de cette zone, 7 ou 8 seulement, soit environ 2.3 %, ne présentèrent pas d'accès paludéens; encore n'est-on renseigné à ce sujet que par leurs affirmations, toujours suspectes étant donné le peu d'importance que les habitants de ce pays attachent à des accès légers; au lieu que les individus en expérience étaient soumis deux fois par jour à un examen médical minutieux.

Ces résultats paraissent donc concluants, d'autant que le moment le plus dangereux, au point de vue de la contamination, est actuellement passé; néanmoins, pour les rendre absolument démonstratifs, on a décidé de poursuivre l'expérience jusqu'à la fin du mois de décembre, ultime limite de la saison malarigène (1). (*Supplem. al Policlinico*, 29 septembre 1900.) — F. F.

L'inibizione nelle malattie mentale; studio clinico e sperimentale. In-4°, 80 p. avec fig. Naples, 1900. — **L'inhibition dans les maladies mentales,** par M. G. LIBERTINI.

Si les physiologistes sont généralement d'accord pour reconnaître la réalité des phénomènes inhibitoires, ils sont très loin de s'entendre sur la nature même de ces phénomènes, si bien qu'il paraît difficile, en l'état actuel de la science, de donner une définition précise du mot inhibition. Seules, les recherches expérimentales peuvent jeter un peu de clarté sur ce chapitre encore si obscur de la psychophysiologie. Aussi l'auteur qui, par des travaux antérieurs, a démontré que l'ablation d'une partie étendue de l'écorce cérébrale, et notamment du lobe frontal, diminue l'intensité des phénomènes inhibitoires, comme le prouve la diminution de durée du temps de réaction à une excitation périphérique chez les animaux ainsi mutilés, vient-il d'étendre cette démonstration à l'homme en opérant sur des aliénés, « ces amputés du cerveau » comme on a pu les appeler.

Mais il s'en faut que tous les sujets atteints de maladies mentales présentent le même degré de déchéance intellectuelle. Or, M. Libertini, fait intéressant, a pu établir un parallélisme à peu près absolu entre la gravité de l'amoindrissement psychique et la diminution de durée de la période latente de réaction. C'est ainsi que cette durée étant en moyenne de 0 seconde 048 chez le singe et de 0 s. 085 chez l'homme sain, il l'a trouvée oscillant autour de 0 s. 055 chez des idiots et des déments, voisine de 0 s. 062 chez des sujets atteints d'hémiplégie cérébrale infantile, variable entre 0 s. 060 et 0 s. 075 chez des paralytiques généraux — ce que l'on peut expliquer par l'étendue très variable des lésions dans la méningo-encéphalite —, égale enfin à 0 s. 075 en moyenne dans des cas de psychoses diverses (manie, mélancolie, délires hallucinatoires, confusion mentale). Quant aux épileptiques, ils ont fourni des résultats très différents selon qu'ils étaient examinés dans l'intervalle des crises convulsives ou peu après un accès (chez un d'eux, la différence s'est élevée jusqu'à 0 s. 018), ce que l'on ne saurait expliquer par la violence des contractions musculaires, car des sujets sains venant d'effectuer un travail physique considérable n'ont pas présenté les mêmes variations.

En dernier lieu, M. Libertini s'est attaché à étudier les effets de l'attention soutenue sur l'inhibition; dans ce but, il a pratiqué les mêmes mesures que précédemment sur des sujets dont l'attention était fixée par l'apparition de projections lumineuses intenses et de couleur variable, dont ils devaient signaler les changements de coloration; il a obtenu de la sorte une réduction notable de la durée de la période latente, résultat facile à prévoir, le phénomène de l'attention équivalant à la soustraction fonctionnelle de toute une partie du cerveau.

Il ne semble pas que l'on puisse tirer de ces recherches expérimentales des données bien positives sur la nature même des phénomènes d'inhibition; elles n'en sont pas moins fort intéressantes en ce qu'elles démontrent que ces phénomènes doivent être considérés comme des manifestations élevées de l'activité intellectuelle, puisque leur intensité diminue à mesure que l'état mental déchoit. — F. F.

De la glycosurie consécutive à l'extirpation complète ou partielle de la glande pituitaire, par M. A. CASELLI.

On s'accorde actuellement à considérer l'hypophyse cérébrale comme une glande à sécrétion interne élaborant un suc indispensable à la nutrition régulière de l'organisme en général et du système nerveux en particulier, et on fait jouer aux lésions de cette glande un rôle important dans la pathogénie de l'acromégalie et du gigantisme. Cependant, l'étude expérimentale des fonctions de l'hypophyse est encore loin d'être terminée. C'est ainsi que M. Caselli a pu constater un fait important que n'a signalé jusqu'ici aucun des auteurs qui se sont occupés de la physiologie du corps pituitaire, à savoir que l'hypophysectomie est susceptible de provoquer de la glycosurie.

Les expériences de M. Caselli ont été faites sur des chiens auxquels l'auteur extirpait soit l'hypophyse cérébrale en totalité, soit seulement le lobe médian de cette glande. Dans les deux cas, les animaux, une fois remis des suites immédiates du traumatisme opératoire, tombaient dans la cachexie (rapidement mortelle quand ils avaient été soumis à l'hypophysectomie totale), avec élimination de sucre par les urines et polyurie. La glycosurie était tout aussi prononcée après l'ablation du lobe médian de l'hypophyse qu'après l'extirpation complète de l'organe : son taux variait entre 0.5 et 1.5 ‰. Chez un chien dont le lobe médian de l'hypophyse fut seul excisé, l'élimination du sucre par les urines, dans la proportion de 1 à 1.5 ‰, a persisté pendant un mois, jusqu'au moment où l'on sacrifia l'animal.

M. Caselli n'a jamais constaté, chez les chiens qu'il a hypophysectomisés, les accès convulsifs tonico-cloniques observés par d'autres expérimentateurs; aussi attribue-t-il ces accès à des complications opératoires. Il faut noter que l'auteur n'a tenu compte dans ses expériences que des cas où l'ablation complète ou partielle de la glande pituitaire ne fut suivie d'aucun processus infectieux, ce qu'il eut toujours soin de vérifier par l'autopsie de l'animal et par un examen bactériologique minutieux du sang et du liquide céphalo-rachidien.

Il ressort donc de ces recherches qu'une lésion traumatique directe de l'hypophyse cérébrale produit régulièrement, outre la cachexie, une glycosurie notable, persistante et accompagnée de polyurie. Ce résultat concorde avec le fait d'observation clinique que la glycosurie est fréquente chez les acromégaliques porteurs d'une tumeur de la glande pituitaire, ainsi que dans les cas de tumeur de cette glande sans acromégalie. (*Riv. sperim. di freniatr.*, XXVI, 1.)

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le bleu de méthylène contre la dysenterie.

M. le docteur Berthier (médecin militaire français) recommande l'emploi du bleu de méthylène par la voie rectale, contre la dysenterie. A cet effet, il prescrit des lavements chauds de 500 c.c. à 1 litre, contenant en dissolution de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 centigr. de bleu de méthylène; ces clystères, répétés de deux à quatre fois par jour, doivent être administrés aussitôt après une évacuation alvine; il faut avoir soin d'injecter le liquide en plusieurs temps, pour ne pas irriter l'intestin; enfin, on recommandera au malade de résister le plus longtemps possible au besoin d'aller à la garde-robe.

Sous l'influence de ce traitement, tous les symptômes morbides s'atténueraient d'une façon rapide et les selles ne tarderaient pas à redevenir bilieuses. Ce dernier fait serait dû à l'action analgésique du bleu de méthylène, la décoloration des matières dans la dysenterie résultant, d'après M. Berthier, d'une acholie purement réflexe ayant pour point de départ l'irritation du gros intestin.

L'action bienfaisante de ces lavements serait particulièrement rapide dans les formes légères de dysenterie qu'on observe en Europe pendant la saison chaude : l'amélioration, dans ces cas, se manifesterait dès le premier lavement et la guérison surviendrait, en général, au bout de deux à quatre jours.

Le bleu de méthylène n'est absorbé qu'en très petite quantité par la muqueuse rectale; aussi, chez les dysentériques soumis au traitement que préconise notre confrère, n'observe-t-on qu'une légère coloration bleuâtre ou verdâtre des urines.

Traitement par le massage d'un syndrome hystériforme dû à des lésions périnévritiques au niveau du sacrum.

L'an passé, un gynécologiste allemand, M. le docteur H. Rose, a décrit une forme particulière de coccygodynie, caractérisée par la présence d'infiltrations douloureuses siégeant au voisinage des trous sacrés, et justiciable du massage des régions tuméfiées (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 408). De son côté, M. le docteur A. Guttenberg (de Wurtzbourg) a eu l'occasion d'observer maintes fois un syndrome analogue, au point de vue de son origine, à ce genre de coccygodynie, mais constitué par des troubles plus étendus et plus complexes. Il s'agit, en effet, dans les cas relatés par notre confrère, de sujets d'âge compris entre vingt-deux et soixante et un ans, souffrant depuis des années de douleurs au dos et à la région lombo-sacrée avec irradiations vers la symphyse pubienne, la hanche, la cuisse et le genou; ces douleurs, à la longue, se compliquent de tremblements, de troubles moteurs, de symptômes hystériformes et même d'atrophies par inaction prolongée de certains muscles.

Chez ces malades, M. Guttenberg a pu constater l'existence, sur le trajet des différents nerfs sacrés, de tuméfactions douloureuses grosses comme des pois ou des haricots, isolées ou groupées en chapelet. Le massage de ces infiltrations périnévritiques, associé à la gymnastique passive des membres atteints et à l'usage des bains, amènerait la disparition de tous les troubles dont souffrent ces sujets, souvent considérés à tort comme des hystériques.

Le nitrate d'argent contre la rétention des membranes et l'endométrite puerpérale.

On se rappelle que M. le docteur M. Perlsee (de Leitmeritz) a préconisé il y a deux ans environ, comme méthode de provocation de l'accouchement artificiel, l'introduction dans la cavité utérine d'un petit crayon de nitrate d'argent de 1 centimètre environ de longueur sur 3 millimètres d'épaisseur (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 326). Depuis lors, notre confrère a pu se convaincre que ce procédé est également applicable au traitement de la rétention des membranes et de l'endométrite puerpérale n'ayant pas encore entraîné une infection générale de l'organisme. Dans le premier cas, les restes de l'œuf seraient rapidement expulsés par les contractions que provoque le caustique; dans le second, le nitrate d'argent, tout en favorisant l'évacuation des produits putrides accumulés dans la matrice, exercerait une action antiseptique des plus favorables sur la muqueuse utérine.

(1) D'après des expériences faites par M. L. O. Howard, directeur du service entomologique au ministère de l'agriculture des Etats-Unis d'Amérique, il existerait une espèce de libellule qui détruirait les anopheles : en un laps de temps qui n'a pas dépassé sept heures, deux de ces insectes ont ingéré environ 800 moustiques. D'autre part, il paraîtrait que dans les localités où le nombre de ces libellules est assez élevé, les moustiques sont relativement rares. — N. D. L. R.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le phagédénisme tertiaire.

Le phagédénisme tertiaire constitue une des manifestations les plus sérieuses, voire les plus graves de la syphilis.

Impossible d'en préciser la fréquence, pour ce motif que tous les cas de phagédénisme, en raison même de leur gravité, viennent à notre connaissance, tandis que nombre de syphilis ou moyennes ou bénignes nous échappent. Ce qu'on en peut dire seulement, c'est qu'il est d'observation assez commune.

Mais ce qu'il importe bien autrement de spécifier, c'est que, *de tous les phagédénismes, le phagédénisme tertiaire est le plus fréquent*, et de beaucoup le plus fréquent; — c'est qu'*à lui seul il est bien plus fréquent que le phagédénisme du chancre syphilitique et le phagédénisme chancrelleux réunis*.

Nulle parité, d'abord, à établir entre lui et le phagédénisme du chancre syphilitique, puisque ce dernier, de notion commune, est presque une rareté.

D'autre part, nulle comparaison de fréquence possible entre lui et le phagédénisme chancrelleux. Celui-ci, autrefois (j'entends il y a vingt ou trente ans), était regardé comme assez commun; tout au contraire, les statistiques actuelles s'accordent à le représenter comme ayant notablement baissé de fréquence. De cela, la raison est simple : c'est qu'il s'est appauvri de nos jours de toute la quotité des cas qui lui étaient indûment rapportés autrefois. Il y a vingt à trente ans, en effet, le phagédénisme tertiaire génital, encore peu connu, était presque toujours imputé au chancre simple; tandis que de nos jours il n'est plus guère (sauf erreurs, d'ailleurs faciles à commettre) rattaché qu'à sa véritable origine.

Mes premières statistiques (1878) m'avaient représenté le phagédénisme tertiaire comme « presque deux fois plus fréquent » que celui du chancre simple. Je suis bien loin de compte aujourd'hui avec cette évaluation d'autrefois. Car, depuis que mon attention s'est fixée sur les localisations génitales du tertiarisme, je suis arrivé à croire que le phagédénisme génital tertiaire est au moins six fois plus commun que le phagédénisme chancrelleux. J'ajouterai même ceci : dans la clientèle de ville, le phagédénisme chancrelleux est tout à fait une rareté, une exception, tandis que le phagédénisme tertiaire génital se rencontre avec un certain degré de fréquence.

I

Qu'est-ce que le phagédénisme nosologiquement? — « Phagédénisme » est un vieux mot qui s'est introduit dans la langue médicale sans signification précise, puis qui s'y est maintenu sans que jamais, à travers les âges, on se soit préoccupé de lui assigner une signification scientifique nettement déterminée. Dérivé de deux mots grecs (φαγειν, manger, ronger, dévorer et αδην, glande, tissu glandulaire, ou, suivant d'autres, αδην, abondamment, à satiété), il ne comporte étymologiquement d'autre sens que celui-ci : qualité rongeante, dévorante, d'une ulcération. Vainement on s'efforcerait de lui rattacher une acception plus catégorique, mieux définie. Bornons-nous donc à dire, sans viser à une précision impossible en l'espèce, que traditionnellement on qualifie du terme de phagédénisme toute plaie dépassant d'une façon *considérable* ses limites habituelles, offrant une tendance extensive ou destructive, relativement ou absolument rebelle aux agents thérapeutiques, affectant une durée plus ou moins longue et susceptible même d'une chronicité indéfinie, et comportant en conséquence, pour ces raisons diverses, un caractère manifeste de *malignité* particulière.

Le phagédénisme *n'est pas une maladie;* ce n'est qu'un symptôme, un syndrome, une façon d'être, une modalité de certaines lésions ulcéreuses.

Le phagédénisme n'est pas un symptôme qui appartienne en propre, exclusivement, à une maladie quelconque. Loin de là : c'est, tout au contraire, un *accident commun à plusieurs maladies*, et à plusieurs maladies très diverses, très différentes même, comme nature. S'il éveille à l'esprit l'idée d'un accident d'origine vénérienne, c'est, d'une part, qu'il s'observe dans les affections vénériennes avec un degré de fréquence relativement supérieur; c'est aussi, d'autre part et surtout, que, dans le langage courant, le terme de « phagédénisme » est approprié plus volontiers aux plaies extensives d'origine vénérienne qu'aux plaies de mêmes caractères objectifs, mais de nature différente.

En réalité, le phagédénisme ne constitue rien moins qu'une complication spéciale soit à la syphilis, soit aux maladies vénériennes. Tout au contraire, je le répète, c'est une *complication commune à des affections multiples*, et à des affections n'offrant entre elles aucune parenté, aucune connexion pathogénique. De cela, voici la preuve.

D'abord, cette qualité « rongeante », destructive, du phagédénisme est presque constitutive de certaines ulcérations malignes, telles que celles du *cancer* ou de l'*épithéliome*. La variété *caverneuse* du cancroïde creuse dans les tissus des géodes tout à fait comparables aux cavernes gommeuses de la syphilis. Le cancroïde dit *vorax* est plus phagédénique et mutilant que le phagédénisme tertiaire le plus destructeur. J'ai eu dans mon service, ces dernières années, un malheureux malade sur lequel un cancroïde de ce genre avait dévoré toute la lèvre inférieure, toute la joue du côté gauche, toutes les régions sous-maxillaire et sus-hyoïdienne du même côté, au point que le pharynx apparaissait à découvert au fond de la plaie et qu'on pouvait toucher du doigt les gros vaisseaux du cou! Un cas plus effrayant encore a été observé par Péan, et se trouve reproduit au musée de l'hôpital Saint-Louis par un moulage qui attire l'attention de tous les visiteurs (pièce n° 387). Dans ce cas, une moitié de la face a été littéralement dévorée par un cancroïde; la joue, la région parotidienne, la région orbitaire n'existent plus, remplacées qu'elles sont par une excavation énorme, au fond de laquelle pend le globe oculaire, simplement soutenu par le nerf optique!

En second lieu, il est nombre de maladies pour lesquelles le phagédénisme constitue une complication, non plus fatale comme pour le cancer, mais éventuelle. Citons comme exemples :

1° La *scrofule*, notamment dans ses types de lupus dits lupus *exedens*, *malin*, *térébrant*, *vorax*, etc.; toutes lésions qui ne sont, à vrai dire, que des scrofulides ou des tuberculides *phagédéniques*, d'ailleurs bien dignes de ce nom et par leur tendance envahissante et par les mutilations, les destructions qu'elles laissent à leur suite;

2° Certaines *affections de la peau et des muqueuses*, telles que : l'*esthiomène;* — les *ulcères cachectiques;* — les ulcères *séniles;* — la *vaccine*, susceptible parfois de devenir profondément ulcéreuse et extensive; — et surtout, comme type majeur, l'*ecthyma infantile térébrant*, célèbre par ses entamures profondes et ses envahissements phagédéniques. Sur un jeune enfant que j'ai traité en ville avec le docteur E. Besnier, nous avons vu cette affection dégénérer dans l'espace de quelques jours en une série d'ulcérations qui tout à la fois se creusèrent profondément et se réunirent en de vastes nappes d'un aspect terrifiant. Sur plusieurs points, ces ulcérations mesuraient jusqu'à 2 ou 3 centimètres de profondeur; c'est dire qu'elles avaient mis à nu les aponévroses, les muscles, les vaisseaux, voire un fémur! Bref, c'était là le type d'un phagédénisme suraigu, à la fois extensif et térébrant, inutile d'ajouter mortel à très brève échéance;

3° L'*ulcère phagédénique des pays tropicaux*. Certains ulcères exotiques (ulcères dits de Cayenne, de Cochinchine, de Mozambique, de la Nouvelle-Calédonie, de l'Yémen, etc.), qu'il serait encore impossible de catégoriser nosologiquement, sont empreints d'une forte tendance au phagédénisme. Ils pourraient même, d'après le docteur Aude, médecin de la marine, être réunis sous la dénomination collective d'*ulcère phagédénique de la zone tropicale*.

Le phagédénisme, on le voit de reste par ces quelques exemples, n'est donc en rien l'apanage de telle ou telle maladie. J'ajouterai que, d'autre part, il ne présente rien de spécial en soi, *rien de spécial en tant que lésion anatomique*. Il n'a pas, en un mot, une anatomie qui lui soit propre. Impossible à l'histologiste le plus expert, analysant un lambeau détaché d'un ulcère phagédénique, de dire si ce lambeau provient d'une lésion phagédénique ou non. Cet histologiste ne pourra que relever par le microscope des caractères d'ordre commun, à savoir des proliférations cellulaires surabondantes, des lésions de vaisseaux, des lésions de tissus, des destructions, des nécrobioses, des dégénérescences, etc.; mais rien ne lui révélera la qualité phagédénique de l'affection.

Le *phagédénisme issu de la syphilis*, le seul dont nous ayons à nous occuper ici désormais, dérive de deux origines, à savoir : 1° du chancre; 2° des lésions d'ordre tertiaire.

Le phagédénisme tertiaire nous occupera seul ici. De par sa fréquence et son importance, c'est le *grand phagédénisme* de la syphilis.

De quelles lésions dérive-t-il? De lésions de *modalité tertiaire*, sinon toujours d'*âge* tertiaire; c'est-à-dire de lésions néoplasiques et ulcéreuses, telles qu'en réalise la modalité tertiaire, n'importe d'ailleurs l'âge de la maladie.

Pour l'énorme majorité des cas, ces lésions appartiennent chronologiquement à des périodes avancées de la maladie; mais elles peuvent également entrer en scène dans ses jeunes étapes. On sait, en effet, que certaines formes de syphilis anormale, dites *syphilis malignes précoces*, réalisent une sorte de tertiarisme d'emblée, au seuil même de l'infection.

Tout au contraire, les formes superficielles de la syphilis secondaire échappent aux complications phagédéniques. Jamais les syphilides érosives, papulo-érosives ou exulcéreuses de cette période ne subissent pareille déviation, bien que le phagédénisme soit susceptible de modalités superficielles que j'aurai à décrire dans un instant. Jamais, comme exemple, une plaque muqueuse n'est devenue phagédénique.

II

Où s'observe le phagédénisme tertiaire? *Partout*, j'entends du moins sur toute l'étendue du tégument cutané et sur les muqueuses extérieures.

Seulement, il n'est pas également fréquent sur les diverses régions de la peau et sur les diverses muqueuses, tant s'en faut. Il a, au contraire, des sièges de prédilection, comme aussi des localisations exceptionnelles. Je précise :

1° A la peau, il a un foyer d'élection par excellence, à savoir le *visage*, et, dans le visage, le *nez*, « sa victime favorite », comme disait Ricord (*Pl. 1*).

Viennent ensuite : les jambes, où s'observent communément ces grandes ulcérations tertiaires si souvent prises pour des ulcères variqueux; — le tronc, surtout au niveau des régions scapulaires; — les organes génitaux (*Pl. 2*); — les membres supérieurs; — le cuir chevelu, etc.

Il est assez rare, au contraire, sur les extrémités des membres, au pied et surtout à la main. On a cité cependant un certain nombre de cas relatifs à des *syphilides mutilantes des orteils et des doigts* (*Pl. 3* et *4*). Comme

exemple, j'ai présenté à l'Académie de médecine de Paris un cas où, sur une femme affectée d'une phtisie syphilitique, un phagédénisme térébrant avait détruit plusieurs orteils (*Pl. 3*). A la vérité, pour certains auteurs les localisations de ce dernier ordre seraient loin d'être toutes imputables au phagédénisme vrai et dériveraient plutôt de l'artérite ou de la névrite.

2° Pour les muqueuses, deux foyers de prédilection par excellence, à savoir : l'isthme guttural; — et, chez l'homme bien plus souvent que chez la femme, la muqueuse génitale.

Bien plus rarement, le phagédénisme se localise sur la pituitaire, les lèvres, la langue, la vulve, le larynx, etc.

Ajoutons enfin que certaines lésions profondes, en venant s'ouvrir et former ulcération au dehors, servent parfois de point de départ à des phagédénismes tégumentaires. Tel est le cas des gommes sous-cutanées ou sous-muqueuses, des gommes de la langue, de certaines périostoses gommeuses, etc.

Somme toute, si le phagédénisme peut sévir partout, comme je le disais au début de ce travail, il se rencontre sur *trois points* avec une supériorité de fréquence considérable, à savoir : la *verge*, le *visage* et la *gorge*.

III

Le phagédénisme tertiaire n'a pas de caractéristique objective qui lui soit propre, qui le différencie *ipso facto*. Il n'a (et ne saurait avoir en réalité) d'autres attributs que ceux des lésions dont il dérive et dont il n'est en quelque sorte que l'image agrandie, l'expression amplifiée.

Alors qu'il conserve ces attributs, c'est un *grand ulcère tertiaire*, parfois même un *ulcère tertiaire géant*, avec la physionomie propre aux lésions de cet ordre, à savoir : ulcère nettement délimité, et généralement encadré par une aréole d'un rouge sombre; — creux à différents degrés et souvent très creux; — à bords adhérents et fortement entaillés (bords dits à pic ou en falaise); — à fond inégal, tourmenté, raviné, étagé, semé de débris bourbillonneux; — enfin, à suppuration assez abondante et, de plus, facilement concrescible.

Cette dernière particularité a pour conséquence que, dans les cas où l'ulcération siège à la peau, elle aboutit souvent à s'encroûter. Et alors apparaissent à sa surface des *croûtes* qui ne sont autres que les croûtes du tertiarisme, c'est-à-dire des croûtes épaisses, très épaisses, stratifiées, conoïdes, rupiformes, ostréacées; — compactes, dures, résistantes; — et surtout de couleur sombre, avec deux variétés de ton : ton d'un brun noirâtre ou presque noir, ou, plus rarement, ton d'un vert bouteille très foncé.

Il y a donc *deux modalités objectives* possibles pour le phagédénisme tertiaire, et deux modalités très différentes, à savoir : celle du phagédénisme se présentant sous l'aspect d'une plaie, et celle du phagédénisme se présentant sous l'aspect d'une lésion croûteuse.

Voilà le phagédénisme tertiaire *avec son air de famille*, si je puis ainsi parler, j'entends avec le cachet des lésions syphilitiques dont il dérive. Impossible, au moins pour un œil exercé, de le méconnaître sous cette forme.

Mais il n'est pas toujours fidèle à ce type, tant s'en faut. Fort souvent, au contraire, soit sous l'influence d'excitations surajoutées (topiques irritants, défaut de soins et d'hygiène, complications inflammatoires, etc.), soit même spontanément, il perd les attributs de son origine, il perd ce que j'appelais à l'instant son air de famille, pour prendre tel ou tel aspect différent, à savoir celui d'une plaie quelconque de mauvaise mine, de mauvais caractère, mais dépourvue de toute physionomie d'espèce. C'est là ce que Ricord, avec son coup d'œil merveilleux, avait remarqué de vieille date, en disant : « Il arrive un moment où n'importe quel phagédénisme n'a plus de caractères d'espèce; il devient un phagédénisme quelconque, semblable à tel ou tel phagédénisme d'une nature différente. Somme toute, *tous les phagédénismes se ressemblent* ou peuvent arriver à se ressembler. »

C'est ainsi que le phagédénisme tertiaire, dans les cas spécialement où il a été excité, tourmenté, modifié par des causes d'irritation diverses, revêt parfois l'aspect d'une plaie rouge, d'un rouge ardent ou vineux, à aréole hyperémiée, à sécrétion abondante et roussâtre, à extension rapide, etc. C'est là la forme *éréthique* ou *inflammatoire* du phagédénisme; abréviativement, c'est là ce qu'on appelle, en langage d'hôpital, le phagédénisme *rouge*, l'un des plus menaçants, l'un des plus mauvais, si on ne lui oppose à temps une médication appropriée à son caractère.

D'autres fois, dans une forme difficilement qualifiable et dite (faute d'une appellation meilleure) *diphtéroïde* ou *pultacée*, ce même phagédénisme apparaît à demi recouvert d'exsudats grisâtres, pulpeux, pelliculaires ou pseudomembraneux. — Forme rare, vraisemblablement due à quelque infection microbienne surajoutée.

D'autres fois encore, il se présente sous une forme véritablement *gangréneuse*. Ici, trois variétés possibles et, conséquemment, trois aspects objectifs, à savoir : celui d'une *gangrène moléculaire*, se produisant par îlots minuscules, presque microscopiques; — celui d'une *gangrène à petites oasis*, représentée par des îlots sphacélés du volume d'une tête d'épingle, d'un grain de blé, d'une lentille, de petits lambeaux irréguliers d'un brun noirâtre; — et, enfin, celui d'une *gangrène en bloc*, d'une gangrène massive. C'est dans ce dernier cas qu'on voit des placards tégumentaires ou de véritables blocs de tissus profonds être frappés de sphacèle au sein d'ulcérations extensives ou térébrantes. Deux exemples :

Sur une de mes malades affectée d'un grand ulcère phagédénique de la jambe, un placard tégumentaire de 5 centimètres en hauteur sur 4 de large fut frappé presque soudainement de gangrène et converti en un lambeau sphacélé noir comme de l'encre.

Sur un de mes clients, j'ai vu, au cours d'un phagédénisme nasal, toute une aile du nez, et cela en l'espace de quelques jours, devenir brunâtre, puis absolument noire, insensible à la piqûre, bref sphacélée, et se détacher *en bloc* à la façon d'une eschare.

Comme processus pathogénique, qu'est-ce que ce phagédénisme gangréneux? Procède-t-il, comme on l'a dit, de thrombose ou d'endartérite oblitérante? Ou bien est-il un résultat d'une infection microbienne secondaire, surajoutée? Question indéterminée quant à présent.

En tout cas, qu'il se présente sous tel ou tel des aspects précités, le phagédénisme n'en conserve pas moins sa caractéristique propre, qui consiste en ceci : *exagération d'un processus ulcératif*. C'est l'intensité insolite, la malignité évidente de ce processus qui constitue le phagédénisme.

Or, l'exagération de ce processus ulcératif peut se traduire suivant divers modes :

1° Elle peut se traduire par une *extension en surface*, auquel cas l'ulcération s'élargit, prend des dimensions insolites, considérables, monstrueuses même parfois comme étendue de territoire tégumentaire envahi; ce premier mode constitue ce qu'on appelle le *phagédénisme extensif* ou le *phagédénisme de surface;*

2° Elle peut se traduire par une *invasion ulcéreuse en profondeur;* l'ulcération, alors, entame les tissus, les creuse, les excave, les détruit de leur surface à leur profondeur; elle devient alors cavitaire, caverneuse; c'est là le mode de phagédénisme dit *térébrant;*

3° Enfin, il est possible, mais bien plus rare, que ces deux modalités ulcéreuses s'associent, se combinent, pour constituer un phagédénisme à la fois extensif et térébrant.

Comme complément nécessaire, j'ajouterai immédiatement que, sous telle ou telle des formes qui précèdent, le phagédénisme est susceptible de très nombreux *degrés* ou même, pour mieux dire, de tous les degrés possibles imaginables. Ainsi, l'on pourrait décrire un phagédénisme limité, circonscrit ou bénin, un phagédénisme moyen, un phagédénisme considérable, voire monstrueux (le mot n'aurait rien d'exagéré).

Il est, en effet, certains cas où le phagédénisme se circonscrit à un organe ou à une portion d'organe, comme le gland, l'une des lèvres vulvaires, une aile du nez, etc. En d'autres cas, il intéresse toute une région, tout un département cutané (organes génitaux, isthme guttural, fosses nasales, etc.). Ailleurs, on le voit se déverser sur plusieurs régions successivement; ailleurs encore, dépasser tout ce qu'on pourrait croire soit comme étendue de surfaces envahies, soit comme intensité de délabrements.

Nous allons l'étudier dans ces différentes formes.

IV

Phagédénisme de surface. — Comment progresse le phagédénisme de surface?

Dans une forme dite *atypique*, il procède ou paraît procéder au hasard, sans règle, sans méthode. Il va s'élargissant de-ci de-là, capricieusement, comme si aucune loi ne présidait à sa marche. C'est ainsi que parfois on le voit pousser une pointe en tel sens, puis s'arrêter, s'étendre alors dans un sens différent, puis dans un autre, et ainsi de suite.

Mais, si cela est possible, ce n'est là à coup sûr qu'une rare exception. Car la règle, c'est que, bien au contraire, le phagédénisme tertiaire procède à son extension en surface suivant une modalité *méthodique*, systématique. Un de ses caractères les plus habituels, qui suffit même souvent à le distinguer des autres phagédénismes, c'est d'avoir, si je puis ainsi parler, un *plan d'invasion*, une *marche déterminée à l'avance*, marche à laquelle il semble assujetti par une force supérieure, et qu'il poursuit pas à pas, sans variations et sans modifications d'aventure. A ce point qu'étant donné un phagédénisme tertiaire, on peut avec quelque peu d'habitude en prévoir la direction future et dire : ce phagédénisme, parti du point A, viendra au point B, puis au point C, et ainsi de suite, si nous ne parvenons pas à l'enrayer dans sa marche. Et maintes fois l'on a vu de tels présages être confirmés par l'événement.

Je le répète, car la chose est d'importance : cette discipline d'évolution, cette progression méthodique constitue l'un des caractères les plus frappants des phagédénismes tertiaires, un de ceux qui permettent d'en établir le diagnostic le plus sûrement.

Cela dit, précisons. Le phagédénisme tertiaire progresse suivant deux modes qui peuvent être ainsi qualifiés : *rayonnement centrifuge*, et *traînée serpentine* ou *serpigineuse*.

Voyons le premier, de beaucoup le plus commun.

1° *Progression par rayonnement centrifuge.* — Une comparaison banale donne une idée très exacte de cette modalité extensive. Chacun sait ce que produit la chute d'un caillou dans une nappe d'eau tranquille, à savoir une série de petites vagues circulaires et excentriques qui vont s'élargissant de diamètre à mesure qu'elles s'éloignent de leur centre commun. Eh bien, ainsi procède le phagédénisme tertiaire. Parti d'un centre, il rayonne autour de son foyer d'origine, en constituant une *série de zones d'invasion circulaires et concentriques*, à diamètre croissant au fur et à mesure qu'elles s'éloignent de leur centre.

Prenons comme exemple une syphilide tuberculo-ulcéreuse. Si cette syphilide est destinée à subir le processus phagédénique, ce qui s'observera est ceci :

Autour du groupe initial, production suivant

une zone circulaire d'une série nouvelle de tubercules qui suivront individuellement leur évolution usuelle, c'est-à-dire se ramolliront, s'ulcéreront, et dont la surface d'ulcération s'ajoutera à l'ulcération centrale. Puis, au pourtour de cette première zone, production d'une seconde zone circulaire de tubercules semblables, destinés à une évolution semblable, et dont l'ulcération se confondra de même avec l'ulcère central. Puis, au pourtour de cette seconde zone, production d'une troisième qui aura le même sort. Et ainsi de suite, toujours suivant le même mode. En sorte que les progrès de la lésion dériveront, comme on le voit, d'un véritable rayonnement centrifuge.

Complétons immédiatement et par avance ce qui a trait à cette évolution morbide si particulière par l'énoncé d'un second phénomène d'ordre tout différent, qui est celui-ci :

Cicatrisation centrifuge, se faisant d'une façon parallèle à l'expansion ulcéreuse centrifuge.

C'est-à-dire : à mesure que progresse le phagédénisme, à mesure qu'il s'élargit excentriquement par une série de zones à processus ulcératif, inversement il subit dans ses parties centrales un processus de réparation cicatricielle à évolution également centrifuge. Ainsi, le foyer central se répare et se cicatrise le premier, puis la cicatrice envahit la première zone excentrique, puis elle envahit la seconde, puis la troisième, et ainsi de suite.

De sorte que (schématiquement, bien entendu, car la nature ne procède pas toujours d'une façon aussi régulière), de sorte, dis-je, que, sur un phagédénisme de cet ordre datant d'un certain temps, ce que l'on voit est ceci, en allant du centre à la circonférence :

Au centre, une cicatrice accomplie, bien formée, déjà blanchâtre;

Plus en dehors, une zone à l'état de cicatrice récente, encore rougeâtre;

Plus en dehors, une zone en période de réparation;

Plus en dehors, une zone ulcéreuse;

Et enfin, à la périphérie, une zone de tubercules jeunes ou relativement jeunes, encore solides et durs, ou tout au plus ébauchant leur étape de ramollissement.

Donc, en résumé : coexistence de deux processus inverses aux deux extrémités d'un *rayon* de la lésion, à savoir, processus cicatriciel à l'extrémité centrale, et processus d'ulcération active, envahissante, à l'extrémité périphérique; en outre, direction centrifuge de ces deux processus.

Tel est, si je puis ainsi parler, l'esprit de la lésion.

Ce phagédénisme en surface à rayonnement centrifuge se présente sous trois formes qui ne sont que de simples variétés d'un même type, à savoir :

a) Mode centrifuge orbiculaire, dans lequel le rayonnement se fait sur l'aire de tout un cercle. C'est celui que je viens de décrire.

b) Mode centrifuge arciforme. Dans celui-ci le rayonnement ne se fait que sur une tranche d'un cercle, par exemple sur les deux tiers, la moitié, le quart d'un cercle. Conséquemment, ici les zones excentriques ne sont plus des circonférences, mais seulement des portions de circonférence, des arcs de cercle. Ce mode est infiniment plus commun que le précédent; c'est même le type usuel des syphilides phagédéniques en surface.

c) Mode arciforme à arceaux conjugués, dans lequel l'expansion phagédénique se segmente en une série de tranches à modalité centrifuge arciforme. Ces diverses tranches, au nombre de deux, trois, quatre, cinq, restant contiguës par leurs extrémités, reproduisent la modalité circinée que j'ai décrite sous le nom de circination à arceaux conjugués. L'ensemble de la lésion représente alors les diverses folioles d'une feuille composée.

Ce dernier type, assez commun, est une des expressions les plus distinctives, les plus formelles, de la qualité syphilitique d'un phagédénisme.

Qu'on ne se méprenne pas, en effet, sur la valeur des configurations que j'essaie d'analyser ici. On pourrait les dédaigner au premier abord et les considérer comme des minuties sans portée. Ce serait là une erreur, une grosse erreur. Car les modalités graphiques en question constituent ou peuvent constituer des signes de haute valeur pour le diagnostic différentiel du phagédénisme tertiaire. Est-ce que jamais, par exemple, le phagédénisme du chancre simple ou de la scrofule se présente sous le mode arciforme à arceaux conjugués, mode au contraire assez fréquent dans la syphilis? Non, certes non. En sorte qu'il y a là, pour certains cas tout au moins, des éléments séméiologiques dont le médecin peut tirer le plus utile profit.

2° *Phagédénisme serpigineux.* — C'est le phagédénisme serpentin, qui « marche à la façon du serpent ». Celui-ci procède par *longues traînées ulcéreuses*, soit rectilignes (ce qui est très rare), soit (ce qui est la règle) curvilignes, ondulées, sinueuses.

Exemples :

a) Sur une de mes malades, une syphilide tuberculo-ulcéreuse, partie de la bosse frontale gauche, s'était portée, en l'espace de trois à quatre ans, jusque sur la tempe droite, sous forme d'une bande serpigineuse et curviligne large d'environ deux travers de doigt.

b) Syphilide tuberculo-ulcéreuse née au niveau de l'aine droite, puis de là contournant en arc de cercle la base de la verge, et s'étant ensuite étalée sur la bourse gauche; cela sous forme d'une traînée ulcéreuse ne mesurant guère plus de 2 centimètres en largeur.

c) Syphilide tuberculo-croûteuse à trajet zoniforme, partie de la région moyenne du dos, puis ayant cheminé, sous forme d'une bande horizontale et rectiligne d'une largeur de trois à quatre travers de doigt, jusque sur la partie antéro-latérale du thorax; — trajet total d'environ 25 centimètres.

d) Syphilide tuberculo-croûteuse ayant décrit un grand arc de cercle tout autour de l'omoplate gauche, sous forme d'une bande serpigineuse étroite, de 1 à 2 centimètres de diamètre; — trajet total d'environ 30 centimètres.

e) Syphilide tuberculo-ulcéreuse, née au-dessous de l'œil droit, de là ayant contourné en arc de cercle le bout du nez, puis s'étant réfléchie inférieurement sur la partie latérale gauche du nez, et, finalement, ayant abouti à la lèvre supérieure; cela, sous forme d'une bande serpigineuse de 2 à 3 centimètres de diamètre.

f) Syphilide tuberculo-croûteuse, ayant parcouru le dos, à peu près dans toute sa hauteur, sous forme d'une bande serpigineuse à trajet curviligne et à grands arceaux conjugués; — trajet total dépassant certainement *un mètre* en longueur.

Un second caractère du phagédénisme serpigineux consiste en ceci : état différent des extrémités opposées de la bande serpigineuse. Ainsi, tandis que l'une de ces extrémités (celle qu'on appelle la *tête* du serpent phagédénique) présente une ulcération vive en voie de progrès, l'autre extrémité, la *queue*, offre une surface en voie de cicatrisation. De la sorte, l'ulcération serpente *en détruisant par un bout* et *en se réparant par le bout opposé.* « Ce qu'elle perd d'un côté, elle le regagne de l'autre, ou réciproquement; de façon qu'elle peut cheminer sur une étendue de téguments considérable, tout en conservant à peu près la même étendue de surface pendant toute sa durée » (Ricord).

Tel est le type du *phagédénisme serpigineux*, susceptible d'ailleurs d'exceptions ou d'irrégularités d'importance secondaire, dont il suffira de produire un exemple. Sur un de mes malades, une bande serpigineuse du thorax, après avoir rigoureusement observé l'évolution la plus classique, devint le siège, *latéralement*, sur son segment cicatriciel, d'un foyer nouveau de tubercules, lequel prit à son tour une marche serpigineuse. Ce phagédénisme *bifurqué* ou même à plusieurs branches d'irradiation ne laisse pas de s'observer de temps à autre en pratique.

Une variété de ce phagédénisme de surface mérite une mention toute particulière; c'est la variété *superficielle, érosive*. Celle-ci consiste en un processus de destruction remarquablement superficielle, qui s'étend sur des portions plus ou moins considérables de téguments, mais qui s'y étend sans faire entamure, c'est-à-dire en les effleurant, en les excoriant, plutôt qu'en les ulcérant à proprement parler. C'est de la sorte qu'on voit parfois certains chancres du gland ou des lèvres vulvaires s'étaler sur de très larges surfaces, au point de mériter incontestablement la qualification de chancres phagédéniques, et cependant rester pendant toute leur durée à l'état de simples lésions érosives ou exulcéreuses. Quelques exemples de ces faits curieux et non encore décrits se trouvent reproduits dans ma collection particulière, déposée au musée de l'hôpital Saint-Louis. Eh bien, il en est de même pour certaines syphilides tertiaires qui se propagent quelquefois à des étendues considérables de surface tout en conservant comme expression anatomique une forme simplement érosive, tout au plus excoriative, exulcéreuse. Sur une malade de ma clinique, une syphilide de ce genre, qui occupait tout le cuir chevelu, le front, les oreilles, la nuque et une partie du cou, était tellement superficielle qu'on aurait pu la prendre au premier coup d'œil pour un eczéma, et je me demande si, en effet, le nom qui lui conviendrait le mieux ne serait pas celui de *syphilide eczématiforme phagédénique.* — J'ai encore observé un autre fait presque identique sur un jeune étudiant en médecine, qui avait tout le crâne, une portion du visage, l'oreille correspondante et le cou absolument couverts d'une syphilide croûteuse, à marche phagédénique. On aurait pu croire, et j'avais cru tout d'abord, que ces croûtes surmontaient des ulcérations creuses, entamant profondément la peau. Il n'en était rien. Ce qu'on trouvait au-dessous des croûtes se bornait à une érosion en nappe des téguments, érosion tout à fait superficielle, si superficielle même qu'elle ne laissa qu'une cicatrice presque inappréciable après guérison.

V

Phagédénisme térébrant. — Ce second mode du phagédénisme a pour caractéristique, comme on le sait déjà, sa qualité *perforante.* C'est un phagédénisme qui creuse, qui détruit *sous lui*, qui mutile en profondeur.

Voyez-le à l'œuvre. Il fait sa trouée en anéantissant tout ce qu'il rencontre sur ses pas : la peau, d'abord, ou le tissu muqueux; — puis le tissu cellulaire; — puis les tissus fibreux, les aponévroses. A la vérité, comme j'aurai à le spécifier dans un instant, il est souvent enrayé dans sa marche par cette barrière difficilement franchissable, mais, avec du temps, il en vient à bout, la corrode, et passe outre; — puis les muscles, qu'il ulcère, qu'il dissocie, en y creusant de vastes anfractuosités; — puis, les os eux-mêmes, dont il fait justice par deux procédés, soit par dénudation et destruction de leur vascularisation périostique, soit par infiltration gommeuse préalable. C'est de la sorte qu'on l'a vu maintes fois découvrir les os du crâne ou des membres, des phalanges notamment (*Pl. 3, 4 et 5*), détruire la charpente du nez et des fosses nasales, voire pénétrer dans le canal rachidien.

Les vaisseaux et les nerfs sont les tissus qui lui résistent le mieux. Ainsi, plusieurs fois on a vu, au fond d'ulcères phagédéniques, des troncs nerveux ou des vaisseaux mis à nu et isolés, disséqués comme par le scalpel d'un anatomiste. D'une façon ou d'une autre, cependant, il les entame et les corrode. A preuve les accidents hémorrhagiques souvent graves et

quelquefois mortels, voire subitement mortels, dont il peut être l'origine par ouverture de moyens ou de gros vaisseaux (artères de la verge, artère linguale, carotide, fémorale, etc.).

Aussi bien la modalité térébrante est-elle par excellence la forme grave du phagédénisme, celle qui se traduit par des ulcérations, des entamures de tissus, voire par des délabrements intenses, des mutilations, de véritables anéantissements d'organes, tels que le nez, le voile palatin, le gland, les phalanges (*Pl. 4*), etc.; toutes conséquences que nous aurons à spécifier dans ce qui va suivre.

VI

Rien de réglé, rien de fixe dans l'évolution du phagédénisme. Ainsi, pour prendre les termes extrêmes :

1° Il est des cas où le phagédénisme tertiaire e développe et procède avec une excessive rapidité, au point de mériter le nom de *phagédénisme aigu*. C'est dans cette forme qu'on l'a vu, en l'espace de trois semaines ou même de quinze jours, détruire des portions de tissus plus ou moins considérables, mutiler le gland, perforer l'urèthre, abattre une aile du nez, saper l'isthme guttural, creuser de vastes excavations dans les membres, etc. — Un de mes malades a eu le nez largement ouvert en moins de trois semaines, et cela du fait d'un phagédénisme gangréneux qui frappa de mort la paroi latérale de la narine gauche et toute l'aile correspondante.

Cette modalité aiguë d'évolution appartient surtout au phagédénisme d'ordre térébrant. Elle est rare au contraire dans le phagédénisme de surface.

2° Inversement, il est d'autres cas où le phagédénisme procède avec une *lenteur* relative, voire parfois (mais rarement) avec une lenteur voisine de la *chronicité*.

Cette modalité lente ou, *a fortiori*, chronique, est surtout le fait des phagédénismes de surface qui envahissent de larges territoires cutanés, notamment sur les membres et le tronc. Elle rapproche le phagédénisme syphilitique du phagédénisme scrofuleux, éminemment torpide et chronique, comme on le sait.

3° Enfin, entre ces deux ordres de cas extrêmes, tous les intermédiaires possibles peuvent s'observer.

D'ailleurs, comme je le faisais remarquer à l'instant, rien n'est réglé dans l'évolution du phagédénisme qui est essentiellement capricieux de nature, fantasque, « fantaisiste » même, comme on l'a dit, c'est-à-dire fécond en incidents de marche inattendus. Ainsi :

1° S'il observe parfois une marche de teneur uniforme et continue, en d'autres cas, inversement, il procède *par saccades*, par poussées. Après avoir débuté, je suppose, sous une forme rapide, il se ralentit, semble s'enrayer, puis reprend tout à coup et sans cause appréciable son premier essor; puis, derechef, il s'arrête, mais pour subir un élan nouveau, et ainsi de suite (phagédénisme dit *en poussées*, forme assez rare du reste).

2° Chose plus étonnante, c'est parfois au moment où il semble le plus « lancé », le plus menaçant, que tout à coup il subit un arrêt imprévu, *tourne court* et guérit.

3° Inversement, aussi, c'est parfois au moment où, modifié d'allure, en pleine voie de réparation, il semble devoir guérir à brève échéance, que tout à coup il se réveille, reprend sa marche et procède à de nouveaux envahissements. Ces recrudescences inattendues et inexplicables (sans parler des récidives vraies que je réserve) lui sont mêmes assez familières. Aussi bien faut-il se tenir toujours en défiance avec le phagédénisme et ne le dire guéri qu'à l'époque où la dernière parcelle d'ulcération est absolument et sûrement cicatrisée. Tant qu'il reste un fragment, un recoin de la plaie encore ouvert, si imperceptible qu'il soit, une recrudescence est possible, et cette recrudescence peut être des plus graves, au point de tout remettre en question à une époque où l'on croyait toucher au terme, où la guérison semblait le mieux assurée.

D'autre part, la marche du phagédénisme est souvent influencée par diverses causes incidentes et cela dans un sens soit défavorable, soit favorable.

Défavorable, par le fait de toutes causes irritantes : pansements négligés, topiques excitants, cautérisations intempestives, écarts de régime, excès alcooliques, fatigues, etc...

Favorable, par toutes causes d'ordre opposé : bonne hygiène, balnéation, pansements convenables, repos, etc.

Or — paradoxe étrange — il n'est pas impossible qu'au nombre de ces causes favorables, bienfaisantes, prennent place des causes morbides, pathologiques !

Ainsi, Guéneau de Mussy a vu le choléra guérir soudainement, « balayer » un phagédénisme rebelle à tous remèdes depuis plusieurs années.

L'érysipèle a sa réputation faite, en tant que *guérisseur* du phagédénisme, de par un certain nombre de cas publiés dans la science, cas dans lesquels tantôt il a enrayé, modifié, « presque guéri», voire guéri, des lésions d'ordre phagédénique. On a même dit de lui qu'il était « le grand justicier », l'agent curatif par excellence du phagédénisme. Si bien qu'à propos de phagédénismes rebelles, réfractaires à tout traitement, on s'est efforcé quelquefois de provoquer un érysipèle comme méthode curative. Je me rappelle qu'en 1856, alors que j'avais l'honneur d'être l'interne de Ricord, mon maître me donna mission, à propos d'un cas de cet ordre qui, depuis de très longues années, avait opiniâtrément résisté à tous les traitements imaginables, de m'ingénier à déterminer *in situ* un érysipèle. Je mis en œuvre divers moyens (frictions irritantes, topiques irritants, pansements sales, pansements avec l'onguent mercuriel ranci, voire enveloppements dans des couvertures de laine empruntées à un érysipélateux, etc.) en vue de satisfaire à cette prescription, mais sans parvenir à réaliser le résultat cherché.

Au surplus, à mon sens, on a surfait et fortement exagéré l'action de cet érysipèle « salutaire, curateur » sur le phagédénisme, et voici sommairement mon opinion sur ce point :

Oui, très certainement, l'érysipèle est susceptible d'exercer sur le phagédénisme une action modificatrice puissante, énergique, « étonnante, extraordinaire », voire curative. Cela est incontestable et, d'ailleurs, incontesté.

Mais, plus souvent, il n'est que *suspensif* et non curatif, c'est-à-dire qu'il modifie le phagédénisme *pour un temps*, passé lequel la lésion reprend ses caractères primitifs avec sa marche envahissante.

Enfin, il peut rester *indifférent;* — et nul ne contestera qu'il court risque de devenir mortel. Ce dernier mot me conduit à dire qu'il faudrait donc des circonstances toutes particulières, très exceptionnelles, non moins que graves (et telles précisément elles étaient dans le cas précité de Ricord), pour qu'un médecin fût autorisé à recourir à l'érysipèle comme moyen curatif du phagédénisme.

Resterait à rechercher de quelle façon, par quel mode pathogénique l'érysipèle réagit sur le phagédénisme. Est-ce là, comme on l'a dit, un simple effet de « révulsion », de « substitution »? Ne serait-ce pas plutôt le résultat d'un conflit microbien ou de toute autre influence dont nous n'avons pas encore le secret? Avouons notre ignorance en l'espèce, sans nous engager dans un ordre de discussions qui n'aboutiraient à aucun résultat.

VII

Je serai bref sur le chapitre des *complications;* car, d'une part, le phagédénisme n'a pas de complications qui lui soient propres et les accidents qui se produisent parfois à sa suite sont tous de l'ordre de ceux qui peuvent être provoqués par une plaie quelconque, tels que : inflammation de voisinage, œdème, décollements, fusées interstitielles, abcès, érysipèle, lymphangites, adénopathies, etc.; et, d'autre part, cet ordre même de complications est absolument rare avec le phagédénisme tertiaire, phagédénisme aphlegmasique d'essence, non éréthique, qui détruit *à froid*, qui mutile à froid, sans éveiller de réactions de voisinage. Aussi bien, quand elles se produisent, ces complications ne dérivent-elles que d'excitations surajoutées (irritations locales par malpropreté, topiques excitants, cautérisations, ou bien alcoolisme, fatigues, surmenage, etc.).

Je le répète, car cela constitue un signe dont le diagnostic peut tirer un utile parti, le phagédénisme tertiaire est par excellence un phagédénisme froid, aphlegmasique, qui reste indemne de toute réaction. Il diffère en cela du phagédénisme chancrelleux, bien plus aigu, bien plus turbulent d'allure, si je puis ainsi parler, et qui n'est pas sans développer de temps à autre des accidents phlegmasiques à son voisinage.

Au point de vue de l'*état général* au cours du phagédénisme tertiaire, trois catégories de cas doivent être distinguées :

1° Dans un premier ordre de faits (de tous le plus commun, je crois), ce phagédénisme reste sans influence sur l'état général, sur ce qu'on appelle la santé.

Ainsi, il est absolument commun de voir le phagédénisme évoluer, et cela pendant un temps plus ou moins long, sans réagir sur l'économie, sans porter la moindre atteinte aux grandes fonctions de l'être vivant. On assiste alors à un spectacle vraiment fait pour surprendre : d'une part, une lésion locale grave, mutilant ou dévorant une région du corps; et, d'autre part, un organisme sain, placide, non troublé, indifférent à l'œuvre de destruction qui s'accomplit sur lui! Exemple du genre : un jeune homme, de constitution robuste et d'excellente santé habituelle, vient à être affecté d'un phagédénisme térébrant qui, dans l'espace de quelques semaines, détruit tout le gland, mutile le prépuce et le fourreau, perfore l'urèthre, etc., et tout cela se produit à froid, sans le plus léger trouble, sans la moindre fièvre, sans perte d'appétit, sans le moindre phénomène réactionnel ou sympathique.

De même, j'ai soigné en ville une femme du demi-monde, qui, bien qu'affectée depuis quatre ans d'un vaste phagédénisme ulcéreux couvrant les deux tiers de la cuisse environ, n'avait jamais cessé de se porter le mieux du monde. Elle n'avait jamais éprouvé de cette affreuse lésion le moindre retentissement sur son état général. Et la preuve, c'est que pendant ces quatre années elle n'interrompit jamais sa manière de vivre qui était cependant des plus mondaines, des plus agitées et même des plus folâtres. « A part le mal de ma cuisse, m'a-t-elle répété bien des fois, c'était comme si je n'avais rien; cela ne m'a jamais rendue malade. »

J'avais dans mon service l'année dernière une malade d'une trentaine d'années à laquelle un phagédénisme, non traité à son début, enleva une bonne portion du nez. Or, c'était une superbe fille, grande, grosse et grasse, au teint floride, très fortement musclée, ayant toujours joui et jouissant encore d'une admirable santé.

Et de même pour bien d'autres cas semblables que je pourrais citer.

Les faits de ce premier ordre, absolument exempts de tout trouble général, s'observent surtout (mais non exclusivement, on vient d'en avoir la preuve) dans les phagédénismes circonscrits et à marche rapide, dans les phagédénismes extérieurs, cutanés, et, enfin, dans les phagédénismes qui, en raison de leur siège, ne sont pas exposés (comme ceux de la bouche, par exemple) à troubler des fonctions importantes.

2° En d'autres cas moins nombreux, mais assez communs cependant, le phagédénisme, au contraire, retentit sur l'organisme, et retentit sur lui d'une façon lente, continue, progressive, comme ferait une cause quelconque d'épuisement. Telle est la règle pour l'énorme majorité des phagédénismes qui durent un certain temps, et telle est surtout la règle pour les phagédénismes d'ordre chronique.

Et comment en serait-il autrement? Comment des lésions graves, étendues, considérables, lentes ou chroniques d'évolution, n'aboutiraient-elles pas, après un certain temps, à exercer sur l'économie une action dépressive, débilitante, dénutritive, consomptive? D'autant qu'elles ont des voies multiples et diverses pour y acheminer le malade, à savoir : la suppuration abondante qu'elles entretiennent; le repos prolongé qu'elles nécessitent, d'où l'alanguissement nécessaire des fonctions digestives (constipation, dyspepsie, etc.); les douleurs et l'insomnie qui les accompagnent en certains cas; les complications diverses qu'elles peuvent susciter, telles que difficultés de mastication ou de déglutition dérivant de lésions buccales ou pharyngées; et surtout (gardons-nous d'oublier ce facteur essentiel, primordial, prédominant pour nombre de cas) l'*état moral* qui est la conséquence habituelle, presque nécessaire, de semblables lésions : inquiétudes, chagrin, découragement, mélancolie, désespoir, idées de suicide, etc. Qu'on se rende compte, en effet, de ce que peut être l'état moral d'un homme qui perd un tronçon de la verge, ou d'une jeune femme qui se voit défigurée par un phagédénisme! Que de fois n'ai-je pas entendu des malades éprouvés de la sorte me dire qu'ils auraient cent fois préféré la mort à leur état de survie après guérison d'un phagédénisme qui leur avait mutilé le visage ou les organes sexuels! Une jeune femme (autrefois très jolie, paraît-il), qui avait perdu une portion de la lèvre et du nez, m'a répété cent fois que j'aurais dû lui donner, au lieu d'iodure, « une bonne potion qui l'aurait menée tout droit au Père Lachaise ». Ce n'est qu'à la longue, après bien du temps, que les malheureux éprouvés de la sorte finissent, non pas par se consoler, mais par tolérer leur état avec une résignation silencieuse, souvent d'ailleurs plus apparente que réelle. Il en est même un certain nombre qui tombent dans un état d'indifférence apathique, de prostration à la fois physique et morale. Quelques-uns prennent la vie en dégoût et nourrissent des projets de suicide. Enfin, il en est qui ont mis fin à une existence désormais empoisonnée en se donnant la mort. J'ai dans mes notes l'histoire d'un malade qui, après avoir perdu presque toute la verge par le fait d'un phagédénisme tertiaire, se tua d'un coup de revolver.

Il se peut tout naturellement que, dans les cas où le phagédénisme réagit de la sorte sur l'état général, la santé s'altère d'une façon plus ou moins sérieuse. Alors, on voit l'organisme s'appauvrir, les forces diminuer, les fonctions nutritives se troubler, les cheveux grisonner ou blanchir, la résistance vitale s'affaiblir, etc. Bref, le malade s'achemine vers une *cachexie* progressive, dont il serait superflu d'énumérer ici les multiples symptômes qui, d'ailleurs, n'offrent rien de spécial. Et, finalement, ou bien une intercurrence morbide quelconque (telle qu'une pneumonie) vient clore brusquement la scène, ou bien la mort succède à un marasme lent.

3° Enfin, il est une troisième catégorie de cas (celle-ci rare, presque exceptionnelle même, dirai-je) où, du premier coup, d'emblée, le phagédénisme apporte un trouble grave, parfois très grave, dans l'état général et l'ensemble des fonctions. C'est ainsi que, sur certains malades, on voit apparaître, dès l'invasion ou dès les premiers temps de la lésion locale, un ensemble de symptômes composé comme il suit : asthénie générale; diminution singulière et presque immédiate des forces; sentiment de courbature, d'accablement; accès de fièvre vagues, erratiques, et, plus tard, fièvre continue avec exacerbations irrégulières; alanguissement des fonctions digestives, perte d'appétit, langue saburrale; troubles dyspeptiques; constipation, ou quelquefois accès de diarrhée sans cause; insomnie, agitation nocturne, rêvasseries, subdelirium, etc.; en un mot, véritable *état subtyphoïde*, qui n'a d'explication autre qu'une réaction exercée par la lésion locale sur l'état général de l'organisme. Inutile d'ajouter que, si cet état se prolonge, il entraîne naturellement à sa suite des modifications importantes dans l'habitus général, la physionomie : amaigrissement rapide, dénutrition, pâleur, affaiblissement, débilitation progressive, dépérissement.

Des phénomènes de cet ordre et de cette importance ne s'observent guère qu'avec des phagédénismes intenses, aigus ou rapides d'évolution, notamment dans les phagédénismes symptomatiques des syphilis malignes précoces.

VIII

Trois ordres de terminaison sont possibles, à savoir : la *guérison*, la *chronicité indéfinie* en dépit du traitement, et la *mort*.

La guérison constitue la terminaison infiniment la plus commune. Seulement, elle n'est obtenue en nombre de cas qu'au prix d'une durée plus ou moins longue, de traitements énergiques plus ou moins pénibles, et trop souvent aussi de mutilations irréparables dont nous aurons à parler dans un instant.

La chronicité indéfinie n'est en l'espèce qu'un fait absolument exceptionnel. On n'en connaît qu'un petit nombre d'exemples. Pour ma part, je n'ai guère en souvenir que quatre ou cinq cas restés rebelles à tout traitement. Et je suis persuadé que le nombre de ces cas réfractaires ira en diminuant, étant donné la nouvelle et puissante ressource que nous offre la méthode des injections au calomel.

La mort est une terminaison certes plus commune que la précédente, bien qu'au total peu fréquente ou même rare. Elle résulte de facteurs divers : tantôt (ce qui est le cas le plus habituel) d'épuisement général par suppuration prolongée, troubles gastriques, influence débilitante du repos, état moral, etc.; tantôt de complications locales, hémorrhagies, érysipèles, abcès, fusées purulentes, etc.

Incidemment, plaçons ici une particularité négative digne de mention. L'infection purulente paraîtrait avoir sa place toute marquée parmi les causes de mort que nous énumérons. Il n'en est rien. En dépit de ses vastes surfaces suppurantes, en dépit de sa longue durée et de toutes ses complications possibles, le phagédénisme n'aboutit pas à l'infection purulente. Ricord disait n'avoir pas souvenir d'un seul cas de phagédénisme qui se fût terminé de la sorte, et mes observations personnelles déposent dans le même sens.

D'autres fois encore, la mort est le résultat de troubles fonctionnels consécutifs à la guérison, tels que dysphagie et inanition véritable par rétrécissement de la gorge, asphyxie par rétrécissement laryngé, etc. Une des malades précitées, que je guéris cinq fois d'accidents phagédéniques gutturaux, présenta consécutivement une atrésie telle de la gorge, que l'alimentation devint extrêmement pénible et tout à fait insuffisante. Plus tard, la respiration s'obstrua, des accès de suffocation se produisirent, et la vie ne put être prolongée que par une intervention chirurgicale. Puis, quelques mois après, la malade succombait par épuisement progressif.

IX

De ce qui précède, il résulte que le phagédénisme est susceptible de durées très variables. En certains cas, il ne persiste pas au delà de quelques semaines. Ailleurs, il se prolonge des mois et des années. Ailleurs encore, il prend par excellence l'allure de la chronicité, voire d'une chronicité parfois indéfinie.

En l'espèce, des termes d'un an, de deux ans, de trois ans comme durée n'ont rien d'extraordinaire. Maintes fois même on les a vus dépassés. Que d'exemples n'aurais-je pas à citer de phagédénismes tertiaires remontant à quatre, cinq, huit, dix années! Et ce n'est pas là le dernier mot. Pour ma seule part, j'ai dans mes notes deux cas de phagédénisme qui dataient, lorsque je les ai observés pour la première fois, l'un de seize ans et l'autre de dix-neuf ans. Dans ce dernier, le phagédénisme, *né au niveau de la région lombaire, s'était propagé sur le membre inférieur gauche jusqu'au talon*, en criblant toute l'étendue de ce membre d'effroyables cicatrices dont quelques-unes constituaient de véritables brides tendineuses.

Il va sans dire que ces longues durées du phagédénisme ne dépendent pas toujours du phagédénisme seul. Presque invariablement elles sont le fait de causes et de circonstances diverses surajoutées à la lésion : incurie, saleté, défaut de soins, mauvaise hygiène, complications provoquées, etc. Et le plus souvent même elles dépendent soit d'erreurs faites sur la qualité du phagédénisme, soit de traitements irrationnels, intempestifs, timides, insuffisants. Un seul exemple, à ce dernier propos : une de mes malades, anciennement syphilitique, portait à la cuisse, et cela depuis six années, un énorme ulcère phagédénique qu'on n'avait jamais combattu que par divers traitements d'une insuffisance dérisoire (un *milligramme* de sublimé ou quelques centigrammes d'iodure quotidiennement!); soumise à un traitement sérieux (iodure de potassium, 3 à 5 grammes par jour, et pansement occlusif au taffetas de Vigo), elle guérit en vingt-huit jours.

X

Les conséquences du phagédénisme, *après guérison*, sont naturellement des plus diverses et des plus variables, d'abord suivant la forme étalée ou térébrante des lésions, puis suivant leur étendue, leur importance, leur siège, etc.

Si variées soient-elles cependant, elles peuvent être rangées sous trois chefs, de la façon suivante : 1° cicatrices; 2° mutilations, pouvant aller jusqu'à destruction complète d'organes; 3° phénomènes d'atrésie.

1° *Cicatrices.* — Ce qui peut résulter de moins grave comme conséquence d'un phagédénisme, c'est la formation d'une large cicatrice étalée, régulière, destinée à devenir uniformément blanche avec le temps. Cette cicatrice, cela va sans dire, constitue une difformité locale irrémédiable, mais c'est tout. Elle n'a d'importance réelle qu'au cas où elle siège sur des parties découvertes, sur le visage notamment.

Mais, en d'autres cas, les cicatrices consécutives au phagédénisme se présentent sous des aspects différents. Subissant ce qu'on appelle la rétraction inodulaire, elles peuvent devenir irrégulières de surface, froncées, sillonnées d'anfractuosités profondes, ou parcourues par des brides épaisses, résistantes, presque tendineuses. C'est alors surtout qu'elles impriment au visage une laideur étrange et repoussante. C'est alors aussi qu'elles aboutissent à modifier les rapports des parties, à dévier les organes, à les immobiliser dans des attitudes vicieuses, etc., etc. Situées à la verge, par exemple, elles ont eu plus d'une fois pour résultat d'incurver le gland en divers sens et de rendre l'érection oblique, latérale, coudée, infléchie. Situées sur les membres, elles apportent souvent une gêne aux mouvements d'extension ou de flexion; elles les limitent comme étendue; elles vont même parfois jusqu'à les abolir complètement. Tel était le cas d'un de mes malades, dont la jambe avait été coudée à angle obtus sur la cuisse et restait fixée dans cette attitude par des brides cicatricielles occupant la face postérieure du membre. De même, sur une malade

précitée, le pied était maintenu dans une extension exagérée au point de continuer exactement l'axe de la jambe, et cela de par toute une série de cicatrices déprimées, irrégulières, tendues, bridées, fibreuses, dont quelques-unes figuraient de véritables *tendons* sur les parties postérieures et latérales du membre.

Ajoutons, pour ne rien omettre, qu'on a vu parfois ces cicatrices être envahies par la dégénérescence kéloïdienne. Plusieurs cas de ce genre se sont déjà présentés à mon observation; l'un d'eux est conservé au musée de l'hôpital Saint-Louis (collection particulière, pièce n° 281).

2° *Mutilation, destruction d'organes.* — Il est très habituel que le phagédénisme ait pour conséquence la destruction partielle d'un organe ou d'un segment d'organe. C'est ainsi qu'on l'a vu en maintes et maintes occasions ronger une partie plus ou moins considérable du gland, du prépuce, du fourreau, du scrotum, des grandes lèvres, des petites lèvres, du clitoris, du voile palatin, des piliers du voile, du nez, de la bouche, des oreilles, des paupières, etc., etc.; ou bien encore perforer l'urèthre, la cloison recto-vaginale, le palais; ou bien creuser de vastes cavernes dans la peau et le tissu cellulaire, dénuder les muscles, disséquer les artères, les veines et les nerfs, etc., etc.

De la mutilation d'un organe à sa destruction complète, absolue, il n'est qu'un pas, et ce pas, le phagédénisme le franchit aisément. De nombreux exemples, consignés dans la science ou empruntés à mes observations personnelles, montrent l'anéantissement possible d'organes très divers : gland, prépuce, portion du pénis, pénis tout entier jusqu'au ras du pubis, scrotum, grandes ou petites lèvres, vestibule, clitoris, mamelon, nez, palais, squelette interne des fosses nasales, voile palatin, amygdales, pharynx, larynx, doigts, orteils, etc. J'ai longtemps soigné en ville un malheureux jeune homme qui perdit une partie de la lèvre supérieure et du nez par le fait d'un phagédénisme tertiaire. — De même une de mes malades de Lourcine eut le nez tout entier et la lèvre supérieure complètement dévorés par une syphilide maligne précoce (pièce n° 239, musée de l'hôpital Saint-Louis, collection particulière) (*Pl. 1*). — Une malade nous arriva avec un phagédénisme très étendu qui avait déjà rongé trois orteils (*Pl. 3*). — Dans un cas dont il a été déjà fait mention, un phagédénisme tertiaire aboutit, après plusieurs récidives, à dévorer tout le palais, les piliers, les amygdales, une partie de la langue, une portion de l'épiglotte et le pharynx. — Dans un cas sur lequel on a beaucoup discuté, et que le docteur Besnier eut le mérite de rattacher à sa véritable origine, un phagédénisme syphilitique rongea et anéantit trois doigts jusqu'à la première phalange (musée de l'hôpital Saint-Louis, pièce n° 377). — Sur un de mes malades, le talon (calcanéum compris) fut rongé par une ulcération tertiaire, exactement comme s'il eût été détaché par un coup de hache. Et ainsi de tant et tant d'autres observations analogues qu'il serait superflu de produire.

3° *Atrésie d'orifices ou de cavités.* — Une autre conséquence plus rare du phagédénisme consiste dans le rétrécissement, voire dans l'oblitération, d'orifices ou de cavités physiologiques.

Exemples : atrésie du méat urinaire consécutivement au phagédénisme du gland; — atrésie ou oblitération de la narine consécutivement au phagédénisme nasal (un moulage déposé au musée de l'hôpital Saint-Louis représente une narine complètement oblitérée à la suite d'une syphilide ulcéreuse du nez); — atrésie vaginale résultant de lésions chancreuses ou de lésions d'ordre tertiaire; — atrésie ano-rectale, atrésie de l'orifice palpébral, atrésie naso-pharyngée, atrésie gutturale ou bucco-pharyngée, etc.

De ce qui précède il résulte que le *système osseux* est fréquemment affecté d'une façon secondaire par le phagédénisme profond, et que parfois même les lésions de ce système constituent un véritable *phagédénisme osseux*. Nombre d'exemples précités en témoignent.

Au nombre des os intéressés de la sorte figurent en première ligne ceux qui composent le squelette nasal et la voûte palatine. Leurs lésions sont des plus communes.

Les os des membres (à part les plus profonds, j'entends ceux qui, comme le fémur et l'humérus, sont recouverts d'épaisses masses charnues) paient aussi un large tribut au phagédénisme. Que de nécroses tibiales, par exemple, issues de lésions tertiaires cutanées! Généralement ces nécroses restent partielles et limitées, mais elles peuvent être considérables. J'ai bien longtemps traité en ville, avec le docteur P. Portalier, un malade chez lequel un effroyable phagédénisme de la jambe avait absolument dépouillé les deux tiers moyens du tibia. Pendant plus de six mois, nous eûmes sous les yeux cet os dénudé sur une hauteur de 20 centimètres, sous forme d'un séquestre *noir comme de l'encre*, sec, résonnant sous la percussion du doigt, et tout à fait semblable d'aspect à un *os de momie*. Sur un malade de mon service, un phagédénisme mutilant de l'avant-bras aboutit à anéantir le tiers inférieur du radius et un segment à peu près équivalent du cubitus, etc.

De même, les os du crâne sont assez fréquemment affectés. Le phagédénisme y creuse des entamures qui, après cicatrisation, se traduisent par des enfoncements, des dépressions cotyloïdes, rappelant les cupules où se logent les billes dans les jeux de macarons. Il n'est pas très rare de rencontrer plusieurs de ces cupules (au nombre de 2, 3, 5, 6) sur un même crâne qui prend alors, en style d'hôpital, le nom de « crâne en jeu de macarons ».

Enfin, on a vu des nécroses profondes des os craniens, alors qu'elles en intéressaient toute l'épaisseur, mettre à nu les membranes cérébrales. Une infirmière de notre hôpital, tristement fameuse par un épouvantable phagédénisme qui lui a labouré toute la face, détruit le nez, ravagé les oreilles, etc., a présenté une large nécrose de cet ordre, consécutive à de profondes lésions du cuir chevelu. Un beau jour, il s'est détaché de la région latérale du crâne, au-dessus du pavillon de l'oreille, un énorme séquestre de la largeur de la paume de la main, séquestre mesurant 7 centimètres horizontalement sur 4 centimètres de hauteur. La chute de cette lame osseuse ouvrit alors une large fenêtre sur le cerveau, dont on distinguait les battements de la façon la plus nette (1).

C'est surtout au visage, naturellement, que les dévastations du phagédénisme sont le plus vexatoires et le plus affligeantes. Elles se traduisent là soit par des cicatrices étalées, de toutes formes et de toutes dimensions, soit par des excavations, des brèches, des mutilations, etc., etc.

Les cicatrices étalées et régulières offusquent déjà le regard. Mais c'est bien pis pour les cicatrices froncées, bridées, radiées, tiraillées, qui constituent de réelles disgrâces, voire des difformités, en déviant les traits, en rétractant les paupières ou les lèvres, en troublant l'harmonie du visage, etc.

Et c'est bien pis encore comme conséquences pour le phagédénisme profond qui laisse à sa suite des cicatrices déprimées, des échancrures, des mutilations partielles ou complètes de certains organes, tels que les lèvres, les paupières, le pavillon de l'oreille, et surtout le nez.

Le nez peut être maltraité par le phagédénisme tertiaire de bien des façons, à savoir : tantôt crénelé ou échancré latéralement par entaillure ou destruction d'une aile (modalité la plus commune) (*Pl. 1*); tantôt ouvert inférieurement *en entonnoir* par destruction de la sous-cloison; tantôt ajouré, fenêtré sur une de ses parois (paroi latérale ou, bien plus rarement, paroi antérieure), modalité dite vulgairement *nez à lucarne;* tantôt, enfin, littéralement détruit, anéanti à ce point qu'il est remplacé par un trou béant, lequel reproduit exactement ce qu'est l'orifice antérieur des fosses nasales sur une tête de mort.

Ai-je à dire que les malheureux malades défigurés de la sorte deviennent des objets d'horreur et de répulsion? Eux-mêmes s'excluent de la société, s'isolent et vivent dans une demi-réclusion. J'ai pour clientes deux dames de la haute bourgeoisie qui, littéralement dévisagées, ne sortent jamais que la face recouverte d'un double voile noir, et seulement pour aller aux services religieux. Dans le peuple, ces mêmes malades n'aspirent également qu'à disparaître, à se séquestrer dans quelque hospice, dans quelque asile. Saint-Louis est un de leurs refuges préférés, et, par commisération, on les y conserve en les employant à quelque service subalterne. Bref, ce sont, comme les lépreux des anciens temps, de véritables *parias* de la syphilis dans la société moderne.

Voilà ce que peut faire le phagédénisme tertiaire. Et cependant ce n'est pas encore là son dernier mot. Car il me reste à le présenter sous une autre forme encore plus épouvantable, et celle-ci véritablement monstrueuse, soit comme étendue de surfaces envahies, soit comme intensité de ravages, de délabrements, de mutilations effroyables.

D'une part, on l'a vu s'étaler sur des territoires considérables. Sur un de mes malades, un phagédénisme tuberculo-ulcéreux a ravagé tout le dos, puis s'est réfléchi sur un des côtés du corps pour gagner le thorax. Sur un autre, une lésion du même genre a parcouru tout le membre supérieur, de l'épaule à la main. Sur un autre, que j'ai déjà cité, une même lésion, née sur les lombes, s'est propagée à tout un membre inférieur en déambulant jusqu'au pied.

De même, certains phagédénismes ont dévoré *toute la peau du visage*. L'infirmière de Saint-Louis dont je parlais précédemment n'avait plus sur la face que quelques oasis de peau saine au niveau de la région frontale; tout le reste n'était qu'une cicatrice, cicatrice horriblement bridée, tenant les yeux presque occlus, déviant et déformant la bouche, etc.; je ne dis rien du nez, car il n'existait plus qu'à l'état de cavité béante. — Sur une autre malade de mes salles, on eût vainement cherché un îlot de peau saine sur toute l'étendue de la face et de la partie antérieure du cou. Les paupières, en outre, étaient renversées en ectropion, les lèvres distordues, le menton adhérent au cou par des cicatrices vicieuses et bridées. Et, de plus, je ne sais pourquoi, les cicatrices faciales étaient de teinte grisâtre, bistre, comme enfumée. Tout cela constituait un véritable comble de laideur et d'horreur.

Et, cependant, plus épouvantables encore sont les ravages du phagédénisme *mutilant*, alors surtout qu'il affecte, ce qui n'est pas rare en l'espèce, des localisations multiples, comme dans les quelques cas suivants qui serviront d'exemples.

J'ai assisté, il y a nombre d'années, aux derniers moments d'un célèbre artiste que tout Paris a applaudi sur l'une de nos grandes scènes. Ce malheureux, victime d'une syphilis toujours négligée, était effrayant à voir, tant il était défiguré. D'abord, il n'avait plus vestige de nez. En second lieu, à peine lui restait-il un lambeau de lèvre supérieure. Au milieu de la face, plus de peau; tout n'était que cicatrices, brides ou ulcères. Pas de traces de palais ni de voile du palais. Le pharynx lui-même n'existait plus qu'à l'état de nappe cicatricielle. Os propres du nez, branches montantes des maxillaires supérieurs, vomer, cornets, ethmoïde,

(1) Impossible de ne pas signaler ici, au passage, un fait des plus curieux, des plus extraordinaires, voire unique en son genre, je crois. Quelques mois après la chute de ce séquestre crânien, nous vîmes se produire sur la dure-mère une ulcération creuse, circinée, en forme de croissant, absolument identique objectivement à une syphilide gommeuse de la peau. C'était donc bien là une *syphilide gommeuse de la dure-mère* (!). Soumise au traitement usuel des syphilides de ce genre, cette singulière lésion méningée guérit en quelques semaines, sans accidents.

tout cela avait été anéanti, si bien que le nez, la bouche et le pharynx ne formaient plus qu'un antre commun, un cloaque béant. Objet d'épouvante pour tous ceux qui l'approchaient et de dégoût pour ceux mêmes qui l'aimaient le plus, ce malade succomba lentement dans le marasme, plutôt encore éteint par la torture morale qu'épuisé par les souffrances locales ou les désordres organiques.

Et ce n'est pas là encore le maximum d'horreur que puisse atteindre le phagédénisme. Alibert raconte, dans sa « Monographie des dermatoses », le cas d'un malade qui avait le corps criblé d'ulcères, « ulcères qui s'étaient tous agrandis à un tel point qu'ils s'étaient réunis, en sorte qu'au lieu de tégument on voyait *sur l'universalité du corps* une vaste croûte suppurante, exhalant une puanteur horrible. De plus, la face n'offrait également qu'un masque ulcéreux, au-dessous duquel le pus se rassemblait pour s'échapper ensuite à travers les trous dont il était criblé ». La moitié de la lèvre inférieure était tombée en gangrène et s'était détachée, de sorte que la salive s'écoulait de la bouche. Les voies lacrymales n'existaient plus, et les larmes coulaient sur le visage. Les os unguis, l'apophyse montante du maxillaire, les os propres du nez, étaient dépouillés et frappés de carie, etc., etc. La diarrhée et les plus cruelles souffrances terminèrent cette effroyable scène.

Je me rappelle avoir vu, pendant mon internat dans le service de Ricord, un malade qui, à la suite d'un lupus tertiaire naso-guttural, présentait des nécroses et des destructions de presque tous les os de la face et de quelques os du crâne.

Mais rien n'est comparable sur ce point aux lésions qu'offrit un malade dont Delpech nous a légué l'histoire. Cet infortuné, consécutivement à un lupus spécifique qui avait détruit le palais et transformé la bouche, le nez et le pharynx en une énorme caverne béante, fut affecté d'un véritable lupus osseux de la face et du crâne. La liste des os qu'il perdit ou qui furent frappés de carie est vraiment effrayante. D'abord, les cornets, le vomer, les os propres du nez et tout le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur droit furent éliminés à l'état de séquestres. La voûte palatine, en second lieu, fut absolument détruite et le sinus maxillaire largement ouvert. De plus, le stylet permettait de constater des nécroses étendues des deux maxillaires supérieurs, de l'os malaire droit, de l'unguis droit, de tout l'ethmoïde, de la région moyenne du coronal et du corps du sphénoïde. Vint un moment où l'inflammation symptomatique de telles lésions retentit sur le cerveau et, alors, successivement le malade perdit tous les sens et devint paralysé des quatre membres. Il se trouva de la sorte réduit à un état purement automatique, immobilisé sur son lit comme une statue et ne tenant plus à la vie que par les fonctions végétatives. Cet état incroyable dura cinq mois, après lesquels, un beau jour, survint une crise affreuse d'étouffement, au cours de laquelle le malade rendit par vomissement une masse énorme qui lui était tombée dans le pharynx; cette masse, c'était l'*angle basilaire de l'occipital!* A dater de ce moment, le malade revint à l'intelligence, reprit l'usage de tous ses sens et se rétablit, au moins pour un temps.

Un tel fait n'aurait pas la signature d'un chirurgien comme Delpech qu'il semblerait tenir du roman plutôt que de la pathologie.

XI

Après ce qui précède, il est vraiment superflu de dire que le phagédénisme tertiaire est toujours grave, souvent très grave, et parfois affreusement grave.

Mais ce qu'il est utile de préciser, c'est qu'il est grave à trois titres :

1° De par ses *lésions locales*, ses délabrements, ses cicatrices, etc.;

2° De par la *disposition particulière* dont il dérive, laquelle traduit en toute évidence une *malignité* inhérente au sujet, malignité à coup sûr indéfinissable, insaisissable comme essence, mais trop authentique et trop manifeste de par ses effets;

3° De par ses *récidives* fréquentes, procédant sans nul doute de cette dyscrasie individuelle.

Quelle qu'elle soit, quelle qu'elle puisse être, cette dyscrasie se révèle par un fait souvent observé, à savoir que les individus affectés de phagédénisme sont particulièrement exposés soit à d'autres accidents de même ordre, soit à diverses manifestations qui, sous des formes différentes, sont empreintes d'une égale malignité. C'est ainsi que plusieurs fois l'auto-inoculation d'un chancre simple phagédénique a déterminé un second chancre identiquement phagédénique. C'est ainsi que certains malades venant à subir plusieurs contagions itératives ont été affectés plusieurs fois de chancres à tendance phagédénique. Je pourrais, pour ma part, citer plusieurs observations de ce genre.

Mais voici qui est plus directement significatif.

D'abord, il est à remarquer que le phagédénisme tertiaire a souvent pour antécédent le phagédénisme chancreux. Je m'explique. Chez les sujets affectés de phagédénisme tertiaire on apprend souvent, alors qu'on a soin de remonter à l'origine de la diathèse, que l'accident initial a été un chancre ulcéreux, profond, entaché à un degré quelconque de phagédénisme, voire un véritable chancre phagédénique. C'est là un fait que Carmichael avait déjà signalé et que Bassereau a eu le grand mérite de bien mettre en lumière. — Comme aussi, réciproquement, il est très positif qu'un chancre phagédénique est, sinon toujours, au moins fréquemment suivi de lésions ulcéreuses graves, tendant au phagédénisme ou même indéniablement phagédéniques.

Il existe donc une relation fréquente entre le caractère originel du chancre et le caractère des lésions consécutives. Et cette relation témoigne bien d'une disposition personnelle du malade, d'une qualité inhérente au *terrain*, si je puis ainsi parler, qualité stable, permanente, imprimant aux accidents successifs qui viennent à germer sur le même sol un caractère identique de malignité (1).

Seconde considération témoignant dans le même sens. Un phagédénisme tertiaire a souvent pour compagnons, soit dans le même temps, soit à échéances rapprochées, d'autres accidents phagédéniques ou des accidents graves de syphilis. — Exemples :

Un de mes clients, qui a contracté la syphilis en 1875, a été affecté : 1° d'une syphilide ulcéreuse grave des bras et du visage en 1876; 2° d'une syphilide ulcéreuse grave, en 1878, ayant laissé sur une jambe des cicatrices multiples et profondes; 3° en 1879, d'une syphilide ulcéreuse grave de l'autre jambe; et 4°, en 1882, d'un phagédénisme térébrant de la verge.

Sur un autre malade j'ai observé ceci : en 1884, chancre (très normal), suivi de quelques syphilides bénignes; en 1887, syphilide tuberculo-croûteuse; au cours de la même année, syphilide ulcéreuse à marche serpigineuse, céphalée, nécrose nasale; en 1888, nouvelle poussée de syphilides ulcéreuses, extensives et rebelles; en 1891, énorme phagédénisme occupant les deux tiers inférieurs de la jambe jusqu'au talon.

Sur un troisième, syphilis en 1881; chancre normal d'évolution et de durée; roséole et plaques muqueuses buccales à répétitions multiples; en 1882, ulcération gommeuse de la gorge; en 1884, céphalée, coryza intense, lésions osseuses nasales très étendues, ozène; en 1885, énorme syphilide phagédénique, à évolution excentrique, occupant presque tout le cuir chevelu; en outre, exostoses crâniennes.

Sur un quatrième, deux phagédénismes simultanés, l'un occupant le front et les tempes; l'autre ayant détruit une portion de la verge; irido-choroïdite grave; cécité d'un œil.

Un malade, pour lequel j'ai été consulté en ville, présentait *trois phagédénismes monstrueux:* l'un affectant presque tout le pied, et les deux autres criblant d'ulcérations énormes les deux membres supérieurs dans presque toute leur hauteur. En outre, accès violents de céphalée; dénutrition; état consomptif.

Enfin (car je bornerai là ces citations, les exemples de cet ordre n'étant pas rares en somme) un malade actuellement traité à Saint-Louis présente sur le corps toute une série d'ulcérations à évolution phagédénique; en outre, double sarcocèle et deux exostoses.

Ces derniers cas ont une signification précise. Ils excluent comme pathogénie l'influence des causes locales. Alors que le phagédénisme ne sévit qu'en un point, on peut toujours supposer qu'il a été incité dans son développement par une raison locale, comme par la fatigue quand la lésion siège au membre inférieur, ou par le passage de l'urine quand elle existe au gland. Mais force est bien de renoncer à cette interprétation dans les cas de phagédénisme à localisations multiples et d'en rapporter le pourquoi à une influence *d'ordre général.*

D'autre part, ce qui mieux encore dénonce cette cause générale, c'est la fréquence des *récidives* du phagédénisme tertiaire.

Certes, cette fréquence n'est pas ce qu'elle serait si la maladie était abandonnée à son évolution propre; or, le phagédénisme n'est pas de ces lésions qui, sauf exceptions des plus rares, restent sans traitement. De fait, il est presque toujours traité, voire énergiquement traité. Eh bien, en dépit de cette intervention thérapeutique qui devrait être une sauvegarde, il récidive assez fréquemment. Sur nombre de malades, on a vu une première poussée de phagédénisme être suivie d'une seconde, voire d'une troisième, d'une quatrième et au-delà.

A noter ceci comme particularités complémentaires : tantôt ces poussées successives se produisent en des points différents; tantôt, et assez souvent, elles se font *in situ*, c'est-à-dire sur l'emplacement ou à faible distance du point où s'est produite l'invasion précédente. D'autre part, tantôt elles sont chronologiquement espacées (de quelques années, par exemple), et tantôt, au contraire, assez rapprochées. Parfois même elles se succèdent à courts intervalles (quelques mois ou quelques semaines), au point de pouvoir *presque* mériter l'épithète de *subintrantes.* — Quelques exemples de ces diverses particularités.

Un de mes clients, à la fois syphilitique, paludéen et alcoolique, a été pris au dixième mois de sa syphilis d'un *phagédénisme génital* qui a dévoré les quatre cinquièmes du gland. Traitement intense par injections de calomel et iodure; guérison. — Quatre mois plus tard, *phagédénisme guttural*, qui détruisit absolument *tout le voile.* — Trois mois plus tard, exostose tibiale.

Un jeune homme a subi sur la verge, et cela en moins de trois ans, *quatre assauts de phagédénisme tertiaire*, qui ont été arrêtés par le traitement, mais qui n'en ont pas moins dévoré le gland avec une partie du prépuce, et perforé l'urèthre.

Une de mes malades de Lourcine, anciennement syphilitique, a été affectée à *quatre* reprises, dans l'espace de quelques années, d'ulcérations phagédéniques de la vulve, ulcérations de nature manifestement tertiaire.

Une autre malade du même hôpital a présenté *cinq fois*, en quatre années, des accidents formidables de phagédénisme tertiaire, qui détrui-

(1) Incidemment, toutefois, je formulerai ici une réserve. Il n'est en rien nécessaire, fatal, que le phagédénisme tertiaire ait pour antécédent un chancre phagédénique. Bien au contraire, sur nombre de mes malades, il s'est produit au cours de syphilis qui, primitivement, avaient débuté par un chancre très ordinaire, ne présentant rien d'anormal. C'est là un point sur lequel j'aurai bientôt à revenir.

sirent tout l'isthme guttural, le palais, le pharynx, etc.

Sur un malade que je traitais d'un phagédénisme de la verge, d'énormes cicatrices de la nuque et du dos témoignaient d'un phagédénisme cutané qui s'était produit onze ans auparavant et qui avait subi une série nombreuse de recrudescences ou même de récidives.

Au point de vue pronostique, il va sans dire que cette tendance fâcheuse aux récidives constitue une condition singulièrement aggravante.

Au point de vue pratique, il importe qu'elle soit bien présente à l'esprit du médecin, afin que celui-ci dirige sa thérapeutique en conséquence et qu'après guérison il se tienne en garde par un traitement approprié contre les dangers d'assauts ultérieurs.

XII

Lorsqu'on analyse au point de vue étiologique un grand nombre d'observations de phagédénisme (phagédénismes de tout ordre, soit primitif, soit tertiaire, soit même chancrelleux), on aboutit bientôt à cette double conviction :

Que, pour un certain nombre de cas, il est possible de trouver des causes, tout au moins rationnelles et plausibles, au développement de cette redoutable complication;

Mais que, pour d'autres et en bien plus grand nombre, l'étiologie reste absolument indéterminée, impénétrable, mystérieuse.

I. — Dans la première catégorie de cas, le *pourquoi* du phagédénisme semble (je dis *semble* parce qu'il n'est pas de démonstration possible en l'espèce) résider en tel ou tel des trois ordres de causes que voici :

1° En ce qui concerne le phagédénisme tertiaire, *absence d'un traitement spécifique suffisant au début de la diathèse.* — Quantité d'observations se groupent sous ce chef étiologique.

2° Pour les phagédénismes de n'importe quelle espèce, *causes d'irritation locale*, déjà mentionnées maintes fois dans ce qui précède. Quelles qu'elles soient, ces causes ont toutes ceci de commun qu'elles agissent sur la lésion originelle à la façon d'une excitation locale surajoutée. Ce sont toutes conditions propres à provoquer une fluxion inflammatoire vers les parties malades ou à les entretenir dans un état d'irritation habituelle. Citons comme telles :

a) Absence de traitement local, absence de pansements et d'hygiène, malpropreté, négligence, incurie. Nombre de chancres ou d'ulcères gommeux devenus phagédéniques n'ont certainement subi cette complication que sous l'influence de causes d'irritation de ce genre.

b) Pansements irritants de toute espèce (et l'on sait combien sont nombreux et variés les topiques qu'un aveugle empirisme, la routine ou les préjugés populaires appliquent au traitement des plaies de tout genre); cautérisations superficielles, insuffisantes pour détruire la spécificité virulente, mais suffisantes pour déterminer une irritation favorable au développement du phagédénisme, etc.

c) Situation particulière de certaines plaies exposées à être souillées soit par le contact de l'urine (chancres ou lésions tertiaires du méat, de l'orifice préputial, du vestibule, de la vulve, etc., etc.), soit par les matières fécales, soit par diverses sécrétions irritantes, etc.

d) Phimosis, soit congénital, soit pathologique, s'opposant à tout pansement, emprisonnant les lésions sous-préputiales, entretenant à leur surface la stagnation du pus, déterminant des complications inflammatoires, des gangrènes, etc.

e) Paraphimosis, réagissant sur les ulcérations situées au-delà de l'étranglement, les congestionnant, provoquant divers accidents périphériques (œdème, lymphite, pénitis, etc.).

f) Pour les lésions de la bouche et de la gorge, action irritante du tabac, de la chique et de l'alcool, etc.

L'action de toutes ces causes est amplement démontrée par l'expérience. Nul doute, je le répète, que nombre de phagédénismes n'aient dérivé de telles ou telles de ces influences éminemment nocives.

3° Enfin, *causes générales*, constituées par les influences dépressives de tout ordre, ayant pour résultat d'appauvrir l'organisme, de diminuer la résistance vitale et, somme toute, d'*inférioriser le malade par rapport à la maladie.* Pour les avoir longuement étudiées ailleurs (1), je me bornerai à les rappeler ici sommairement : sénilité; conditions défectueuses de santé, de constitution native, de tempérament; scrofulo-tuberculose; prédispositions héréditaires; surmenages de tout genre; misère; influences d'ordre moral; alcoolisme; impaludisme.

A priori, l'action de ces diverses causes est rationnellement admissible; mais, cliniquement et de fait, elle est loin d'être démontrée, pour toutes au moins, par une expérience suffisante. Pour quelques-unes même, elle n'est encore que simplement théorique, me semble-t-il. En tout cas, il est un fait propre à tenir en défiance contre une trop complaisante admission de plusieurs desdites causes au titre de facteurs de phagédénisme. C'est que bien souvent le phagédénisme se produit en leur absence, en dehors d'elles, et que, plus souvent encore, il ne se produit pas alors qu'elles sont en scène. Combien de fois n'a-t-on pas vu des manifestations phagédéniques, même graves, très graves, affecter certains sujets d'une santé excellente, d'un tempérament irréprochable, exempts de toute diathèse, indemnes de toute tare héréditaire, de tout vice constitutionnel (au moins appréciable), observant une bonne hygiène, se traitant avec un soin minutieux, etc. ? Réciproquement, si le phagédénisme est un résultat des causes en question, pourquoi donc fait-il si fréquemment défaut en des circonstances où l'action de ces causes devrait s'exercer le plus activement? Pourquoi, par exemple, épargne-t-il si souvent des sujets affaiblis par des excès ou des maladies antérieures, mal nourris, mal vêtus, pauvres, lymphatiques, malingres, exténués, scrofuleux, dartreux, phtisiques même, etc., etc. ?

Donc, si les causes précédentes exercent une influence réelle sur le phagédénisme (ce que je suis bien loin de contester, ce que même j'admets avec tout le monde), elles sont bien plutôt *adjuvantes*, prédisposantes, je le répète, que véritablement productrices, effectives, déterminantes, spécifiques. Et c'est à ce titre restreint, seulement, qu'il convient, je crois, de les admettre.

J'excepterai toutefois de la suspicion que je viens d'exprimer (suspicion d'ailleurs toute provisoire et que je suis prêt à rétracter si l'expérience la condamne) certaines desdites causes dont l'influence est d'ores et déjà suffisamment établie. A savoir :

1° L'*alcoolisme*, qui, très certainement et au-dessus de toute contestation possible, constitue une prédisposition puissante au phagédénisme.

2° L'*impaludisme*, dont l'action nocive n'est pas moins nettement démontrée.

3° La *sénilité*. Pour le chancre, d'abord, on a remarqué, et j'ai remarqué aussi par expérience personnelle, que, développé au-delà d'un certain âge, il présente souvent une tendance marquée au phagédénisme. D'autre part, il est de notion commune que la syphilis contractée au-delà de l'âge moyen de la vie, *a fortiori* dans la vieillesse, est fréquemment remarquable par une gravité particulière, par une malignité réelle, laquelle se traduit quelquefois par des lésions ulcéreuses d'ordre phagédénique. J'ai dans mes notes nombre de cas de phagédénismes soit primitifs, soit tertiaires, développés sur des sujets ayant dépassé cinquante, soixante, soixante-cinq ans, etc.

4° La *grossesse*. Elle crée tout un ensemble de conditions locales et générales qui, théoriquement, sont des mieux faites pour inciter à la production du phagédénisme. Et, en effet, il est assez fréquent de voir, dans le cours de la gestation, des ulcérations vulvaires prendre une marche extensive, térébrante, phagédénique en un mot. Exemples : j'ai observé sur une femme enceinte une syphilide phagédénique du col utérin (pièce n° 216, musée de l'hôpital Saint-Louis, collection particulière). — Une malheureuse malade, que contamina son mari dans la seconde moitié d'une grossesse, fut affectée d'abord d'un chancre phagédénique de la vulve, puis, ultérieurement, d'un horrible phagédénisme tertiaire qui laboura tout le visage, creusa dans les membres des ulcérations profondes, et dévora tout le nez avec une portion de la lèvre supérieure.

II. — Mais, à côté de cette première catégorie de faits où le phagédénisme se trouve expliqué par une raison quelconque, soit authentique, soit tout au moins simplement rationnelle et plausible, en voici venir une seconde où il déjoue les recherches étiologiques les plus minutieuses. Dans cet ordre de cas, nulle raison à lui donner. Que de fois, pour ma part, ne me suis-je pas trouvé en face de phagédénismes dont l'interprétation m'échappait absolument! Vainement alors épuise-t-on la liste des causes préjugées capables de susciter une pareille complication, on n'en rencontre pas une seule dont l'esprit puisse se satisfaire. A preuve tant et tant de cas où l'on a vu le phagédénisme sévir, voire sévir avec fureur, sur des sujets jeunes, bien doués (en apparence tout au moins), non alcooliques, non paludéens, non lymphatiques, non scrofuleux, non entachés de la moindre tare héréditaire, jouissant d'une bonne santé, observant une bonne hygiène, ne s'étant jamais surmenés, ayant suivi un traitement convenable, n'ayant en rien fourni un prétexte local à une complication quelconque, etc., etc. En semblable occurrence, que penser et que dire, si ce n'est qu'*il est des phagédénismes absolument inexplicables et d'étiologie mystérieuse?* On les constate, voilà tout, sans pouvoir remonter à leur cause.

Aussi bien s'est-on efforcé de trouver ailleurs que dans l'ordre des causes précitées la *théorie* du phagédénisme. Diverses interprétations ont été proposées.

On s'est demandé tout d'abord si le phagédénisme ne serait pas le *produit d'un virus spécial.* « Je soupçonne, a dit Bell, que les chancres rongeurs sont quelquefois l'effet de la *nature du virus;* car les chancres de ce genre sont bien plus communs dans certains temps que dans d'autres, et je les ai observés dans le même temps sur différents individus *infectés par la même femme.* Il y a deux ans environ, j'ai rencontré beaucoup plus de ces chancres phagédéniques en trois ou quatre mois, que je n'en avais vu dans le cours de plusieurs années; quatre malades les avaient gagnés de la même femme... Dans une petite ville où je fus appelé dernièrement, le chirurgien ordinaire me dit que, depuis peu de semaines, il avait vu trois malades attaqués des mêmes symptômes, également infectés par la même femme. » R. Carmichael, qui, comme on le sait, a longuement insisté sur ce point dans plusieurs de ses publications, dit en termes propres : « L'ulcère phagédénique et l'ulcère gangreneux dérivent d'un poison tout à fait distinct du poison syphilitique et obéissant à d'autres lois ».

Or, cette doctrine d'un *virus phagédénique spécial*, distinct à la fois et du virus du chancre simple et du virus syphilitique, ne supporte pas l'analyse. Elle trouve des objections péremptoires dans les quelques considérations suivantes :

1° Tout d'abord, l'hypothèse d'un virus spécial n'est pas soutenable en ce qui concerne le phagédénisme tertiaire. Ce phagédénisme tertiaire, en effet, ne s'observe pas seulement sur des sujets ayant eu, comme accident initial, un

(1) Fournier. Traité de la syphilis. T. Ier, p. 821. Paris, 1899.

chancre phagédénique qu'on pourrait supposer issu d'un virus particulier. Il s'observe fréquemment, journellement, sur des malades affectés de syphilis vulgaire, commune, sur des malades n'ayant eu qu'un chancre ordinaire, moyen ou bénin d'intensité, n'ayant eu en somme que le chancre syphilitique normal, usuel. — De plus, ce phagédénisme tertiaire est tellement bien une manifestation syphilitique qu'il éprouve des agents antisyphilitiques une action curative des mieux avérées et des plus puissantes.

2° Tout virus se transmet en son espèce. Or, cette transmission *en l'espèce* n'existe pas pour le prétendu virus phagédénique. L'inoculation sur un sujet sain du pus emprunté à un chancre phagédénique ne produit pas nécessairement une ulcération de même nature. Loin de là même. Dans les quelques cas où cette périlleuse expérience a été instituée, elle n'a le plus souvent développé que des chancres de forme commune, non entachés de phagédénisme (Sperino, Salneuve, Rollet).

3° Des inoculations faites avec le pus de chancres non phagédéniques ont déterminé très souvent des chancres rongeurs, phagédéniques. « Le même pus, dit Sperino, inoculé simultanément sur plusieurs individus, donne lieu chez l'un à un chancre phagédénique et gangreneux, tandis que chez tous les autres il ne détermine que des ulcères simples. » Que devient, en face d'une telle expérience, l'hypothèse aventureuse de Carmichael?

4° Le bubon chancreux phagédénique résulte le plus souvent, ainsi que j'ai eu l'occasion de le faire remarquer ailleurs (1), de chancres ne présentant qu'une étendue moyenne, suivant une évolution régulière, complètement dépourvus en un mot de cette malignité spéciale qui constitue le phagédénisme.

5° Les phagédénismes chancreux (c'est-à-dire ceux qui se développent sur un accident de contagion) ne résultent pas, au moins nécessairement, de la contagion d'un accident phagédénique.

Sur ce point, l'expérience est formelle, et les recherches que j'ai poursuivies depuis de longues années sur les contagions vénériennes et la contagion du chancre en particulier ont complètement édifié mes convictions à cet égard. Plusieurs fois j'ai pu remonter à l'origine du chancre phagédénique en comparant ce chancre à son « ascendant » (c'est-à-dire à la lésion lui ayant servi d'origine), et je n'ai jamais observé jusqu'à ce jour une relation de forme entre l'un et l'autre de ces accidents. Déjà, en 1857, je publiais un fait de ce genre, relatif à un malade qui, affecté d'un chancre phagédénique de la verge, avait reçu la contagion d'une femme sur laquelle je ne constatai qu'un chancre induré petit, superficiel, remarquablement bénin (2). Depuis lors, j'ai réuni plusieurs faits de même ordre, qui tous déposent dans le même sens. C'est ainsi, comme exemple, qu'une malheureuse femme de Lourcine, affectée successivement et d'un chancre phagédénique vulvaire et d'une horrible syphilide généralisée qui lui dévora le nez, la lèvre supérieure et une partie du visage, avait contracté la contagion de son mari, lequel ne présenta jamais que des accidents de syphilis bénigne, à savoir un petit chancre du gland, une roséole érythémateuse et quelques insignifiantes plaques muqueuses de la gorge.

Donc, ce qu'on appelle la *source*, en langage technique, n'est pour rien dans la forme que revêt l'accident de contagion. Un chancre n'est pas phagédénique parce qu'il a été contracté à une source phagédénique. Il devient tel pour des raisons indépendantes de son origine, de sa provenance.

En somme, le phagédénisme n'est pas un résultat de la transmission en son espèce d'un virus particulier; voilà ce qu'ont nettement établi, pour moi du moins, mes recherches sur les contagions vénériennes.

III. — Cela étant, on s'est dit : « *Puisque ce n'est pas la graine, c'est le terrain qui fait le phagédénisme.* Donc c'est le malade qui est responsable de son phagédénisme, lequel n'est imputable, en somme, qu'à des causes inhérentes à sa personnalité. »

Cette interprétation semble d'ailleurs confirmée par diverses considérations, telles que les suivantes :

1° Nous savons pertinemment, grâce aux expériences des anciens syphilisateurs, que le même pus inoculé à plusieurs individus détermine chez les uns des ulcérations phagédéniques, et chez les autres des ulcérations simples, ne présentant aucune tendance à s'étendre.

2° D'autre part, quelques faits regrettables nous ont appris que l'auto-inoculation d'un chancre simple phagédénique a reproduit parfois un chancre de même nature. J'en ai eu sous les yeux deux déplorables exemples que voici, sommairement :

Deux auto-inoculations de chancre simple serpigineux (qu'on avait imprudemment abandonnées à leur évolution spontanée) déterminèrent des chancres phagédéniques, qui prirent l'un et l'autre une extension considérable.

3° Enfin, on a vu, sur certains sujets, des chancres contractés à diverses époques de la vie présenter une même tendance au phagédénisme. L'un des malades dont je viens de parler avait été affecté plusieurs années auparavant d'un premier bubon serpigineux, consécutif à un chancre simple de la verge. De même, un de mes clients, qui avait été affecté, en 1856, d'un chancre simple de forme serpigineuse, contracta, en 1863, un chancre induré qui subit à son tour la déviation phagédénique.

Mais, si le phagédénisme est le produit de conditions individuelles, s'il dépend de la qualité du terrain sur lequel il se produit, resterait à en savoir le pourquoi, resterait à déterminer quelle est cette qualité *mauvaise* du terrain, quelles sont ces conditions organiques de nature à provoquer d'abord, à entretenir ensuite cette redoutable complication. Or, cela nous l'ignorons; nous n'avons même pas les premières données qui nous permettraient de lever le voile sur cette étiologie particulière.

Et, ajouterai-je incidemment, puisque nous en sommes au chapitre des choses ignorées, que d'autres particularités non moins inexplicables se présentent encore dans l'histoire du phagédénisme ! Comment concevoir, par exemple, qu'étant donné sur un malade plusieurs chancres de même siège et de même origine, l'un subisse la déviation phagédénique et les autres se cicatrisent sans accidents ? Cela cependant a été observé plus d'une fois. Comment peut-il se faire aussi qu'un petit chancre, limité, bénin, devienne parfois le siège d'effroyables bubons serpigineux ? Pourquoi tel phagédénisme se cicatrise-t-il à bref délai, et pourquoi tel autre résiste-t-il au même traitement qui a si bien guéri le premier? Pourquoi certains phagédénismes restent-ils progressifs ou stationnaires pendant des mois, des années, pour se cicatriser ensuite subitement, au moment et en les conditions où l'on s'y attend le moins ? Pourquoi voit-on, en d'autres cas, des ulcérations phagédéniques, après avoir subi une réduction d'étendue et une modification d'aspect telles qu'elles sembleraient destinées à une cicatrisation rapide, s'éterniser sous forme d'une plaie bénigne d'allure, inoffensive de caractères, qu'on croit toujours devoir guérir bientôt et qui ne guérit jamais? Quelle est donc la cause maligne qui entretient ainsi cette plaie, en dépit de tous les efforts de la thérapeutique? Comment expliquer aussi cette marche capricieuse et saccadée, ces recrudescences inattendues, dont nous avons parlé précédemment? etc., etc. — Ce sont là, avouons-le, toutes questions qui dépassent la perspicacité médicale *actuelle* et qui restent, quant à présent, à l'état d'insolubles problèmes.

IV. — Il était bien probable qu'avec l'avénement des doctrines bactériologiques on verrait surgir, comme interprétation du phagédénisme, quelque théorie conforme à cet ordre d'idées. Cela n'a pas manqué, en effet; et, pour certains médecins, le phagédénisme ne serait que le résultat d'une *infection microbienne secondaire*, à savoir d'une inoculation microbienne subie par la plaie originelle. Auquel cas le phagédénisme ne serait rien autre qu'une complication *septique*.

Rien de mieux, théoriquement; rien que d'admissible *a priori*.

Mais quel est donc le microbe qui, surajouté à une plaie d'ordre quelconque, lui inocule la qualité phagédénique? Cela, on a négligé (et pour cause) de le spécifier.

Je me trompe. Car, pour M. Jullien, ce microbe *phagédénipare* serait un des staphylocoques de la suppuration. Cette opinion dériverait pour lui d'un fait qu'il a communiqué à la Société de dermatologie dans les termes suivants : « Une femme, que j'avais dans mon service, souffrait depuis plusieurs mois d'un effroyable phagédénisme de la face. Comme elle avait déjà subi un traitement antiseptique resté sans résultat, j'ai prescrit une dose minime d'iodure, mais je me suis appliqué à faire l'antisepsie la plus rigoureuse, avec l'iodoforme d'abord, puis avec le salol. Elle guérit, et c'est à ce seul traitement que j'attribue la guérison. J'en conclus que le phagédénisme est le produit d'une infection mixte, à la fois spécifique et pyogénique, cette dernière engendrée secondairement par les staphylocoques de la suppuration et que, dans bien des cas, cet accident doit être considéré comme une lésion septique, infectieuse, extra ou mieux parasyphilitique. »

Pratiquement, il dérive du fait de M. Jullien un excellent précepte, reconnu pour tel d'ailleurs par tout le monde, à savoir qu'il convient de placer les plaies phagédéniques dans des conditions rigoureuses d'antisepsie, et cela pour exclure une des causes qui peuvent contribuer à leur entretien. Mais, doctrinalement, il serait excessif, je pense, d'en conclure que le phagédénisme est un simple effet de septicité, et très imprudent de le combattre par les *seules* ressources de l'antisepsie. Cela pour deux raisons : parce que, d'abord, nous avons tous vu des phagédénismes de tout ordre résister à l'antisepsie la plus rigoureuse; et parce que, d'autre part, en ce qui concerne le phagédénisme de la syphilis, l'expérience nous a appris qu'il a son correctif le plus puissant et le plus sûr, son véritable remède, dans le traitement antisyphilitique. Est-ce que ce traitement exercerait en l'espèce une action aussi radicale, si ce phagédénisme n'avait pas pour raison d'être, pour raison d'origine et d'entretien, une qualité *syphilitique* de la lésion? — Inutile, je crois, d'insister davantage sur ce point.

Et voilà tout ce que nous savons de l'étiologie du phagédénisme en général, et du phagédénisme tertiaire en particulier. De là ressort — et ne ressort qu'avec trop d'évidence — que cette étiologie ne nous est connue que sur un petit nombre de points, tandis que sur nombre d'autres elle reste encore impénétrable et mystérieuse.

XIII

Le phagédénisme, en tant que lésion, ne s'impose que d'une façon trop évidente. La seule difficulté diagnostique est d'en préciser la qualité, l'espèce.

Mais, pour des raisons diverses, cette difficulté est quelquefois majeure. On sait, en effet, et je me suis attaché à le démontrer précédemment, que le phagédénisme est loin de conserver toujours les caractères objectifs de l'espèce morbide dont il dérive. Comme exemple, tous les phagédénismes gangreneux se ressemblent,

(1) FOURNIER. Art. « Bubon » *in* Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, t. V, p. 769.

(2) FOURNIER. Recherches sur la contagion du chancre, p. 107. Paris, 1857.



Pl. 1. — Phagédénisme tertiaire térébrant.
(Moulage du Musée de l'hôpital Saint-Louis.)



Pl. 2. — Phagédénisme gommeux.
(Moulage du Musée de l'hôpital Saint-Louis.)



Pl. 3. — Syphilis mutilante; phagédénisme tertiaire des orteils.
(Moulage du Musée de l'hôpital Saint-Louis.)



Pl. 4. — Syphilis mutilante.



Pl. 5. — Syphilis mutilante (après cicatrisation).

quelle que soit la lésion qu'ils affectent. De là, des erreurs faciles et fréquentes (l'expérience est là pour l'attester) entre les diverses espèces de phagédénisme, erreurs éminemment préjudiciables aux malades, erreurs déplorables entre toutes. C'est ainsi que, méconnu comme nature, confondu avec le phagédénisme du chancre simple, le phagédénisme tertiaire persiste, s'étend, s'éternise, tandis que, rapporté à sa véritable origine, il guérit presque toujours d'une façon rapide.

Phagédénisme chancrelleux, voilà la lésion avec laquelle le phagédénisme tertiaire court le plus de risques d'être confondu (ou réciproquement, d'ailleurs) et celle dont il importe le plus de le différencier.

Quels éléments peuvent servir à ce diagnostic ? C'est là ce que j'ai le devoir d'étudier ici en détail.

I. — Les *caractères objectifs* seront naturellement interrogés de prime abord. Que fournissent-ils ? En général, bien peu de renseignements significatifs sont à tirer de l'aspect du fond, de la coloration, de l'état des bords, etc. A ces divers points de vue, il faut s'attendre à relever plus d'analogies que de dissemblances entre les deux types morbides.

Mais voici, en revanche, divers éléments séméiologiques d'un bien plus utile secours.

1° Le phagédénisme tertiaire est toujours doublé et encadré par une infiltration gommeuse, laquelle se traduit au palper par une *dureté* facilement appréciable. Or, cette doublure et ce cadre manquent avec le phagédénisme chancrelleux, qui peut bien être empâté et rénitent par inflammation, mais qui ne présente pas la dureté sèche, circonscrite et aphlegmasique d'un infiltrat gommeux. — Bon signe à consulter, quoique, généralement, signe négligé.

2° Un second signe bien meilleur, mais malheureusement *éventuel*, peut être fourni par le *graphique circonférentiel* de la lésion. Car le phagédénisme tertiaire se trahit quelquefois, voire assez souvent, par un contour circiné, soit en arc de cercle, soit en arceaux conjugués, ce que ne fait pas le phagédénisme chancrelleux.

Il m'est arrivé plusieurs fois d'être éclairé au premier coup d'œil sur la qualité syphilitique de phagédénismes génitaux par le seul signe en question.

Exemples : Dans un cas, un phagédénisme de la verge décrivait, à la racine de l'organe, un *croissant* d'une telle correction mathématique qu'on l'eût dit tracé au compas. — Dans un autre, un phagédénisme tertiaire qui s'était déversé sur la région pubienne formait là trois arceaux réunis bout à bout (forme dite *en arceaux conjugués* et graphique familier aux ulcérations tertiaires, voire presque pathognomonique en l'espèce). D'après cela, je conclus, dans l'un et l'autre de ces cas, à la qualité syphilitique des lésions, et les heureux résultats du traitement confirmèrent ce diagnostic.

3° Troisième signe, encore très éventuel, mais de premier ordre comme importance séméiologique : *coexistence d'un bubon inflammatoire, aigu, suppuratif, voire parfois chancrelleux*. C'est là, en effet, comme chacun le sait, une complication par excellence du chancre simple et du chancre simple *seul*, complication dont n'est pas susceptible le phagédénisme tertiaire.

Corollaire : *Tout phagédénisme issu d'une origine ganglionnaire est nécessairement un phagédénisme dérivé d'un chancre simple*. Car il n'est que le chancre simple qui produise des bubons chancreux. Le chancre syphilitique est incapable de déterminer une adénite de ce genre. Et, de même, il n'est pas dans toute la syphilis secondaire ou tertiaire un seul accident qui ait la faculté d'éveiller une telle adénite. En sorte que le bubon chancreux reste l'apanage, le monopole et, conséquemment, la caractéristique du chancre simple.

4° Il convient encore de tenir compte de deux considérations qui peuvent apporter un appoint au diagnostic :

Le phagédénisme tertiaire est presque toujours un phagédénisme térébrant, qui creuse sous lui, qui détruit *en profondeur*. — Inversement, le phagédénisme chancrelleux est surtout un phagédénisme *de surface*.

Ce dernier est un phagédénisme *nomade*, ambulant, qui aime à se déplacer, qui souvent se déverse sur les régions pubienne, inguinale, scrotale, abdominale. Il est de préférence serpigineux. — Le phagédénisme tertiaire génital, au contraire, n'est le plus habituellement qu'un phagédénisme *sur place*, qui s'en tient à la verge ou ne la dépasse guère.

II. — Bien entendu, les *antécédents* seront fouillés avec soin, en vue de déterminer si le malade a eu ou n'a pas eu la syphilis (quelle que soit d'ailleurs l'origine de cette syphilis, c'est-à-dire acquise ou héréditaire).

Mais ce serait un double tort de croire qu'il suffit d'avoir trouvé ou de ne pas avoir trouvé la syphilis dans les antécédents d'un malade pour conclure que le phagédénisme en litige est ou n'est pas d'origine syphilitique. Car : 1° rien n'empêche qu'un syphilitique ait contracté un chancre simple et, conséquemment, soit affecté d'un phagédénisme chancrelleux; — et 2° rien n'empêche qu'un phagédénisme soit d'origine syphilitique sur un malade qui renie tout antécédent de syphilis, étant donné le nombre incroyable des syphilis *ignorées*, soit acquises, soit, *a fortiori*, héréditaires.

Ce qui précède est d'importance majeure à spécifier. Car, de par expérience, je suis autorisé à affirmer ceci : que très souvent, en pratique, le phagédénisme tertiaire n'est pas soumis au traitement spécifique pour la seule raison que la syphilis est récusée par les malades, ou bien n'est soumis à ce traitement que de guerre lasse et d'une façon tardive, après qu'on lui a permis de la sorte de réaliser des mutilations irréparables. J'aurais de nombreux exemples du genre à produire, si l'espace me le permettait.

Autre considération bien plus significative, mais dont on n'aura que rarement l'occasion de profiter pour le diagnostic : *spontanéité certaine de la lésion*. Le phagédénisme chancrelleux dérive d'une chancrelle; conséquemment, il procède d'une contagion. Le phagédénisme tertiaire, inversement, dérive d'une lésion qui se produit *sponte sua* et qui n'a que faire d'une contagion pour se produire. Si donc la lésion est éclose, d'après les dépositions du malade, en dehors de toute contagion possible (par exemple à quelques mois d'une dernière approche sexuelle), forcément cette considération toute spéciale exclut le chancre simple et implique la syphilis. Cela est formel, absolu, mais on conçoit que, basé sur une donnée de cet ordre, le diagnostic est à la merci de la bonne foi du malade.

III. — Il est bien manifeste que la *coïncidence d'une manifestation de syphilis* avec la lésion génitale constitue une forte présomption en faveur de la qualité syphilitique de cette lésion.

A coup sûr, une telle coïncidence n'est qu'une éventualité rare. Deux fois cependant je la trouve signalée dans mes notes. Dans un cas, c'était une exostose et, dans l'autre, un sarcocèle qui coexistaient avec le phagédénisme génital.

IV. — Après ces constatations d'ordre clinique interviendront les renseignements de laboratoire. Si la présence du bacille de Ducrey est dûment démontrée dans le pus de la lésion, le diagnostic se trouvera résolu en faveur du chancre simple. Malheureusement, ce bacille est sujet à faire défaut (comme dans un cas relaté par M. Balzer); et ce qu'il y a de plus regrettable, c'est que nous ignorons encore les conditions qui peuvent en motiver l'absence.

V. — Enfin, au cas où le diagnostic, en dépit de l'ensemble de signes et de considérations qui précèdent, resterait en détresse, deux critériums se présentent pour faire la lumière, à savoir : un *critérium expérimental* et un *critérium thérapeutique*. Entre les deux lequel choisir ?

Le critérium expérimental, c'est l'*auto-inoculation*. Positive ou négative, cette auto-inoculation n'en est pas moins formelle comme signification. Dans le premier cas, elle atteste, elle affirme le chancre simple, et, dans le second, elle l'exclut.

Les services qu'elle peut rendre et qu'elle a rendus plus d'une fois ne sauraient être douteux. Qu'on en juge par le cas suivant.

Un malade était traité *depuis deux ans* pour un prétendu chancre simple de la verge, lequel, après avoir détruit une bonne moitié du gland, avait envahi tout le fourreau et décortiqué partiellement les corps caverneux. Mandé près de ce malade, je crus, à divers caractères, reconnaître que la lésion consistait non pas en un chancre simple, mais en une syphilide tertiaire de forme serpigineuse, dérivant elle-même d'une syphilis très ancienne. N'ayant pu réussir à faire partager mon opinion par le médecin traitant, je proposai l'inoculation pour trancher le débat, et je la proposai avec d'autant plus d'insistance que je préjugeais l'expérience négative comme résultat, inoffensive conséquemment, et pouvant être fort utile au malade dans l'une et l'autre alternative. Refusée tout d'abord et par le médecin et, plus encore, par le malade, l'inoculation fut acceptée deux mois plus tard, alors que la lésion avait fait de nouveaux et importants progrès. Comme je l'avais annoncé, elle fut *négative*. Sur cette indication, le traitement spécifique (jusqu'alors écarté de même systématiquement) fut enfin mis en œuvre et couronné d'un très rapide succès.

On a dit l'inoculation « sujette à défaillances », c'est-à-dire susceptible de rester négative alors même qu'il s'agit du chancre simple. Si le cas est possible, il doit être bien rare, au moins d'après les résultats de mon expérience personnelle. Au surplus, ce n'est pas pour cette raison qu'on se tient en défiance contre l'inoculation. On se tient en défiance contre elle — et cela à bon droit — parce qu'elle peut être *dangereuse*. Plusieurs fois, en effet, ainsi que je l'ai dit précédemment, on l'a vue devenir l'origine d'un nouvel accident phagédénique.

Pour exagérée que soit cette crainte, elle n'en est pas moins d'ordre à rendre le médecin très circonspect en pareille occurrence. Aussi bien deux règles s'imposent-elles ici d'une façon absolue :

1° Ne recourir à l'auto-inoculation que si elle est absolument *légitimée*, et légitimée non pas par un intérêt scientifique, mais par un *intérêt pratique et personnel au malade*;

2° Puis, l'inoculation faite, la surveiller avec un soin rigoureux, de façon à la détruire, à la supprimer, à la *tuer en germe*, afin de supprimer avec elle la possibilité de toute complication. — Ce sont là deux points sur lesquels je me suis longuement expliqué dans une publication spéciale à laquelle je renvoie le lecteur (1).

Voilà pour le critérium expérimental. Parallèlement, voyons ce que vaut le *critérium thérapeutique*, consistant en ceci : un phagédénisme d'origine indéterminable étant donné, tenter empiriquement le traitement de la syphilis.

Quels aboutissants comporte cette façon de faire ? D'être inutile, si elle tombe à faux, c'est-à-dire au cas de phagédénisme chancrelleux, ou bien de guérir, si elle tombe juste, c'est-à-dire au cas de phagédénisme tertiaire.

Dans la première alternative, ce sera du mercure et de l'iodure donnés sans résultat, sans profit, mais aussi sans danger de nuire. Car je n'ai jamais vu un tel traitement, du moins prudemment administré, porter préjudice à un phagédénisme chancrelleux. Tentative inutile, voilà tout, mais inoffensive.

---

(1) FOURNIER. Art. « Inoculation », *in* Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, t. XIX.

Et, dans la seconde des alternatives en question, non seulement ce traitement d'épreuve déterminera le diagnostic d'une façon irréfragable, mais en même temps *il guérira*. Double bénéfice au profit du malade.

Si bien que l'hésitation n'est pas possible. Nous avons le choix entre deux critériums, l'un dont je viens de dire les inconvénients, voire les dangers possibles, et l'autre qui, sans inconvénient, court chance d'être puissamment utile. La préférence à donner au second n'est pas logiquement discutable.

Conclusion : *Un phagédénisme indéterminé comme nature se présentant en pratique, l'indication formelle est de mettre en œuvre empiriquement le traitement de la syphilis, et cela même en l'absence de tout stigmate ou de tout antécédent de syphilis.*

Et, je dirai même : c'est là non pas seulement une indication, mais une *obligation* médicale, en raison des avantages énormes que le malade peut tirer d'une telle pratique.

Le tableau suivant va résumer d'ensemble les éléments de cette discussion :

PHAGÉDÉNISME TERTIAIRE	PHAGÉDÉNISME CHANCRELLEUX
I. — *Signes d'objectivité.*	
1° Toujours doublé et encadré par une infiltration gommeuse d'une *dureté* facilement appréciable.	1° Pas de dureté analogue, comme cadre ni comme base.
2° Se trahit parfois par un *graphique circonférenciel d'ordre circiné* (en arc de cercle, en arceaux conjugués, etc.).	2° Pas de tracé circonférentiel d'ordre circiné.
3° »	3° Susceptible de s'attester par la complication d'un *bubon inflammatoire, aigu, suppuratif*, voire *chancrelleux*. — Signe majeur, mais éventuel.
4° »	4° *Tout phagédénisme issu d'une origine ganglionnaire est nécessairement un phagédénisme dérivé d'un chancre simple.*
5° Consiste presque toujours en un phagédénisme d'ordre térébrant, qui détruit en profondeur.	5° Consiste presque toujours en un phagédénisme *de surface*.
6° Consiste presque toujours en un phagédénisme *sur place*, non ambulant.	6° Phagédénisme *nomade*, ambulant, souvent serpigineux.
II. — *Antécédents.*	
1° *Antécédents de syphilis* (mais possibilité de syphilis ignorée).	1° *Pas d'antécédents de syphilis* (mais possibilité, comme coïncidence, d'une infection syphilitique préalable).
2° *Spontanéité* de la lésion.	2° Lésion toujours issue d'un accident de contagion.
III. — *Coïncidences morbides.*	
Présomption quelquefois fournie par la coïncidence d'un accident de syphilis tertiaire.	»
IV. — *Enquête bactériologique.*	
»	Présence significative du *bacille de Ducrey* dans le pus de la lésion.
V. — *Critérium expérimental.*	
Auto-inoculation *négative*.	Auto-inoculation *positive*, c'est-à-dire reproduisant un chancre simple.
VI. — *Critérium thérapeutique* (1).	
Influence rapidement modificatrice et curative du traitement spécifique.	Nulle influence du traitement antisyphilitique.

XIV

Le *traitement* rationnel d'un phagédénisme d'ordre quelconque repose sur deux bases :

1° Un diagnostic précis de l'*espèce morbide* envahie par le phagédénisme ;

2° Une recherche minutieuse de la *cause* ou des *causes* qui, dans n'importe quelle espèce morbide, ont pu présider au développement et à l'entretien du phagédénisme.

Déterminer catégoriquement l'espèce morbide à laquelle on a affaire, c'est-à-dire reconnaître si le phagédénisme dérive d'un chancre simple, d'un chancre syphilitique ou d'une lésion tertiaire, tel est le premier problème à résoudre avant toute intervention thérapeutique ; car de la solution de ce problème découlent des indications formelles, essentielles, capitales. Nombreux, par exemple, seraient les cas à relater dans lesquels il a suffi de reconnaître la qualité *tertiaire* d'un phagédénisme pour prescrire le seul traitement qui pouvait le guérir et qui, en effet, l'a guéri. C'est de la sorte que, dans une observation précitée, un phagédénisme serpigineux qui datait de vingt-six mois et qu'on traitait sans le moindre succès comme issu d'un chancre simple, se cicatrisa en quelques semaines dès que le diagnostic rectifié motiva l'intervention du traitement antitertiaire.

En second lieu, il n'est pas moins essentiel de rechercher minutieusement les *causes* sous l'influence desquelles a pu se développer ou s'entretenir le phagédénisme. Loin de moi, assurément, la prétention de dire qu'on découvrira toujours ces causes. En nombre de cas, ainsi que je l'ai établi dans un paragraphe précédent, l'étiologie du phagédénisme restera obscure, incertaine, indéterminée ; en nombre de cas, le phagédénisme restera inexpliqué, inexplicable, mystérieux d'origine. Mais quelquefois, inversement, une cause bien nette, bien précise, se dégagera des antécédents du malade ou de la maladie ; et cette cause, il suffira *souvent, très souvent*, de la supprimer, de l'atténuer, de la combattre, pour que, sans autre intervention active, le phagédénisme soit enrayé immédiatement dans sa marche, maîtrisé, dominé, puis guéri à bref délai.

C'est ainsi que plus d'une fois, pour ma part, j'ai eu raison de phagédénismes menaçants, graves d'apparence, rien que par la simple suppression des causes qui, très sûrement, en avaient déterminé l'invasion.

A ce point de vue, les *causes locales* se présentent les premières comme les plus importantes à rechercher. Et cela pour une double raison : d'une part, ce sont les plus faciles à surprendre, à saisir ; d'autre part, ce sont les plus faciles à écarter. Supprimez telle ou telle de ces influences irritantes que j'ai mentionnées précédemment, et bien souvent, par ce fait seul, vous arrêterez du coup, vous guérirez le phagédénisme. C'est là un point de pratique majeur, sur lequel, à mon sens, on n'a pas suffisamment insisté, et que je recommande à toute l'attention de mes lecteurs. Généralement, un cas de phagédénisme étant donné, on s'ingénie à lui chercher un remède, on s'évertue à lui trouver un spécifique. Il serait plus rationnel et plus sûr d'ouvrir tout d'abord une enquête sur l'ordre d'influences qui a pu présider à la genèse de ce phagédénisme et de s'attacher, dans la mesure du possible, à supprimer ces influences pathogènes.

Faut-il citer un exemple? En voici un que j'emprunte à mes notes d'hôpital. Une femme se présente à Lourcine avec un effroyable phagédénisme du pied, ayant déjà détruit trois orteils et entamé les deux autres, hideux d'aspect, enflammé, érysipélateux, gangreneux, etc. (*Pl. 3*). Informations prises, nous trouvons trois causes à ce phagédénisme : 1° l'absence de toute hygiène, de tout pansement, la malpropreté, l'incurie élevée à son apogée maxima ; — 2° la fatigue par un travail assidu, exigeant la station debout permanente ; — 3° des excès alcooliques récents. Tout naturellement, cette femme est aussitôt baignée, lavée, couchée, pansée et sevrée d'alcooliques. Qu'arrive-t-il? C'est que presque du jour au lendemain, sous l'influence de ces très simples soins d'hygiène, l'aspect de la plaie se transforme, se métamorphose véritablement ; les symptômes inflammatoires s'apaisent, la gangrène se limite ; bref, le processus phagédénique se trouve enrayé. Intervient en plus le traitement spécifique, et la guérison s'accomplit en quelques semaines.

Après les causes locales, les *causes générales* doivent être recherchées, étudiées avec une égale attention. Seulement, il faut bien le dire, celles-ci sont d'une appréciation bien autrement délicate et d'une nature bien moins accessible aux moyens répressifs dont nous disposons. On peut venir à bout d'une cause locale, sinon toujours, au moins dans la plupart des cas ; tandis qu'il est bien moins aisé, bien moins certain, d'attaquer efficacement et surtout de corriger une cause générale, un vice constitutionnel, organique, tel que le lymphatisme, la scrofule, l'anémie, l'alcoolisme, etc.

Aussi, en général, y a-t-il peu d'espérance à fonder sur la seule intervention des traitements généraux (je ne dis pas, bien entendu, des traitements spécifiques) pour combattre les progrès d'une lésion phagédénique. Comme tout le monde, en pareille occurrence, j'ai prescrit ces traitements ; comme tout le monde, j'ai administré aux anémiques les ferrugineux et les toniques de tout genre, aux scrofuleux l'huile de foie de morue et les amers, aux dartreux l'arsenic, aux fébricitants le quinquina, etc., etc. Mais, en vérité, je confesse n'avoir jamais retiré grand profit de ces diverses médications. Jamais je ne les ai vues exercer sur le phagédénisme une action réelle, manifeste, et moins encore une action rapide, qu'il serait d'ailleurs illégitime d'en attendre.

Loin de moi néanmoins l'intention de jeter le discrédit sur toutes ces médications indistinctement. Il en est une véritablement utile et qui doit être non seulement respectée, mais préconisée. C'est la médication tonique (ferrugineux, quinquina), aidée surtout d'une hygiène réconfortante, de l'hydrothérapie, de la campagne, de l'air marin, etc. Celle-ci rend de réels services, mais elle les rend surtout, je puis dire même exclusivement, dans un certain ordre de cas, à savoir : contre les phagédénismes à longue portée, à durée chronique, indéfinie, créant pour l'organisme une cause de débilitation assidue, d'épuisement lent et progressif.

En dehors de cette application spéciale, la médication tonique et, *a fortiori*, les autres traitements dont j'ai parlé plus haut, n'ont plus aucune efficacité. C'est une pure illusion que de croire guérir ou enrayer même un phagédénisme aigu par l'administration du fer, des amers, du quinquina ou de l'arsenic. Qu'à la longue tel ou tel de ces remèdes puisse n'être pas dépourvu d'une influence indirecte sur la marche de l'ulcération, cela, je l'accorde. Mais que tel ou tel exerce la moindre action favorable sur un phagédénisme de ce genre, pour en modérer les progrès, pour en modifier l'évolution, c'est là ce qu'une longue expérience ne me permet pas d'accepter.

D'autre part, est-il besoin d'ajouter qu'il n'existe pas de médication ou de remède *antiphagédénique?* Le phagédénisme n'a pas de spécifique. On a bien décoré certains remèdes des noms de « spécifiques, de curatifs par excellence, d'ennemis-nés du phagédénisme », etc. Ce sont là simplement des façons de parler, des intempérances de langage, des hyperboles dont il n'y a pas à tenir compte.

Le phagédénisme tertiaire est celui dont la thérapeutique est le mieux réglée de par une longue expérience. Cette thérapeutique comprend naturellement une médication générale et une médication locale.

I. La *médication générale* n'est autre que le traitement antisyphilitique, mais le traitement antisyphilitique administré avec une énergie proportionnelle à l'intensité du danger qui menace.

L'iodure de potassium se présente en l'espèce comme le remède favori, ce qu'on appelle le « grand remède ». Il doit être administré à fortes doses d'emblée (de 4 à 6 grammes), doses qui seront plus tard surélevées au besoin.

D'une façon assez habituelle, il suffit au traitement, sans qu'on soit forcé de lui adjoindre le mercure.

(1) Critérium de mise en œuvre obligatoire dans tous les cas pouvant laisser le moindre doute sur la qualité d'un phagédénisme, même en l'absence de tout antécédent syphilitique.

Assez souvent, néanmoins, le mercure a son indication marquée, et parfois même il est indispensable. Il a son indication alors que l'iodure n'agit pas assez activement et assez rapidement; il est indispensable en face d'un danger urgent, d'une mutilation imminente à bref délai. Faire feu de toutes pièces est de rigueur en pareille situation.

J'ajouterai même : Pour tout cas grave, ce n'est pas aux méthodes usuelles d'administration du mercure qu'on aura recours, mais bien à la méthode la *plus intensive* dont nous disposions, c'est-à-dire aux *injections de calomel.*

Certains médecins, partisans du mercure en toute autre occasion, le redoutent en l'espèce. Positivement ils craignent de le prescrire contre le phagédénisme. Je ne saurais partager leur opinion. Maintes fois il m'est arrivé de mettre en œuvre le traitement mixte contre des phagédénismes spécifiques, et jamais je n'ai eu d'accidents de cette pratique. Bien au contraire j'en ai obtenu les plus heureux résultats; je lui dois même des succès remarquables.

Je reconnais cependant que pour certains cas, tels que ceux où l'organisme est déjà affaibli, où les fonctions nutritives sont en détresse, il convient d'être très réservé sur l'emploi du mercure et qu'alors surtout s'impose la précaution de ne l'administrer que par les voies externes, en vue de ne pas compromettre ce qui peut rester de forces digestives.

II. La *médication externe* du phagédénisme tertiaire ne saurait être autre que celle des lésions dont il dérive. En sorte que, sur ce point, il me sera permis d'être bref.

A coup sûr, ce que nous avons de mieux comme traitement externe des phagédénismes cutanés consiste en ceci : pansement par occlusion au taffetas de Vigo; — même pansement après léger saupoudrage des plaies avec l'iodoforme; — ou bien, iodoforme en poudre, recouvert d'ouate; — ou bien, si ce remède n'est pas toléré sous forme de poudre, pansement avec pommade iodoformée au $^1/_{10}$, au $^1/_{15}$, au $^1/_{20}$.

Adjoindre à cela : *balnéation fréquente*, voire *balnéation prolongée.*

Dans tous les cas possibles, les bains tièdes, tempérants, font bien au phagédénisme. Ils font mieux encore dans les cas où le phagédénisme a été provoqué et entretenu par des causes irritantes, inflammatoires. — Les administrer, au début, tous les jours; puis, au-delà, tous les deux jours, tous les trois jours, etc.

Contre les phagédénismes graves, rapides, aigus, j'ai souvent eu recours à la balnéation quotidienne et prolongée (bains de deux heures, de trois heures, parfois même de quatre heures), et toujours je m'en suis très bien trouvé. Je crois devoir à cette méthode des succès que j'aurais eu peine à obtenir sans elle. Par expérience, je la considère comme un excellent adjuvant de la médication spécifique.

Inutile d'ajouter que cette méthode, qui finirait par fatiguer le malade, devra être modifiée dès qu'une détente se sera produite et que les lésions auront pris une allure meilleure. On substituera alors aux bains quotidiens et prolongés la balnéation ordinaire, sous forme, par exemple, de bains d'une heure, répétés tous les deux ou trois jours.

Aidé du repos et de l'hygiène, l'ensemble thérapeutique qui précède constitue le traitement le plus actif et le plus sûr dont nous disposions contre le phagédénisme tertiaire. C'est par ce traitement qu'il faut toujours *débuter*, et c'est sur lui qu'il convient d'insister longtemps, alors même qu'il ne fournirait pas tout d'abord de résultats favorables. Parfois, en effet, il ne réussit pas à modifier du coup, d'emblée, le phagédénisme, et besoin est de persévérer dans la même voie, laquelle — je le répète encore et à dessein — est de beaucoup la mieux éprouvée.

Que si, cependant, après essai consciencieux et prolongé de ce traitement, on n'en a pas obtenu de résultats curatifs, que faire? C'est ici que commence une situation embarrassante et critique.

Convient-il d'abord de modifier la médication interne et de remplacer les spécifiques par tel ou tel autre remède, tels que l'arsenic, le fer, l'huile de foie de morue, les toniques, les glycérophosphates, les injections de sérum, etc.? On a essayé et, comme tout le monde, j'ai essayé de tout cela, mais sans le moindre bénéfice. Car, s'il est une vérité déduite de l'expérience, c'est que *rien ne remplace les spécifiques* dans le traitement de la syphilis.

Le mieux à faire, en conséquence, est, je crois, ceci : suspendre pour un temps le traitement spécifique et ne le remplacer par aucun remède (sauf quelque remède d'ordre moral, pour la satisfaction du malade); puis, après un stade de quelques semaines, véritable stade « de désaccoutumance », revenir à la charge avec ce même traitement spécifique. Maintes fois, en effet, on a vu ce traitement, après avoir échoué, aboutir à un résultat favorable dans une seconde, une troisième tentative, surtout si l'on a soin d'en varier le mode d'administration. On a vu, de la sorte, les frictions réussir après échec de la méthode par ingestion, comme inversement, et surtout les injections se substituer heureusement à l'une ou à l'autre de ces méthodes. Affaire de patience, de tact et de tâtonnement.

Et de même pour les agents topiques. Que faire, alors que les plus éprouvés n'ont rien produit de favorable? Même embarras que précédemment. Certes le médecin est bien autorisé de par son insuccès même à chercher ailleurs sa voie et, comme on dit vulgairement, à tenter « autre chose ». Mais quelle difficulté de faire un choix entre les innombrables remèdes qui se présentent à lui avec les attestations les plus élogieuses! Quelle difficulté de manœuvrer avec sûreté dans un tel encombrement thérapeutique! Car tout a été proposé et préconisé pour le traitement du phagédénisme.

On pourra donc essayer (essayer est bien le mot de circonstance) de pansements avec les solutions très affaiblies de nitrate d'argent (1 gramme pour 200 grammes d'eau); avec les solutions iodées, les solutions de chloral, ou quelques-uns de ces nombreux agents qui ont été donnés comme des succédanés de l'iodoforme pour le traitement des ulcérations spécifiques, aristol, dermatol, europhène, iodol, traumatol, acide picrique, naphtol camphré, etc. Mais qu'il me soit permis de dire que je n'ai jamais tiré grand profit de ces divers remèdes, la plupart, sinon tous, très surfaits comme action thérapeutique.

Aussi bien donnerai-je le conseil de ne pas persévérer trop longtemps dans l'usage de ces remèdes d'aventure. Ce serait un abus véritable que de multiplier à satiété des essais de ce genre et de se lancer à perte de vue dans une telle voie d'empirisme à tout hasard. Ici, comme pour les médications internes, le bon sens recommande de revenir, après quelques essais de cet ordre, aux agents les mieux éprouvés. Pour ma part, je procède ainsi : après quelques tentatives de ce genre restées infructueuses, pansement de la plaie pour quelques semaines avec le topique le plus anodin, le plus indifférent, le plus inoffensif, par exemple avec de l'ouate hydrophile bien imbibée d'eau bouillie et fréquemment renouvelée; balnéation; puis retour à la méthode d'occlusion ou aux pansements iodoformés.

Au total, donc, après insuccès des traitements consacrés par l'expérience, tâter de l'empirisme pour un temps et avec prudence est une nécessité à laquelle on ne saurait se soustraire, non moins qu'une satisfaction à donner au malade; mais ne pas prolonger trop longtemps cette incursion dans le domaine de l'inconnu, et, après un nouvel insuccès, revenir aux méthodes consacrées, voilà, je crois, la pratique la plus rationnelle et la plus sûre.

Ricord disait : « Etant donné un phagédénisme d'ordre quelconque, alors qu'on a tout fait et tout fait en vain, sans résultats heureux, le mieux est d'essayer de *ne plus rien faire* ». Ne plus rien faire, c'est-à-dire, en l'espèce, suspendre pour un temps toute médication active; panser l'ulcération avec le topique le plus simple, celui qui excite le moins et semble le mieux toléré, et attendre ainsi plusieurs semaines, plusieurs mois au besoin; mais profiter aussi de cet entr'acte thérapeutique pour confier aux modificateurs généraux le soin de corriger la constitution, la disposition actuelle, le vice latent de l'organisme. Dans ce but, conseiller au malade de *changer d'air et de milieu;* l'envoyer soit en pleine campagne, soit au bord de la mer, soit sur un plateau élevé; lui prescrire une saison hydrothérapique, etc. Puis, plus tard, reprendre le traitement, et le reprendre dans ses formes les plus usitées, les mieux éprouvées par l'expérience commune.

Plusieurs fois une pratique de ce genre a été couronnée d'un plein succès. Comme exemple, qu'il me soit permis de citer un cas que j'ai observé avec Ricord et qui a commencé mon éducation au point de vue spécial dont nous traitons actuellement. Un jeune étudiant en médecine était affecté d'une horrible syphilide serpigineuse, qui avait labouré le crâne, la face et le cou depuis trois ans, et qui, à l'époque où je vis le malade pour la première fois, occupait exactement la moitié de la tête. Tous les traitements imaginables avaient été mis en œuvre. A bout de ressources, mais non désespéré, Ricord prescrivit de suspendre toute médication interne et externe, de panser simplement la plaie avec de la charpie imbibée d'eau de guimauve, et de passer quatre mois à la campagne « sans toucher à un seul remède ». Quand, ces quatre mois écoulés, le malade nous revint, la lésion n'avait pas changé de physionomie, mais l'état général était notablement amélioré. Le traitement interne fut alors repris avec vigueur, et la plaie fut pansée par occlusion au taffetas de Vigo. Six semaines plus tard la cicatrisation était complète!

Je n'ai pas à dire si, dans ma pratique, je me suis inspiré du très sage précepte de mon maître; et, sur plusieurs malades, dans des circonstances exactement identiques, j'ai eu la satisfaction de guérir par ce procédé des phagédénismes graves, qui avaient résisté pendant plusieurs années à des traitements de tout genre.

Enfin, si toutes les pratiques précédentes, si tous les efforts d'une thérapeutique rationnelle et prudente n'ont abouti qu'à un insuccès absolu, si, en dépit de tout et malgré tout, le phagédénisme persiste, une dernière ressource se présente encore. Celle-ci consiste dans la *méthode destructive*, qui supprime le phagédénisme en laissant à sa place une plaie simple, laquelle, n'ayant plus de raison d'entretien, se cicatrise alors spontanément.

Les agents de cette méthode sont naturellement les caustiques, et, non moins naturellement aussi, les caustiques intenses, *forts*, ceux qui réalisent non pas une simple modification de surface, mais une destruction véritable de tissus.

Les caustiques de cet ordre ne sont pas très nombreux. Quatre seulement (à ne parler que de ceux que l'usage a éprouvés) se présentent au choix du médecin. Ce sont : l'acide sulfurique (sous forme de pâte carbo-sulfurique ou pâte de Ricord), le caustique de Vienne, le chlorure de zinc et le fer rouge.

On a longuement discuté sur la valeur relative de ces quatre agents. Pour ma part, je crois être autorisé (en ce qui concerne les phagédénismes externes cutanés) à donner la préférence, parmi les caustiques chimiques, au caustique de Ricord, qui m'a toujours fourni d'excellents résultats. C'est un caustique facilement maniable et d'une application très simple; c'est, d'autre part, un agent très sûr comme effet destructeur. Ricord en disait familièrement : « C'est un *emporte-pièce* à sec et à froid », ce qui vrai-

ment en résume le mode d'action d'une façon aussi exacte que pittoresque (1).

Par rapport à ce dernier caustique, le fer rouge a le désavantage de détruire moins profondément, moins également, et de s'adapter moins bien aux irrégularités, aux anfractuosités de la surface à atteindre. En revanche, c'est le caustique qui convient le mieux aux phagédénismes internes, pour lesquels la pâte de Ricord serait d'un emploi impossible.

Théoriquement, la cautérisation destructive, réalisée de n'importe quelle façon, constitue pour le phagédénisme un mode de traitement radical par excellence, puisqu'elle supprime ce phagédénisme, puisqu'elle convertit une plaie spécifique qui trouve en elle-même sa cause d'entretien en une plaie simple, nécessairement destinée à se cicatriser comme toute plaie de cet ordre.

Mais, pratiquement, c'est une autre affaire, et la cautérisation destructive du phagédénisme ne trouve son indication que dans un nombre de cas extrêmement réduit. C'est une méthode de *dernier recours*, qui ne doit être mise en œuvre que d'une façon plus que rare, rarissime, exceptionnelle. Non pas, comme on pourrait le penser, en raison des douleurs qui en sont inséparables (car la douleur ne fait pas question avec le chloroforme), mais pour d'autres très valables motifs que voici :

D'abord, une cautérisation du genre de celle que réclame le phagédénisme comporte une destruction, une mutilation véritable, qui va s'ajouter aux délabrements déjà réalisés par le phagédénisme et laisser nécessairement à sa suite des cicatrices profondes, peut-être même des difformités irréparables. Gros dommage avec lequel il faut compter.

En second lieu, c'est là une méthode d'application réellement impossible en nombre de cas, impossible, par exemple, alors que la lésion est de proportion considérable ou siège au voisinage d'organes qu'une cautérisation un peu profonde pourrait ouvrir (urèthre, paupière, aile du nez) ou léser (grosse artère, veine, tronc nerveux, etc.). On hésite même souvent à la mettre en œuvre au visage, par crainte des laideurs qu'elle pourrait ajouter à celles de la lésion originelle.

A vrai dire, elle ne trouve guère d'indication indiscutable que pour les phagédénismes *limités* des *régions couvertes* (membres, tronc), parce que sur ces points on ne recule pas devant l'appréhension de cicatrices plus ou moins profondes. Dans ces conditions elle fait merveille, en débarrassant les malades à bref délai de lésions susceptibles d'une incroyable longévité. Comme exemple, j'ai guéri de la sorte, par une large application de pâte carbo-sulfurique, un phagédénisme tertiaire de la cuisse, qui depuis de longues années avait résisté à de très nombreuses médications.

A considérer encore que cette méthode *n'est pas infaillible* comme résultats. Elle a ses échecs comme toute autre. J'ai vu un phagédénisme résister à une application du caustique de Ricord faite par Ricord lui-même.

Elle ne met pas à l'abri d'une *récidive* : car elle n'attaque que l'effet sans toucher à la cause.

Enfin, la véritable raison qui, dans la plupart des cas, retient la décision du médecin et le conduit à différer, à attendre, c'est le scrupule bien légitime d'imposer au malade une intervention *inutile*, en faisant au prix d'une destruction ce que la nature peut faire sans dommage un jour ou l'autre. On connaît en effet les caprices du phagédénisme qui est par excellence matière à surprises : tel ulcère qui paraît le moins disposé à guérir peut tout à coup, et comme *par miracle*, se cicatriser de la façon la plus imprévue. De sorte que le médecin qui a le plus d'habitude des cas de ce genre est souvent celui qui se sent la main le plus retenue. Au moment de prendre un parti, il se demande toujours s'il ne ferait pas mieux d'attendre, et souvent (j'en ai fait l'expérience plusieurs fois pour ma part) il s'applaudit plus tard d'avoir attendu davantage.

Sans doute ces hésitations, ces tergiversations ne seraient pas acceptables, s'il y avait un péril à conjurer, ou bien, inversement, si les conséquences à redouter comme cicatrices, comme difformités, n'étaient que de faible importance (alors, par exemple, qu'il s'agit d'un phagédénisme occupant une partie couverte). Mais elles deviennent bien légitimes en des conditions différentes, alors que l'ulcération affecte une étendue ou une profondeur considérable, alors qu'elle siège au voisinage d'organes importants, alors qu'elle affecte le visage, alors surtout que les résultats de l'opération peuvent rester incertains en raison de difficultés matérielles, de circonstances locales, de dangers spéciaux, afférents à tel ou tel cas particulier, etc.

Aussi bien, je le répète, réserve faite pour les cas où l'opération se présente d'une façon simple et indemne de conséquences sérieuses, la cautérisation doit-elle être pour le médecin une *méthode ultime*, un *parti extrême*. Il ne faut s'y décider qu'après avoir tout fait pour l'éviter, après avoir usé de toutes ses ressources, et surtout après avoir assez attendu pour être autorisé à ne plus attendre davantage.

A. Fournier,
Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris.

(1) Ce caustique, comme on le sait, est constitué par l'acide sulfurique uni à la poudre de charbon dans les proportions nécessaires pour former une pâte demi-solide, de la consistance du *cirage*. Son mode d'emploi est des plus simples : on applique avec une spatule cette pâte sur toute l'étendue de l'ulcère à détruire; on la nivelle, on la dessèche, puis on la recouvre d'une couche d'ouate. La pâte ne tarde pas à former une croûte solide qui reste adhérente aux tissus et ne se détache que plusieurs jours, quelquefois même une quinzaine, après son application. Lorsqu'elle tombe, elle laisse à découvert une plaie simple qui, n'ayant pas de cause d'entretien, ne tarde pas à se cicatriser. Parfois même la cicatrisation se fait sous la croûte et se trouve accomplie quand celle-ci se détache.

CHIRURGIE PRATIQUE

Cure radicale du phimosis.

Le sujet est, en apparence, de minime importance; et cependant c'est, je crois, rendre service à plus d'un praticien que de donner une description complète et minutieuse d'une opération dont on chercherait en vain un résumé dans les livres classiques.

Ce qui prouve, du reste, que, s'il est facile de supprimer un phimosis, il n'est peut-être pas aussi simple de donner au malade un nouveau prépuce qui réalise toutes les conditions d'élégance et d'utilité désirables, c'est le nombre des opérations proposées pour remédier à l'infirmité en question : la moindre modification de technique devient un procédé nouveau.

L'idéal est d'obtenir un prépuce qui, sans mettre obstacle à l'issue facile du gland, le recouvre en partie de façon à permettre dans le coït la rétraction de la peau en arrière sans que des tiraillements s'exercent au niveau de la rainure balano-préputiale.

Le procédé que nous allons décrire, et qui répond à ces desiderata, a été réglé par M. le professeur Duplay.

I. — Les *instruments* nécessaires pour pratiquer cette petite opération sont : un bistouri, une paire de ciseaux droits, une sonde cannelée, une pince de Kocher ou un petit clamp, six pinces à forcipressure, une pince à griffes, une aiguille de Reverdin ; en outre, du catgut fin et du crin de Florence.

La *désinfection* de la face interne du prépuce chez un sujet atteint de phimosis est chose difficile; elle est toujours relative. On peut la pratiquer au moyen de petits tampons d'ouate montés sur une sonde cannelée qu'on introduit entre le gland et le prépuce. La verge sera, d'autre part, lavée et savonnée.

Chez les sujets très courageux, l'opération peut être pratiquée sans anesthésie. En général, il vaut mieux recourir à l'*anesthésie générale* qu'à l'anesthésie locale par la cocaïne, surtout s'il est nécessaire de sectionner des adhérences ou d'allonger le frein.

II. — L'*opération* comprend trois temps distincts : 1° destruction des adhérences entre le prépuce et le gland; 2° traitement du phimosis proprement dit; 3° allongement du frein.

Suivant les cas, on pourra n'avoir à pratiquer qu'un seul ou plusieurs de ces temps.

Premier temps. — *Destruction des adhérences entre le prépuce et le gland.*

Lorsque ces adhérences existent, il faut de toute nécessité les supprimer, sous peine de voir ultérieurement les malades souffrir au moment du coït.

Chez les enfants ou les adultes qui n'ont jamais présenté de phénomènes intenses de balano-posthite, la libération de ces adhérences sera facile à pratiquer au moyen d'une sonde cannelée glissée entre le prépuce et le gland, jusqu'à la rainure balano-préputiale, et qu'on promènera tout autour du gland en détachant les adhérences au fur et à mesure (*fig. 1*).

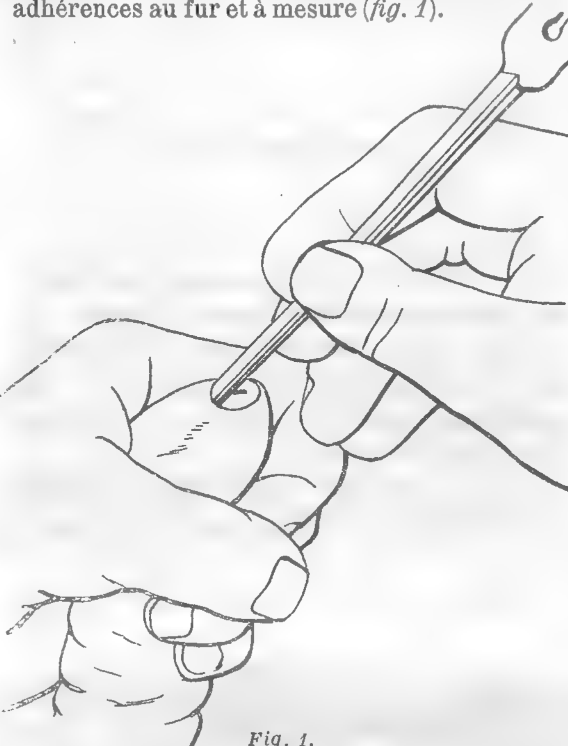


Fig. 1.

Chez les sujets qui ont eu des balanites, les adhérences sont trop solides et ne peuvent être détruites qu'au bistouri après que l'on a sectionné la muqueuse sur la ligne médiane (voir plus loin). Le bistouri doit, dans certains cas, *sculpter le gland* pour libérer le prépuce.

Deuxième temps. — *Traitement du phimosis proprement dit.*

1° *Raccourcissement du prépuce :* Le prépuce est *tendu légèrement, sans traction; il ne doit pas être tiré, il doit être simplement tendu*, faute de quoi l'on s'expose à obtenir un prépuce trop court. Une petite pince clamp, ou une pince de Kocher, le saisit en avant du gland; cette pince doit être placée obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, parallèlement au sillon de la base du gland (*fig. 2*).



Fig. 2.

Si le prépuce ne pèche pas par excès de longueur, on se contentera d'étreindre son extrémité sans le tendre.

Le prépuce est alors sectionné au bistouri *au ras* du bord postérieur de la pince. Il n'y a pas à craindre d'intéresser le gland; du reste, au moment de la section on peut attirer avec la pince le prépuce en avant.

2° *Débridement et régularisation de la muqueuse préputiale :* Le prépuce sectionné, la peau élastique et dilatable se rétracte en arrière du gland; mais la muqueuse, qui ne possède pas la même élasticité, continue à recouvrir cet organe. Sa face externe sanguinolente est laissée à découvert par la rétraction de la peau; le prépuce est en somme dédoublé.

On sectionne alors la muqueuse sur la ligne médiane supérieure au moyen d'une paire de ciseaux dont une des branches a été introduite entre la muqueuse et le gland (*fig. 3*).

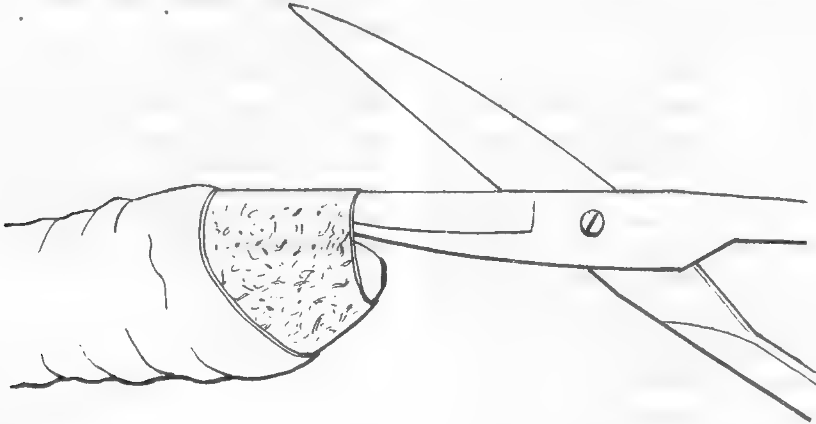


Fig. 3.

Cette section donne lieu à deux lambeaux que l'on régularise en abattant obliquement leurs angles d'un coup de ciseaux (*fig. 4*).

C'est à ce moment qu'il faut libérer au bistouri les adhérences, dans le cas où l'on n'aurait pu le faire avec la sonde cannelée; il sera quelquefois nécessaire d'entamer le gland pour détacher la muqueuse.

Avant de procéder à la réunion des lambeaux cutanés et muqueux, tous les vaisseaux doivent être soigneusement hémostasiés sous peine de voir se produire un hématome qui pourrait forcer à réintervenir dans la journée. Chaque artériole sera donc pincée et liée ou écrasée, et la suture ne sera faite que lorsque tout suintement sanguin sera tari.

3° *Suture de la peau à la muqueuse :* Cette suture sera pratiquée avec le plus grand soin pour que l'adossement de la peau à la muqueuse soit aussi exact que possible. On emploiera soit le catgut fin, soit le crin de Florence (*fig. 5*).

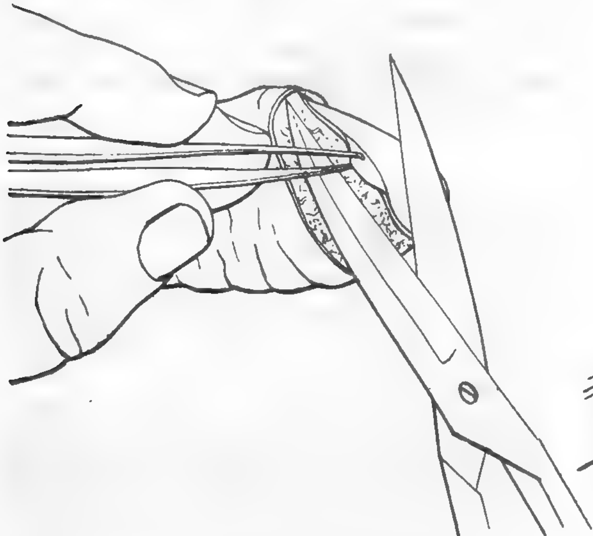


Fig. 4.

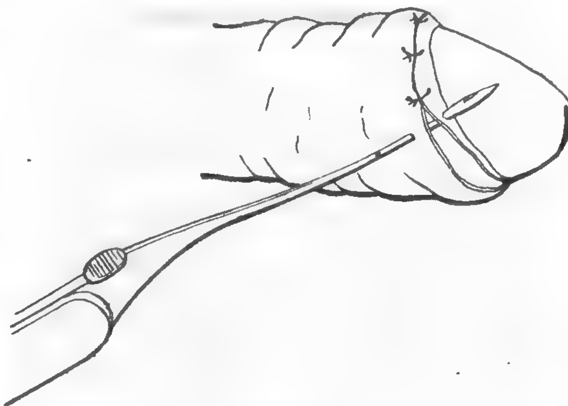


Fig. 5.

TROISIÈME TEMPS. — *Allongement du frein.* Le plus souvent, le phimosis s'accompagne d'une brièveté du frein qu'il est nécessaire de corriger. Pour cela, le gland est renversé et attiré par la main d'un aide, de façon à tendre le frein que l'on sectionne alors *transversalement.* Par la traction, l'incision se transforme en une fente longitudinale. Plus le frein est court, plus l'incision doit être étendue. On réunit ensuite les lèvres de la plaie *longitudinalement* (*fig. 6* et 7). Il est nécessaire de lier la petite artère du frein que l'on sectionne toujours; il

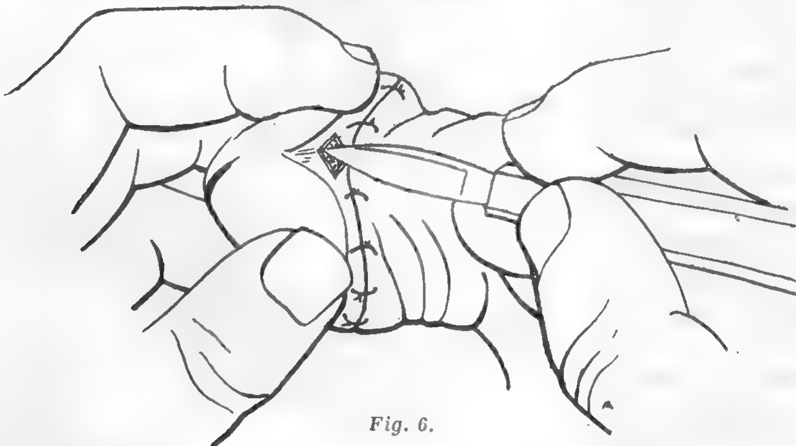


Fig. 6.

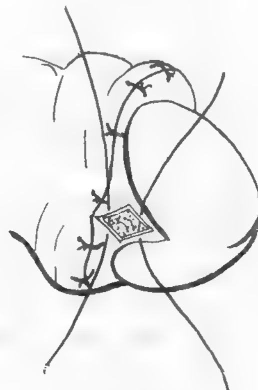


Fig. 7.

ne faut pas compter sur la suture pour l'hémostasier.

III. — Le *pansement* consistera en une bandelette de gaze stérilisée ou iodoformée enroulée autour de la base du gland. Par-dessus, un makintosh percé d'un trou correspondant au méat, et rabattu sur la verge où il est maintenu au moyen d'un fil ou d'une pince à forcipressure, constitue le meilleur moyen de contention, car il permet au malade d'uriner sans défaire et sans souiller son pansement.

Les fils pourront être enlevés dès le cinquième jour.

G. MARION,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 octobre 1900.

Sur un monstre thoraco-xiphopage

M. Porak lit, à l'occasion de l'observation de monstre thoraco-xiphopage communiquée par M. Chapot-Prevost (de Rio-de-Janeiro) dans une précédente séance (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 341), un rapport que nous résumons ainsi :

La production des monstres doubles soulève plusieurs problèmes embryogéniques importants.

Est-il possible que deux œufs différents se réunissent au moment du développement par leurs disques germinatifs? Cette soudure, que M. Lacaze-Duthiers a observée chez les mollusques, reste encore discutable chez les vertébrés. On ne l'a jamais vue se produire sur les œufs de poule. Dans l'espèce humaine, la jonction de deux œufs séparés ne semble pas possible, à moins que ceux-ci n'occupent préalablement la même vésicule de de Graaf. On a constaté, d'ailleurs, chez les vertébrés supérieurs cette duplicité des ovules dans la même vésicule; le fait a même été observé sur l'ovaire du fœtus, mais il n'a pas encore été mentionné pour l'ovaire de l'adulte.

On tend donc aujourd'hui à admettre que les monstruosités doubles dépendent d'une anomalie du disque germinatif, que celui-ci se divise à un moment donné ou que primitivement l'ovule porte deux disques germinatifs. Jusqu'à présent, on ne possède pas d'exemple du premier processus, tandis que de nombreux auteurs ont constaté sur des œufs de vertébrés la présence de deux disques germinatifs, et même de deux vésicules germinatives.

Quand ces deux disques sont rapprochés, ils se rejoignent en présentant des combinaisons très variées qui appartiennent au groupe tératologique des *monstres composés;* mais il se peut également qu'ils soient suffisamment éloignés pour évoluer chacun pour son propre compte. Si, dans des cas assez nombreux, les allantoïdes des deux disques germinatifs doivent presque nécessairement arriver au contact et se confondre, on conçoit aussi qu'elles puissent rester séparées. Toutes ces modalités du développement des disques germinatifs et des allantoïdes donnent naissance à des monstruosités différentes.

La grossesse gémellaire, dans un certain nombre de cas tout au moins, peut même être rapprochée de la monstruosité double.

On admet, en effet, que deux jumeaux proviennent de deux disques germinatifs greffés sur le même vitellus, lorsqu'ils sont de même sexe, lorsque la membrane de séparation des œufs fait défaut ou n'est constituée que par les deux amnios, et enfin lorsque la circulation placentaire des deux œufs présente des communications vasculaires.

Chaque jumeau ayant une circulation qui lui est propre et une qui lui est commune avec son congénère, il peut arriver, d'autre part, que l'un des produits accapare la plus grande partie du sang maternel au détriment de l'autre, lequel ne peut vivre alors que comme parasite du premier.

Pour en revenir aux monstres doubles, on peut constater chez eux l'existence de deux placentas séparés, mais plus souvent il y a un placenta unique assurant la circulation spéciale de chaque monstre et la circulation commune aux deux.

Or, ici de même que dans les grossesses gé-

mellaires univitellines, si l'on observe parfois un équilibre entre les circulations, ce qui permet aux deux monstres de se développer parallèlement, il arrive fréquemment que cet équilibre n'existe pas; dans ce cas, dès les premières phases du développement des disques germinatifs, l'embryon le mieux vascularisé l'emporte sur celui qui l'est moins, et celui-ci devient le parasite du premier. On s'explique ainsi très bien le mode de développement des monstres doubles parasitaires.

Les monstres doubles ne sont pas extraordinairement rares : on en compte environ un sur cent mille accouchements. Or, il naît par jour en Europe 30,000 enfants; il y aurait donc en moyenne deux monomphaliens par semaine. Les sternopages et les xiphopages sont les moins rares.

La plupart de ces monstres succombent généralement peu de temps après leur naissance. Dix seulement ont survécu plus ou moins longtemps; tous étaient des xiphopages.

Le monstre que M. Chapot-Prevost a présenté à l'Académie appartient à la classe des monomphaliens. On ne doit pas le ranger parmi les xiphopages, car l'un des enfants avait le cœur inversé. Il ne rentre pas non plus dans le groupe des thoracopages, les deux cœurs étant très bien constitués et séparés. Il s'agit donc d'un monstre monomphalien intermédiaire aux thoracopages et aux xiphopages.

L'étiologie des monstruosités étant encore très obscure, il est permis de se demander si l'hérédo-syphilis ne joue pas un rôle dans leur production.

On trouve bien, chez l'enfant Rosalina, quelques caractères (déformation de la tête et du corps, dextrocardie, déplacement du foie, bégaiement, etc.) qui rappellent les stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis; mais ces signes sont insuffisants pour trancher la question. Il faut, d'ailleurs, remarquer que les parents de Rosalina-Maria ont eu plusieurs autres enfants bien constitués. La raison de la production du monstre dans cette famille reste donc inconnue.

Il n'en était pas de même chez un autre monstre double observé par le rapporteur, et qui était issu d'une mère aliénée, alcoolique, et peut-être syphilitique, car elle avait accouché une première fois à sept mois d'un enfant mort.

A défaut de la syphilis, on peut expliquer la production des monstruosités par des troubles de nutrition de l'œuf ou de la mère.

Les expériences de Dareste et de M. Féré sur les œufs de poule ont prouvé, en effet, que les procédés si variés (succussion, vernissage, chauffage, injections de substances variées, etc.) qui permettent de produire des monstres agissent seulement en troublant la nutrition de l'œuf.

D'autre part, M. Charrin a montré qu'en injectant à des femelles pleines diverses toxines on détermine l'apparition, chez les produits, de différentes anomalies caractérisées notamment par des amputations congénitales et des dispositions irrégulières des organes génitaux. Ces résultats expérimentaux prouvent manifestement que les monstruosités doivent être considérées comme la conséquence de troubles nutritifs de la mère ou de l'œuf.

Enfin, M. Porak rappelle les trois cas de monstres monomphaliens qui ont été déjà l'objet d'une intervention chirurgicale avant celui de M. Chapot-Prevost.

Le premier, dont l'authenticité a été, du reste, mise en doute par J. Geoffroy Saint-Hilaire et par Cruveilhier, concerne un fait de König relatif à deux fillettes — Catherine-Elisabeth —, unies l'une à l'autre depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic et qui furent heureusement séparées d'abord à l'aide d'une ligature de plus en plus serrée, puis par l'instrument tranchant (1689).

La seconde observation se rapporte à une opération faite par Böhm sur ses propres filles en 1866; mais, dans ce cas, il n'y avait de communication ni entre les cavités thoraciques, ni entre les cavités abdominales des deux enfants. L'une mourut au bout de trois jours; l'autre survivait encore cinq ans après l'opération.

Le troisième cas connu est celui de deux petites filles — Marie-Adèle — qui ont été séparées par deux chirurgiens suisses, Biaudet et Bugnion, en 1881, à Bex. Dans cette observation, la masse charnue qui réunissait les deux enfants était constituée par une lame cartilagineuse soudant ensemble les deux appendices xiphoïdes, par un pédicule de tissu hépatique commun aux deux foies et enfin par des culs-de-sac péritonéaux allant d'une cavité abdominale à l'autre. Les deux fillettes succombèrent, l'une le jour même de l'opération, l'autre le lendemain.

Enfin le quatrième cas opéré est celui de Rosalina-Maria. Avant de procéder à leur séparation, M. Chapot-Prevost avait eu soin de s'assurer, par un certain nombre d'expériences, de l'indépendance physiologique des deux sujets, et avait constaté que la région qui les réunissait était constituée de haut en bas par trois zones : une supérieure, ostéo-cartilagineuse, représentée par la soudure des sternums et des cartilages costaux; une moyenne, occupée par un large pont de foie; et une inférieure, limitée en bas et de chaque côté par la peau.

Ces dispositions anatomiques une fois reconnues, l'opération fut décidée. Après chloroformisation des deux enfants, on pratiqua une première incision qui, commençant à la partie supérieure de la soudure, passait par le milieu de l'appendice xiphoïde et allait se terminer en bas au niveau de la cicatrice ombilicale. Cette incision comprenait la peau et les tissus sous-cutanés jusqu'au péritoine. Ecartant le lambeau ainsi formé vers le côté gauche de Rosalina, on ouvrit la séreuse péritonéale et on tomba sur un large pont de substance hépatique. Passant alors la main sous ce pont, M. Chapot-Prevost divisa au milieu le cordon formé par la réunion des deux veines ombilicales et sépara les deux épiploons qui étaient adossés dans une certaine étendue de leurs faces antérieures. Entre temps, il réduisit les intestins qui étaient sortis de la cavité abdominale à la suite d'efforts de vomissements de Maria.

Il put ainsi constater qu'il n'y avait pas de faisceaux sternaux du diaphragme ni d'un côté ni de l'autre, que la cavité thoracique communiquait avec l'abdomen par la partie inférieure du médiastin et qu'une sorte de canal fibreux contenant du liquide établissait une communication entre les deux cavités péricardiques. Ce canal fut sectionné entre deux pinces et les surfaces de section suturées au catgut. L'incision de la partie restante de l'arcade cartilagineuse située au-devant des péricardes ayant donné lieu à un brusque appel d'air du côté gauche de Maria, on reconnut que la cavité pleurale correspondante de cette enfant avait été ouverte : on enleva le plus soigneusement possible le sang qui s'y était épanché et on ferma au catgut l'ouverture de la séreuse. L'opération fut enfin terminée par la section du pont hépatique, pratiquée suivant un plan vertical à égale distance des deux vésicules biliaires; du côté de Rosalina, l'hémostase provisoire fut obtenue au moyen d'une ligature à la soie préalablement jetée sur le foie rétréci à ce niveau, et du côté de Maria par l'application d'un gros tampon de gaze. Quant à l'hémostase définitive, elle fut réalisée grâce à un procédé que M. Chapot-Prevost se réserve de faire connaître ultérieurement.

Les suites de l'opération sont connues : Maria a succombé au bout de cinq jours et quatorze heures à une pleuro-péricardite, et Rosalina a survécu. Bien qu'il n'ait été que partiel, le succès de cette opération n'en est pas moins très remarquable. La communication des plèvres, des cavités péricardiques et abdominales, ainsi que l'union des deux foies, rendait cette intervention particulièrement délicate. Il faut noter, enfin, que c'est la première fois qu'on obtient l'hémostase du foie sur une plaie aussi étendue.

M. Fournier. — Jusqu'à ces dernières années, on ignorait absolument la cause des monstruosités. M. Porak a donc eu raison de placer la question sur le terrain étiologique. On sait aujourd'hui, grâce surtout aux travaux de M. Charrin, que les monstres humains sont assez fréquemment la conséquence des maladies infectieuses de leurs générateurs. J'ai établi, de mon côté, le grand rôle joué par la syphilis dans la production de beaucoup de dystrophies qui, en s'exagérant, peuvent aboutir à de véritables monstruosités.

Comme M. Porak, je crois, en outre, qu'il faut rapprocher des monstruosités un certain nombre de grossesses gémellaires. J'ai été frappé, en effet, en faisant le relevé de mes observations, de la proportion élevée de naissances doubles qui surviennent chez les hérédo-syphilitiques; Hutchinson a fait la même constatation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 octobre 1900.

Anastomose iléo-sigmoïde pour cancer du côlon.

M. Tuffier. — Vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur une observation de M. Charrier (d'Angers), relative à un cas d'iléo-sigmoïdostomie chez une femme atteinte d'un cancer inopérable du gros intestin, développé au niveau de l'angle de réunion du côlon ascendant et du côlon transverse, et ayant déterminé à plusieurs reprises des accidents graves d'obstruction intestinale. Notre confrère, décidé à pratiquer une entéro-anastomose — opération qui doit, autant que possible, être préférée à l'anus contre nature —, constata qu'il ne pouvait pas, en raison d'adhérences multiples, réunir le côlon ascendant au côlon transverse; dans ces conditions, il dut se contenter d'anastomoser l'anse sigmoïde à l'iléon. La malade guérit, après avoir eu des selles liquides pendant plusieurs semaines.

M. Quénu. — Dans une communication que j'ai faite, il y a deux ans, sur le traitement du cancer du gros intestin, je me suis montré partisan convaincu de l'anastomose intestinale, de préférence à l'anus cæcal, sauf dans le cas d'occlusion intestinale. J'ai eu l'occasion de faire l'anastomose iléo-sigmoïde chez des malades très affaiblis, et même alors cette opération a été parfaitement supportée.

M. Berger. — Il est des cas où l'anus contre nature est la seule intervention que l'on puisse opposer à l'accumulation des matières dans le gros intestin, à la suite de l'anastomose entre l'iléon et l'anse sigmoïde. On a proposé l'exclusion de l'intestin pour remédier à cet inconvénient, mais cette opération tend à être abandonnée, en raison de sa gravité.

M. Guinard. — Je crois que l'exclusion intestinale ouverte peut rendre de grands services dans certains cas.

M. Le Dentu. — Je pense aussi que c'est là une excellente opération, dont le principe ne doit pas être condamné.

M. Tuffier. — Si j'avais à remédier, après l'anastomose iléo-sigmoïde, à l'accumulation des matières dans le gros intestin, j'établirais secondairement une fistule stercorale sur le cæcum.

Cure radicale de la hernie ombilicale.

M. Berger. — M. Huguet (médecin militaire) nous a envoyé un certain nombre d'observations intéressantes, sur lesquelles j'ai à vous présenter un rapport. Trois de ces observations ont trait à des cures radicales de hernie ombilicale chez des enfants de tribus nomades d'Algérie; dans les trois cas, notre confrère a dû, en raison du grand écartement des muscles droits, employer le procédé de Le Dentu de préférence à ceux de Condamin, de Quénu, etc., etc. Tandis que, dans nos pays, la proportion des hernies de faiblesse est d'environ 4 à 5 %, M. Huguet estime que ces hernies atteignent beaucoup plus rarement les Arabes du nord de l'Afrique, chez lesquels leur fréquence correspondrait à peine à 4 ‰ environ.

M. Pauchet (d'Amiens) lit une observation de cirrhose biliaire au début, traitée avec succès par la cholécystostomie suivie d'une cholécystectomie pour fistule persistante.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 octobre 1900

Un cas de fièvre bilieuse hémoglobinurique.

M. Rendu. — Voici un jeune homme qui vient d'être atteint d'un accès de fièvre bilieuse hémoglobinurique. C'est à Madagascar, où il avait été envoyé l'année dernière, que ce malade a contracté la fièvre intermittente; d'abord espacés, les accès se sont peu à peu tellement rapprochés que son rapatriement a été jugé indispensable. Revenu à Paris le mois dernier, ce jeune homme a continué à avoir des accès de fièvre tierce qui l'ont obligé à se faire recevoir à l'hôpital. Le jour même de son entrée, il a été pris d'un accès intense, suivi, deux jours plus tard, d'un accès moins fort, mais accompagné de nausées, de vomissements et de l'émission

d'une urine sanglante. Cette hématurie persista pendant toute la nuit et fut suivie le lendemain d'un ictère généralisé avec décoloration des muqueuses, faiblesse excessive et tendance au collapsus. Comme les jours précédents, ce malade fut traité par le chlorhydrate de quinine administré à la dose de 0 gr. 25 centigrammes en injections sous-cutanées et par la poudre de quinquina; depuis, il n'a plus eu de fièvre et sa santé est actuellement assez satisfaisante.

Ce qui est intéressant dans ce cas, c'est que les urines rendues au cours du dernier accès ne contenaient pas de globules sanguins; il s'agissait donc bien d'une hémoglobinurie. En outre, ces urines laissaient un dépôt constitué uniquement par de l'urobiline et du chromogène, sans trace de pigments biliaires, ce qui permet d'affirmer que l'ictère dont a été atteint le malade pendant quelques jours appartenait au groupe des ictères hémaphéiques de Gubler.

Il faut noter encore que les dimensions de la rate, qui mesurait, au moment de l'entrée, 22 centimètres longitudinalement et 16 centimètres transversalement, sont redevenues normales; l'origine purement congestive de cette augmentation de volume ne me paraît donc pas douteuse.

M. Widal. — J'ai observé également un ictère hémaphéique, identique à celui du malade de M. Rendu, au cours d'une hémoglobinurie paroxystique essentielle.

De la nocuité des crèches à l'égard des typhoïdiques.

M. Rénon. — En l'espace de deux mois et demi (du 15 juillet au 1er octobre 1900), j'ai soigné, à la crèche et dans le service de femmes du pavillon Peter de l'hôpital Necker, 9 typhoïdiques dont 4 ont succombé, soit 44 %.

Pour expliquer cette mortalité élevée, on ne peut invoquer ni la gravité de la maladie, qui s'annonçait plutôt comme devant être bénigne, ni l'état de nourrice des patientes, car, sur les 3 qui allaitaient, une seule est morte. On ne saurait davantage faire intervenir la malignité de l'épidémie, puisqu'à la même époque la léthalité était beaucoup moins élevée dans les autres services de l'hôpital. D'ailleurs, en 1899 déjà, la mortalité par dothiénentérie fut considérable dans le pavillon Peter : sur 19 malades, 11 succombèrent, ce qui donne une proportion de plus de 57 %; dans les autres services, la mortalité fut cinq fois moindre.

Je crois donc que les conditions hygiéniques de ce pavillon doivent être seules incriminées, et que le voisinage des nourrissons n'est pas étranger à ce grand nombre de décès par fièvre typhoïde. Les entérites, en effet, sont très fréquentes à la crèche, et on conçoit que, malgré toutes les précautions, les divers agents des diarrhées infantiles puissent devenir une cause d'infection secondaire pour les dothiénentériques.

M. Siredey. — La gravité de la fièvre typhoïde est trop variable et les faits rapportés par M. Rénon me semblent trop peu nombreux pour que, en l'absence de constatations nécroscopiques précises, on soit en droit d'attribuer la mortalité considérable observée par notre collègue à des infections secondaires provenant des nourrissons.

M. Faisans déclare que, de 5 ou 6 femmes typhoïdiques qu'il a soignées dans la crèche de son service, aucune n'a succombé.

Intervention du pneumocoque dans les angines aiguës, décelée par la séroréaction agglutinante.

M. Bezançon. — La plupart des microbes, tels que le streptocoque et le pneumocoque, dont on constate la présence à la surface de l'amygdale au cours des angines aiguës non diphtériques, appartiennent à des espèces qui, à l'état normal, végètent d'une façon constante dans la cavité bucco-pharyngée; aussi est-il difficile d'apprécier exactement leur rôle dans la pathogénie de l'angine, au moyen de la technique bactériologique usuelle.

La mise en évidence d'une réaction humorale de l'organisme, telle que la propriété agglutinante du sérum sanguin vis-à-vis d'un de ces microbes, traduit, au contraire, sans cause d'erreur, la part qu'a prise ce germe dans le déterminisme de l'affection.

C'est cette donnée qui nous a servi de point de départ, à M. Griffon et à moi, pour les recherches dont je désire vous exposer les résultats.

La méthode de la séroréaction agglutinante ne s'appliquant pas au streptocoque, nous avons dû nous borner à faire subir au sérum des malades atteints d'angine l'épreuve de l'agglutination du pneumocoque.

Nous avons étudié à ce point de vue le sérum sanguin dans 10 cas d'angine aiguë non diphtérique, par le procédé que nous avons antérieurement préconisé (culture du pneumocoque dans le sérum du malade). Dans tous ces cas, comme dans les affections légitimes à pneumocoques, la séroréaction pneumococcique s'est montrée positive; elle atteignait un degré moyen, intermédiaire entre l'agglutination forte et l'agglutination faible; elle nous a paru précoce et éphémère.

Ces résultats concordent bien avec les notions fournies par la clinique et avec les documents bactériologiques qui établissent l'existence d'angines à pneumocoques. De plus, ils révèlent l'intervention du pneumocoque dans la pathogénie d'angines qu'on eût considérées il y a quelques années comme de nature streptococcique. Ils justifient donc l'opinion déjà formulée par M. Widal et par moi, à savoir que le groupe des angines dites à streptocoques doit être revisé et démembré.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 octobre 1900.

Cryoscopie du liquide céphalo-rachidien, et son application à l'étude des méningites.

MM. Widal, Sicard et **Ravaut.** — L'étude de la tension osmotique de liquides céphalo-rachidiens de diverses provenances nous a montré des différences remarquables suivant que nous examinions des sujets atteints ou non de méningite tuberculeuse.

Le point cryoscopique, chez 15 malades indemnes de toute lésion méningée aiguë mais atteints d'affections les plus diverses, oscillait entre — 0°56 et — 0°75. Il était compris le plus souvent entre — 0°60 et — 0°65.

Le liquide en question a donc tendance à se montrer hypertonique par rapport au sérum sanguin, dont le point cryoscopique est voisin, comme on sait, de — 0°56.

Au cours de la méningite tuberculeuse, le point de congélation du liquide céphalo-rachidien tombe, en général, au-dessous de la normale : dans 8 cas sur 10, nous l'avons vu varier entre — 0°48 et — 0°55.

L'abaissement de ce point de congélation constituerait donc un signe de probabilité en faveur du diagnostic de méningite tuberculeuse.

Action de la tuberculine vraie sur le rein.

MM. Ramond et **Hulot.** — Les expériences faites avec la tuberculine brute, produit différent de la sécrétion réelle du bacille de Koch, ne peuvent donner qu'une idée approximative de l'action de la vraie tuberculine sur l'organisme. Il n'en est plus de même quand on emploie pour cette étude, comme nous l'avons fait, la méthode des sacs de collodion : les bacilles, contenus dans un sac et enfouis dans le péritoine d'animaux de laboratoire, sécrètent à loisir une toxine active et pure, qui, dialysant à travers les parois du sac, va impressionner les tissus sans le concours des bacilles.

Les choses se passent donc comme en pathologie humaine, où la tuberculine issue d'un foyer tuberculeux produit à distance des lésions viscérales diverses. Chez les animaux que nous avons soumis à ces expériences, ce sont les reins qui, de tous les organes, ont offert les lésions les plus prononcées. Le foie, la rate, le pancréas étaient également le siège de dégénérescences, mais beaucoup moins intenses.

Transformation myéloïde de la rate des cobayes tuberculeux.

M. Dominici. — J'ai examiné au point de vue histologique la rate de trois cobayes sacrifiés dix-huit semaines environ après inoculation sous-cutanée de bacilles de Koch. Dans les trois cas, ce viscère était le siège du processus anatomopathologique auquel j'ai donné le nom de transformation myéloïde, et qui est caractérisé par la néoformation d'un tissu identique à celui de la moelle osseuse active. Cette transformation myéloïde massive fut totale dans les trois cas.

Rareté des maladies du tube digestif et fréquence des affections des voies respiratoires chez les Arabes.

M. Remlinger. — On sait depuis longtemps déjà que la race arabe, qui présente une certaine immunité vis-à-vis de la fièvre typhoïde, est, au contraire, très exposée à la pneumonie et à la tuberculose. Ce double phénomène témoigne d'une loi plus générale, à savoir la prédisposition de la race arabe aux affections des voies respiratoires et son immunité vis-à-vis des maladies du tube digestif. La statistique médicale de l'armée démontre, en effet, qu'en Algérie et en Tunisie ces dernières sont deux fois plus fréquentes parmi les troupes européennes que parmi les troupes indigènes; c'est l'inverse qu'on observe pour les maladies des voies respiratoires.

Ces particularités semblent devoir être attribuées à ce que, dès leur enfance, les Arabes s'immunisent contre les infections du tube digestif en buvant des eaux plus ou moins souillées. Par contre, leurs poumons, habitués à l'air pur des grandes solitudes, n'acquerraient aucune immunité locale et seraient peu aptes à lutter contre l'air vicié des agglomérations urbaines.

M. Laveran fait remarquer que l'immunité des indigènes algériens vis-à-vis de la fièvre typhoïde est très relative, et qu'elle consiste seulement dans une résistance plus grande que celle des Européens à l'infection typhoïdique.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 15 octobre 1900.

Erythème exsudatif polymorphe consécutif à une irritation de l'urèthre.

M. Heller. — La pathogénie de l'érythème exsudatif polymorphe est encore très obscure. Lewin croit qu'il s'agit, en l'espèce, d'une angionévrose provoquée par des irritations mécaniques, chimiques ou thermiques intéressant les ganglions périphériques des vaisseaux ou les centres nerveux correspondants. D'après von Dühring, au contraire, cette affection reconnaîtrait une origine infectieuse; mais personne n'a encore pu découvrir son microbe pathogène.

D'autre part, en cautérisant l'urèthre avec du nitrate d'argent et en y introduisant ensuite un petit tampon d'ouate enduit de pommade à la sabine, Lewin a vu apparaître, au bout de seize à dix-huit heures, un érythème polymorphe typique au niveau des deux jambes; du Mesnil a observé deux faits analogues. Mais quelques auteurs ont mis en doute l'existence d'un rapport de cause à effet entre cette irritation uréthrale et l'érythème consécutif.

Or, je viens d'observer un cas qui vient à l'appui de la théorie de Lewin.

Un homme de trente-trois ans, qui avait contracté plusieurs blennorrhagies dont la guérison complète avait été certifiée par quatre médecins avant le mariage du patient, eut l'idée un jour de se laver le canal avec une solution de créoline à 20 %; ce lavage fut suivi d'une tuméfaction intense de la verge avec uréthrorrhée; la sécrétion uréthrale ne contenait pas de gonocoques.

Huit jours après cet accident, le malade fut atteint d'un érythème exsudatif polymorphe typique et symétrique, siégeant à la région pubienne, aux bras et aux aisselles. Cet exanthème rétrocéda au fur et à mesure que diminuait la sécrétion de l'urèthre, et au bout de quatre semaines cet homme était complètement guéri, sans qu'aucune médication eût été instituée.

On ne peut guère admettre qu'il se soit agi dans ce cas d'un exanthème créolinique, car les exanthèmes d'origine médicamenteuse se manifestent immédiatement après l'absorption du médicament. On ne peut davantage se rallier à l'hypothèse d'un exanthème gonorrhéique, puisque des examens répétés de la sécrétion uré-

thrale n'ont pu y déceler la présence d'un seul gonocoque.

Je crois donc que chez mon malade, comme chez ceux de Lewin et de du Mesnil, l'exanthème fut le résultat de l'introduction dans l'économie, à la faveur de la lésion uréthrale, d'une substance toxique contenue dans les sécrétions de l'urèthre.

Les auteurs modernes séparent rigoureusement la forme idiopathique de l'érythème exsudatif polymorphe d'avec les formes toxiques; mais même dans cette forme idiopathique il est probable qu'il existe une altération chimique du sérum sanguin, de sorte que j'incline à croire que l'exanthème polymorphe relève toujours d'une intoxication.

M. Vormeng. — J'ai assisté aux expériences de Lewin et je n'ai pas constaté de relation bien nette entre l'apparition de l'exanthème et la cautérisation du canal de l'urèthre.

S'il était vrai que tous les exanthèmes polymorphes reconnussent une origine toxique, on devrait les observer très fréquemment, étant donné l'extrême diffusion de la gonorrhée. Or, en ce qui me concerne, je n'ai traité dans l'espace de trente ans que deux cas de cette affection et, à la vérité, je n'ai pu en déterminer l'étiologie.

M. Senator. — J'ai vu apparaître un exanthème polymorphe chez une jeune fille à laquelle on avait fait une injection de sérum antidiphtérique; cette affection n'est donc pas toujours liée à une irritation de l'urèthre. Du reste, on voit assez souvent survenir des exanthèmes polymorphes, surtout chez les jeunes femmes, à l'occasion de poussées de rhumatisme articulaire.

M. Rothmann. — J'ai observé deux cas d'exanthème polymorphe exsudatif consécutifs à une simple angine; l'une des malades était âgée de soixante-quatre ans.

Des réactions de la sécrétion prostatique dans le cas de prostatite chronique, et de leur influence sur la vitalité des spermatozoïdes.

M. Lohnstein. — M. Fürbringer a démontré que la réaction normale de la sécrétion de la prostate est acide. D'après quelques auteurs, le liquide prostatique acquiert au contraire, chez les sujets atteints de prostatite chronique, une réaction neutre ou alcaline, par suite du pus qui s'y mélange; la mort des spermatozoïdes serait la conséquence de cette modification.

Pour vérifier cette assertion, j'ai pratiqué chez 80 malades affectés de prostatite chronique 542 examens de la sécrétion de la prostate. J'ai constaté que la réaction était acide 404 fois, soit dans 75 % des cas, neutre 30 fois, soit dans 5 % des cas, et alcaline 108 fois, c'est-à-dire dans 20 % des cas. Le liquide sur lequel j'ai expérimenté était obtenu par le massage.

Ces résultats ne concordent pas avec ceux des autres expérimentateurs. On ne peut pas m'objecter que j'ai examiné des sujets à prostate saine, car chez tous je me suis assuré par le microscope qu'il s'agissait bien d'une sécrétion altérée pathologiquement, et, d'autre part, cette sécrétion ne s'est pas montrée identique lors des différents examens pratiqués chez le même individu. C'est ainsi que, chez 5 malades, elle fut alternativement acide et neutre, chez 8 autres tantôt acide, tantôt neutre et tantôt alcaline, et enfin, chez 15, parfois acide et parfois alcaline.

D'autre part, la proportion de spermatozoïdes mobiles fut à peu près constante, que le liquide prostatique fût acide ou alcalin; je crois pouvoir en conclure que la faculté génératrice des sujets atteints de prostatite chronique n'est pas aussi compromise qu'on le croit généralement.

D'après Fürbringer, la sécrétion du testicule et des vésicules séminales devient facilement alcaline; par conséquent, la réaction de la sécrétion de la prostate, quand elle contient du liquide spermatique, devrait être moins acide ou plus fortement alcaline qu'elle ne l'est chez le même individu en temps ordinaire; mais je n'ai constaté ce caractère que dans un nombre restreint de faits. Il faut donc admettre ou bien que dans les cas de prostatite chronique la sécrétion des testicules et des vésicules séminales retenue dans la prostate subit une décomposition acide, ou bien, ce qui est plus probable, qu'il s'établit sous l'influence irritante de la sécrétion testiculaire et vésiculaire une exagération de l'action de la prostate, qui neutralise l'influence alcaline de la sécrétion des testicules et des vésicules.

Pour conclure, je dirai que la réaction de la sécrétion de la prostate dans les cas de prostatite chronique est généralement acide; que la teneur en pus de cette sécrétion n'exerce pas une influence bien nette sur son acidité; que la réaction de la sécrétion prostatique n'a pas d'action sur la vitalité des spermatozoïdes et, enfin, que la rétention de la sécrétion testiculaire semble exagérer l'action sécrétoire de la prostate.

Dr Villaret.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Troubles trophiques et troubles de la sensibilité chez les hémiplégiques, par M. P. Chatin.

L'existence de centres et de nerfs trophiques étant encore hypothétique, certains auteurs estiment que les fonctions de nutrition des cellules et des tissus dépendent des actions motrices et des propriétés sensitives du système nerveux central. Aussi M. Chatin s'est-il demandé si, au lieu de rechercher quelle est, dans les cas de troubles trophiques d'origine cérébrale, la localisation constante des lésions, il ne serait pas plus rationnel de s'attacher à l'étude clinique des rapports qui existent entre ces dystrophies et les troubles moteurs et sensitifs qui les accompagnent fréquemment.

Il s'est livré à cette étude chez 19 femmes hémiplégiques dont 11 présentaient des troubles trophiques ou vasomoteurs, tandis que 8 en étaient indemnes.

Parmi les malades du premier groupe, 10 offraient des altérations manifestes de la sensibilité et une seule n'en présentait pas au moment où elle fut examinée: mais cette femme, atteinte de double hémiathétose, avait eu auparavant de la diminution de la sensibilité du côté gauche et se plaignait de crises douloureuses intenses dans le côté droit.

Par contre, chez les 8 hémiplégiques indemnes de troubles trophiques, la sensibilité était intacte.

Les troubles trophiques observés dans le premier groupe ont été surtout des amyotrophies, pour la plupart légères, parmi lesquelles la déformation deltoïdienne fut constatée 7 fois sur 11. En outre, l'auteur a trouvé chez toutes les malades de cette catégorie, abstraction faite des cas d'œdème et de troubles vasomoteurs, de l'amaigrissement du bras et de l'avant-bras et très souvent (8 fois sur 11) de l'atrophie des éminences thénar et hypothénar et des muscles interosseux. Les amyotrophies, les contractures et les altérations de la sensibilité prédominaient toujours aux membres supérieurs, tandis qu'aux membres inférieurs on ne constatait qu'un peu d'amaigrissement. Les troubles articulaires étaient particulièrement fréquents au niveau de l'épaule. La peau offrait souvent un amincissement particulier (*glossy skin*), et dans 6 cas sur 11 les ongles étaient cannelés et incurvés dans les deux sens, ce qui leur donnait l'aspect d'un bec de perroquet. Enfin, comme troubles vasomoteurs, M. Chatin a noté le refroidissement des membres avec teinte violacée de la peau, ainsi que des œdèmes unilatéraux, durs ou gélatineux, affectant surtout le dos de la main (*main succulente*).

En ce qui concerne maintenant les troubles sensitifs, ils consistaient essentiellement en hypoesthésie au tact et à la piqûre avec erreurs de localisation parfois énormes et affaiblissement du sens musculaire. Il existait aussi très souvent un retard prolongé dans la perception du chaud, alors que le froid était senti assez rapidement. L'auteur considère ce phénomène comme une anomalie spéciale de la sensibilité, qu'on pourrait appeler *dissociation cérébrale* par opposition avec la dissociation syringomyélique ou médullaire; cette dissociation cérébrale, comme M. Chatin a pu s'en assurer, est indépendante des troubles circulatoires de la peau, tels que œdèmes et cyanose. Toutes ces altérations de la sensibilité, de même que les troubles trophiques, affectaient le plus souvent les membres supérieurs et atteignaient leur maximum à la main; ils allaient en s'atténuant à l'avant-bras, au bras, au tronc, au cou et à la face.

Les troubles trophiques et vasomoteurs sont donc très fréquents chez les hémiplégiques atteints de modifications persistantes de la sensibilité, tandis que ces dystrophies semblent faire défaut ou sont en tout cas moins constantes dans les cas d'hémiplégie sans troubles sensitifs. L'auteur conclut de ces faits que les troubles trophiques reconnaissent en général pour cause une rupture de l'équilibre réflexe sensitivo-moteur. (*Rev. de méd.*, octobre 1900.)

Luxation traumatique de la face, par M. Paul Delbet.

Les cas de déplacement en totalité du massif osseux de la face sont exceptionnels puisque, dans la littérature médicale, M. Delbet n'a pu en trouver qu'un seul, publié en 1873 par Wilborn. Aussi le fait qu'il vient d'observer mérite-t-il d'être relaté avec quelques détails.

Il s'agit d'un charpentier de vingt-cinq ans qui tomba du haut d'un échafaudage. Dans cette chute, la face, qui regardait en avant et en bas, rencontra un croisillon dont l'angle vint exactement s'enclaver dans la dépression naso-frontale; au même instant, une poutre que cet homme portait au moment de l'accident lui tomba sur l'occiput. Aussitôt le blessé perdit connaissance; quand il revint à lui, il ne pouvait parler. Il fut alors transporté à l'hôpital Necker, dans le service de M. Le Dentu.

Le lendemain, on ne constate qu'une tuméfaction énorme occupant les deux joues, la racine du nez et les paupières, avec une tache ecchymotique au niveau de la racine du nez et une ecchymose sous-conjonctivale étendue à gauche. Malgré l'existence d'un écoulement séro-sanguinolent presque incessant par les narines, comme le malade est calme, parle facilement, n'est nullement atteint dans son intelligence, comme il n'existe, en un mot, aucun symptôme cérébral, on porte le diagnostic de simple contusion de la face avec fracture probable des os propres du nez. Le jour suivant, l'état étant assez satisfaisant, on essaie d'alimenter le blessé; mais celui-ci ne peut pas mastiquer, tout mouvement du maxillaire étant douloureux, si bien qu'il se nourrit exclusivement avec des œufs et du lait.

L'amélioration s'accentue bientôt; mais l'impossibilité de la mastication persistant, on pratique dix jours plus tard un examen approfondi qui donne les résultats suivants :

On est frappé tout d'abord des dimensions exagérées de la face par rapport au crâne; le nez est allongé, les sourcils sont obliques en bas et en dedans, l'angle interne de l'œil est fortement abaissé. D'autre part, quand le malade ouvre la bouche au maximum, l'écart entre les deux arcades dentaires n'excède pas 3 ou 4 millimètres, et il est facile de s'assurer que le maxillaire inférieur ne peut être abaissé davantage; par contre, on peut aisément refouler en haut l'arcade dentaire supérieure, et par ce refoulement faire remonter toute la face à la rencontre du front. Enfin, la palpation permet de constater un intervalle de 4 centimètres environ entre l'échancrure nasale du frontal et la partie supérieure des os propres du nez, et par un doigt introduit dans la bouche on reconnaît les apophyses ptérygoïdes mobiles avec le maxillaire supérieur. En somme, il existe un vaste massif osseux luxé en totalité vers le bas, et comprenant, outre le maxillaire supérieur, les deux os malaires, les os propres du nez, les palatins, les apophyses ptérygoïdes, le vomer et une partie de l'ethmoïde. Assurément, un pareil déplacement n'a pu s'effectuer qu'avec l'aide de fractures qui, d'après M. Delbet, ont dû porter sur la lame verticale de l'ethmoïde, et probablement aussi sur sa lame criblée, sur la base des apophyses ptérygoïdes et sans doute sur l'arc zygomatique.

Les parties luxées ayant été réduites, on appliqua, comme appareil de contention, un bonnet plâtré muni de deux tiges métalliques coudées qui, de chaque côté, venaient prendre point d'appui sur les dents du maxillaire supérieur. Cet appareil ne put être toléré, mais la rétraction des tissus intermédiaires aux fragments amena cependant une guérison parfaite.

Il est certain que cette luxation extraordinaire a été réalisée dans le cas présent par le mécanisme suivant : le choc occipital a chassé le crâne en avant, tandis que la face était calée

sur le madrier enclavé dans l'angle naso-frontal. La singularité de ces circonstances rend bien compte de la rareté d'une telle lésion. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, juillet-août 1900.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Untersuchungen über die Möller-Barlow'sche Krankheit. In-8°, 159 p. Iéna, 1900. — **Recherches sur la maladie de Möller-Barlow,** par MM. J. SCHÄDEL et C. NAUWERCK.

Grâce aux recherches de ces dernières années, le tableau clinique de la maladie de Möller-Barlow (*scorbut infantile* ou *rachitisme hémorrhagique*) est actuellement bien connu. Mais il n'en est pas de même de la nature de cette maladie, sur laquelle il existe encore des divergences d'opinion considérables, ainsi qu'on peut s'en convaincre à la lecture de la revue générale de cette question publiée dans ce journal même l'an passé (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 57). Cette affection, en effet, a été tour à tour envisagée comme un rhumatisme aigu, une périostite avec ostéomyélite, une néphrite, une manifestation de l'hémophilie ou de l'hérédo-syphilis, un ostéosarcome; à l'heure actuelle, deux hypothèses seulement restent en présence, les uns voulant voir dans la maladie dont il s'agit une forme du scorbut, les autres la croyant de nature rachitique.

Assurément, des lésions rachitiques ont été maintes fois constatées chez les enfants atteints de la maladie de Möller-Barlow. Mais s'il était démontré que ces lésions n'existent pas dans la *totalité* des cas, ainsi que l'ont soutenu certains auteurs, on devrait évidemment considérer ces troubles comme surajoutés ou concomitants, sans qu'il fût possible d'y voir l'essence même de l'affection. Or, l'expérience clinique semble démontrer que les lésions rachitiques sont constantes, bien que plus ou moins prononcées suivant les cas. Hirschsprung rapporte à cet égard un fait caractéristique : un de ses petits malades, cité dans les statistiques de Barlow comme non rachitique et qu'il avait lui-même considéré primitivement comme exempt de rachitisme, présenta ultérieurement des signes non équivoques de cette affection. MM. Schädel et Nauwerck estiment qu'il en est de même dans tous les cas, et qu'un examen suffisamment attentif et prolongé permet toujours de déceler des signes non équivoques de rachitisme chez les enfants atteints de la maladie de Möller-Barlow. Leur opinion est basée sur ce fait que, dans les cas dont ils ont eu l'occasion de faire l'autopsie, ils ont pu, en s'astreignant à examiner minutieusement tous les os, constater l'existence de lésions rachitiques classiques.

Mais le rachitisme ne constitue pas à lui seul toute la maladie en question. Deux autres facteurs concourent à la produire : des troubles de l'ossification et une diathèse hémorrhagique. Les troubles ostéogéniques se traduisent par un retard ou un arrêt de l'ossification, atteignant les cartilages de conjugaison. Les mêmes altérations s'observent au niveau des points osseux épiphysaires, où l'on note de plus la destruction par résorption de trabécules osseuses déjà formées.

Les hématomes sous-périostés et intra-médullaires, témoins habituels de la diathèse hémorrhagique, ont été mis par MM. Brun et Renault sur le compte de fractures. MM. Schädel et Nauwerck ont pu à plusieurs reprises s'assurer de l'intégrité de l'os au voisinage de pareils hématomes, notamment dans un cas où la diaphyse humérale était le siège d'un vaste épanchement. Cependant la théorie de MM. Brun et Renault est certainement exacte dans nombre de faits. Il convient d'ailleurs de noter que quand la fracture s'effectue à la limite de la diaphyse et de l'épiphyse, il ne s'agit pas à proprement parler d'arrachements épiphysaires, car le trait de fracture passe toujours par l'extrémité de la diaphyse, le cartilage de conjugaison demeurant intact. Si le périoste résiste, ce qui est la règle, on conçoit aisément que l'épanchement sanguin dû à la fracture s'accumule entre l'os et le périoste, et donne ainsi naissance à l'hématome sous-périosté de Brun et Renault.

La maladie de Möller-Barlow aboutit à la terminaison fatale dans 11.7 % des cas. Mais la mort survient à des époques très différentes de l'affection. Rarement les enfants succombent à la cachexie ou à l'anémie. Le plus souvent, ils sont emportés par des complications intercurrentes (entérite, bronchopneumonie, tuberculose), d'autant plus graves qu'elles évoluent sur un terrain débilité.

En résumé, les auteurs considèrent la maladie de Möller-Barlow comme un épisode survenant au cours du rachitisme, épisode caractérisé par un arrêt de l'ossification et une tendance particulière aux hémorrhagies. — F. M.

Sur un cas d'adénie avec albumosurie (à corps de Bence Jones), par M. S. ASKANAZY.

Au cours d'un travail sur la signification diagnostique de l'élimination par l'urine du corps de Bence Jones, l'auteur relate une observation de leucémie lymphatique (adénie), avec autopsie. Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années qui, un an avant sa mort, fut pris d'une asthénie progressivement croissante. Six mois plus tard, les ganglions cervicaux se tuméfièrent, puis le malade contracta une pneumonie fibrineuse qui fut suivie d'œdème des jambes. Un médecin consulté à cet époque diagnostiqua une « néphrite » et une tumeur de l'abdomen.

Peu après, le malade se fit admettre à la clinique médicale de Königsberg, où l'auteur eut l'occasion de l'observer. Il présentait alors un œdème très prononcé des jambes et de l'abdomen, de la cyanose, des tuméfactions ganglionnaires au cou, dans les creux axillaires et au thorax, une tumeur de nature également ganglionnaire, grosse comme une tête d'enfant, dans la cavité abdominale, et plusieurs petites tumeurs du même genre au niveau du cul-de-sac de Douglas. L'auscultation révélait un souffle systolique à la pointe; le cœur n'était pas dilaté. Il n'y avait pas de fièvre, pas de lésions osseuses. Quant au sang, il offrait les altérations caractéristiques de la lymphémie. Enfin, les urines contenaient environ 1 ‰ d'albumose (corps de Bence Jones), sans traces d'albumine ni de sucre. Après cinq semaines de séjour à l'hôpital, le malade succomba brusquement à un œdème pulmonaire.

A l'autopsie, outre les tumeurs ganglionnaires constatées pendant la vie, on trouva une hyperplasie lymphoïde de la moelle osseuse, une légère augmentation de volume de la rate et de l'hypertrophie des follicules lymphoïdes de la langue. La moelle osseuse contenait de l'albumose, mais on ne put déceler cette substance dans les tumeurs des glandes lymphatiques.

On admettait jusqu'ici que la présence du corps de Bence Jones dans les urines était un signe pathognomonique de myélomatose (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 83); l'observation qui vient d'être résumée montre que l'excrétion de cette substance peut être liée également à des altérations lymphoïdes diffuses de la moelle osseuse, telles qu'on les rencontre dans la lymphémie. L'albumosurie paraît donc dépendre des lésions de la moelle osseuse en général, et non pas exclusivement des myélomes multiples. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 1-2.)

De la contagiosité de l'érysipèle, par M. W. RESPINGER.

Il est d'usage, tant dans la pratique particulière que dans les hôpitaux, d'isoler autant que possible les cas d'érysipèle, la contagiosité directe de cette affection, au moment de la desquamation, paraissant établie par les recherches de M. von Eiselsberg. Néanmoins, les conclusions de ce chirurgien sont en contradiction avec celles auxquelles est arrivé M. Achalme, qui n'a jamais pu déceler le streptocoque dans les squames des érysipélateux; aussi l'auteur, sur le conseil de M. Hägler (de Bâle), a-t-il repris l'étude de cette question sur un certain nombre de malades observés à la policlinique ou dans le service de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Bâle. Ces recherches portèrent tant sur les squames épidermiques de l'érysipèle ordinaire que sur le contenu des vésicules de l'érysipèle bulleux. Or, dans aucun des 14 cas examinés, les pellicules desquamées ne renfermaient de streptocoques, à l'exception de celles qui furent recueillies dans le voisinage immédiat du point d'inoculation de l'érysipèle. Cette dernière constatation permet, d'après M. Respinger, d'expliquer les résultats opposés obtenus par M. von Eiselsberg.

Dans deux cas où l'examen de la sueur fut pratiqué, on ne put y déceler de streptocoques, contrairement à ce que M. Hägler a observé chez plusieurs sujets atteints de pyémie streptococcique.

Quant au contenu des vésicules dans l'érysipèle bulleux, examiné 25 fois, il ne permit de constater la présence du streptocoque que dans un seul cas, d'ailleurs mortel, où l'infection érysipélateuse présentait les caractères d'une pyémie; chez tous les autres malades, le liquide des bulles ne contenait que le staphylocoque blanc et des microbes indifférents.

L'auteur conclut de ces faits que l'érysipèle ne peut être rangé parmi les affections contagieuses, et qu'il n'existe aucune raison d'isoler les érysipélateux plutôt que les sujets atteints de lymphangite, de phlegmon ou de pyémie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 2.) — F. DE Q.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Abouchement des trompes avec le vagin dans les annexites inflammatoires.

Les principes de la chirurgie conservatrice sont difficiles à appliquer lorsqu'il s'agit de lésions inflammatoires des annexes. En effet, dans les cas de ce genre, si on se contente de faire l'ablation des produits et des tissus morbides, puis de lier les trompes et de les laisser *in situ*, ces conduits redeviennent souvent perméables au bout d'un certain temps, malgré la ligature, de sorte que les agents infectieux peuvent de nouveau pénétrer de l'utérus dans la cavité pelvienne et y provoquer des accidents de pelvipéritonite. Aussi, nombre de gynécologistes pratiquent-ils systématiquement l'hystérectomie en pareille occurrence, afin d'écarter tout danger de récidive.

Or, M. le docteur M. Mironov, privatdocent d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Kharkov, a imaginé, pour ces cas, un moyen permettant d'épargner l'utérus : c'est l'abouchement des trompes dans la cavité vaginale. Voici comment notre confrère exécute cette opération, qu'il a eu jusqu'ici l'occasion de pratiquer 4 fois avec plein succès :

La patiente étant endormie, on procède d'abord au curettage de l'utérus, qu'on fait suivre de l'injection d'un mélange par parties égales de teinture d'iode et d'acide phénique pur dans la cavité de la matrice. On incise ensuite le cul-de-sac antérieur sur une longueur de 5 à 6 centimètres, on écarte la vessie, on sectionne le péritoine qui ferme l'espace utéro-vésical et on le suture à la paroi antérieure du vagin pour mettre la vessie à l'abri de toute blessure au cours de l'opération. On saisit alors l'angle de l'utérus avec une pince à griffes, on l'attire dans la plaie vaginale, on applique une ligature sur la trompe et on libère les annexes des adhérences qui peuvent exister. Dans le cas où l'ovaire est atteint, on l'enlève avec la trompe et on fixe dans la plaie vaginale le pédicule qui résulte de cette extirpation. Si, au contraire, l'ovaire est trouvé sain, il y a intérêt à le conserver; on le sépare seulement de la trompe en sectionnant le ligament large entre ces deux organes et on applique ensuite des sutures sur toute la ligne de section; enfin, on résèque la trompe en dehors de la ligature et on en attire le moignon utérin dans la plaie vaginale où on le fixe.

Bien entendu, on procède de même à l'égard des annexes de l'autre côté.

Parfois, lorsqu'on a affaire à des tumeurs volumineuses ou à des adhérences difficiles à rompre, il est nécessaire d'ouvrir le cul-de-sac de Douglas pour manœuvrer plus facilement.

L'opération terminée, on ferme le cul-de-sac antérieur en laissant subsister à son centre un petit orifice par lequel on établit un drainage au moyen d'une mèche de tarlatane qu'on maintient deux ou trois jours en place; on tamponne pendant sept à huit jours le cul-de-sac de Douglas lorsqu'on a dû l'inciser.

Ce procédé permet d'éviter sûrement la suppuration au niveau de la ligature de la trompe ou du moignon résultant de l'excision des annexes; il met également à l'abri de toute nouvelle infection de la cavité péritonéale par l'intermédiaire des trompes.

ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

Les pleurésies ozéneuses : pleurésies fétides, putrides, gangreneuses.

Ce travail est consacré à toutes les pleurésies *qui sentent mauvais*, pleurésies à liquide puant, nauséabond. Je propose de les réunir sous la dénomination générale de *pleurésies ozéneuses* (de ὀζειν, sentir mauvais). Un des symptômes dominants de ces pleurésies, celui qui attire tout d'abord l'attention, c'est la puanteur du liquide pleural, que ce liquide soit évacué par ponction, par incision, ou qu'il soit rejeté par vomique. Quelques gouttes retirées par ponction exploratrice suffisent souvent à répandre une odeur infecte.

Cette étude a été entreprise à différentes époques : par M. Leriche qui, dans sa thèse sur les pleurésies gangreneuses et fétides, a rapporté les deux premiers cas de pleurésies nauséabondes sans gangrène; par M. Bouveret dans son « Traité de l'empyème »; par M. Sépet dans un article publié en 1896; par M. Giraudeau, au sujet d'une gangrène de la main au cours d'une pleurésie putride. Des communications ont été faites sur le même sujet à la Société médicale des hôpitaux de Paris et j'ai, de mon côté, observé à l'Hôtel-Dieu plusieurs cas instructifs. Aussi sommes-nous bien outillés pour mettre au point cette grande question des *pleurésies ozéneuses* que je vais diviser en trois groupes : 1° pleurésie fétide; 2° pleurésie putride; 3° pleurésie gangreneuse.

I

Pleurésies fétides. — Il faut réserver le nom de pleurésie fétide à la pleurésie dont le liquide est puant, sans que cette puanteur soit due à un processus de putréfaction ou de gangrène. La dénomination de fétide implique que la pleurésie n'est ni putride ni gangreneuse. Elle n'est pas putride, car elle n'a aucun caractère de putréfaction, elle ne dégage pas de gaz dans la cavité pleurale (aussi le malade n'a-t-il pas de pneumothorax), l'inoculation du liquide à un animal ne produit pas de phlegmon gazeux et quelques gouttes de liquide mis en culture ne déterminent ni fermentation ni bulles de gaz dans le tube à expériences. Cette pleurésie n'est pas gangreneuse, car on ne trouve ni lambeaux sphacélés dans le liquide, ni trace de gangrène sur les parois.

Ceci prouve que la puanteur d'un liquide pleural n'est pas, il s'en faut, un indice de putréfaction ou de gangrène, de même que la puanteur de l'haleine et de l'expectoration n'est pas toujours l'indice d'une gangrène du poumon. Cette importante distinction n'avait pas échappé à nos illustres devanciers, Laënnec et Trousseau.

Les observations de pleurésies séro-purulentes ou purulentes simplement fétides, sans putréfaction et sans gangrène, sont si fréquentes qu'il serait banal de les publier. Il me suffira d'en citer quelques cas. Le malade qui a fait le principal objet de mes leçons sur la pleurésie interlobaire avait une pleurésie fétide qui n'était ni putride ni gangreneuse; l'expectoration était fétide, l'haleine était fétide, le pus retiré par l'opération de l'empyème était fétide; mais si grande que fût la fétidité, il n'y avait aucune fermentation avec dégagement de gaz, et l'opération démontra l'absence de lésions gangreneuses. J'ai également rapporté l'histoire d'une fillette atteinte de pleurésie interlobaire gauche que je voyais avec MM. Potain, J. Simon et Carron de la Carrière. Cette enfant fut prise de vomique, ses crachats et son haleine étaient fétides, l'opération de l'empyème avec résection costale faite par M. Tuffier donna issue à un pus extrêmement fétide; mais, malgré la puanteur du liquide, cette pleurésie n'était ni putride, ni gangreneuse; elle ne donna lieu à aucune fermentation, à aucun dégagement de gaz, et à l'opération on ne trouva nul lambeau sphacélé. Dans les deux cas de pleurésie purulente médiastine que j'ai rapportés dans une leçon sur la pleurésie médiastine, la vomique était fétide.

Les pleurésies purulentes de la grande cavité pleurale, elles aussi, sont parfois fétides. Néanmoins, il me semble que les pleurésies enkystées sont plus souvent fétides que putrides ou gangreneuses, tandis que la putridité et la gangrène sont surtout l'apanage des pleurésies de la grande cavité pleurale.

Le liquide des pleurésies fétides est séro-purulent ou purulent, généralement mal lié. On peut y trouver les microbes aérobies ou anaérobies les plus variés, pneumocoque, streptocoque, colibacille, etc. Au milieu de cette flore se trouvent des microbes incapables de déterminer la putréfaction et la gangrène, mais capables de dégager une odeur infecte (odeur d'*assa fœtida*), comme d'autres microbes (chromogènes) produisent des substances colorantes.

Ces pleurésies fétides sont les moins graves du groupe des pleurésies ozéneuses; elles ne provoquent pas, comme les pleurésies putrides et gangreneuses, des symptômes rapidement graves (état adynamique, tendance au collapsus et à la syncope), mais elles doivent être dépistées le plus vite possible par ponction exploratrice et opérées sans retard (thoracotomie et résection costale, s'il y a lieu).

La différenciation des pleurésies fétides d'avec les pleurésies putrides et gangreneuses ne s'impose pas toujours du premier coup, le degré de puanteur ne suffisant pas pour faire ce diagnostic; les expériences de laboratoire et la démonstration fournie par l'opération sont quelquefois nécessaires pour le confirmer.

II

Pleurésies putrides. — Ce qui distingue les pleurésies putrides des pleurésies simplement fétides, c'est qu'elles portent en elles tous les caractères de la putréfaction : formation de gaz dans la plèvre (pneumothorax) et dans les tubes à expérience, formation de phlegmons gazeux sur le trajet d'une ponction exploratrice dans les parois du thorax, apparition d'œdème phlegmoneux gazeux dans les tissus d'un animal inoculé, prostration rapide du malade, extrême gravité du mal, accélération et petitesse du pouls, tendance au collapsus et à la syncope. Avant d'entamer la description de cette pleurésie putride, je tiens à présenter quelques cas qui donneront une idée exacte de son évolution.

Le 24 octobre 1899 entrait dans mon service une femme de trente-deux ans dans un état alarmant. La première impression était des plus mauvaises : teint blême, forte fièvre, dyspnée violente, abattement profond, collapsus imminent, amaigrissement considérable, tout dénotait, dès le premier abord, une situation extrêmement grave. En s'approchant de la malade, on était frappé de la puanteur de l'haleine; la toux était fréquente et le crachoir contenait une expectoration diffluente, sanieuse, grisâtre, d'une grande fétidité. Ce n'était ni le liquide purulent des vomiques, ni l'expectoration de la bronchectasie. Cet état quasi-adynamique, associé à la fétidité de l'haleine et des crachats, donnait l'idée de la gangrène pulmonaire. Nous allons voir qu'il n'en était rien.

Nous examinons la malade ; rien à gauche de la poitrine; nous constatons à droite un épanchement de 500 à 600 grammes et des râles humides au-dessus de la zone pleurale. Il y avait donc là un épanchement pleurétique et une lésion pulmonaire.

Le début de la maladie avait été des plus nets. Le 16 septembre était survenu, brusquement, au côté droit de la poitrine, une très vive douleur avec frissons; c'était l'entrée en scène du mal. A cette époque, cette femme était chez elle, convalescente d'une grande opération faite le 19 août à l'hôpital pour double salpingite et fibrome utérin; utérus et ovaires avaient été enlevés. Le jour de cette opération, la patiente fut prise d'une hémorrhagie si abondante qu'un élève de garde n'eut que le temps de pratiquer d'urgence le tamponnement vaginal. La perte de sang provoqua une syncope et, pendant quelques jours, la malade, très affaiblie, put à peine se rendre compte de ce qui se passait autour d'elle. Les forces revinrent lentement, et, le 10 septembre, la plaie abdominale étant cicatrisée, cette femme quitta l'hôpital et rentra chez elle.

C'est le 16 septembre, six jours après la sortie de l'hôpital et quatre semaines après l'opération, qu'éclata brusquement l'épisode thoracique dont je viens de parler : frissons, fièvre et vive douleur au côté droit. La toux devint fort pénible, chaque saccade de toux ravivant les douleurs, et quelques jours plus tard apparurent des crachats diffluents et *fétides*. M. Apert, qui vit la malade chez elle, constata un épanchement de la plèvre droite et retira un demi-litre de liquide sale et sans odeur. L'évacuation du liquide ne modifia guère la situation; la fièvre et la dyspnée persistèrent, l'expectoration continua avec sa fétidité et la malade entra à l'Hôtel-Dieu. J'ai dit quel était son état à ce moment. Une ponction à la seringue de Pravaz ramena du liquide sanieux, grisâtre, et d'une telle fétidité qu'à ne tenir compte que de cette puanteur on aurait pu songer à la gangrène.

Malgré ces constatations, le diagnostic n'était pas fort aisé; nous savions que cette femme était atteinte, d'une part, d'une lésion pulmonaire avec expectoration fétide, et, d'autre part, d'épanchement pleural également fétide; nous savions que la lésion pulmonaire avait été la première en date, puisque la fétidité des crachats avait devancé la fétidité de l'épanchement, mais restait à savoir quelle était la nature des lésions et quelle était leur origine.

Il y avait donc un double diagnostic à faire : diagnostic anatomo-pathologique et diagnostic pathogénique. Le diagnostic anatomo-pathologique consistait à savoir si les lésions étaient ou non gangreneuses; y avait-il gangrène du poumon et de la plèvre, ou bien, sous l'apparence de la gangrène, n'avions-nous pas affaire à une infection putride sans mortification des tissus, ce qui est différent comme pronostic? Et en tout cas, quelle était la porte d'entrée de cette infection? Avait-elle une origine embolique ou une origine aérienne? Les germes avaient-ils été véhiculés par le sang ou par l'air? Chacune de ces questions ayant une importance de premier ordre, il fallait essayer d'y répondre.

N'oublions pas que la malade avait subi une grande opération abdominale quatre semaines avant l'apparition des accidents pulmonaires et pleuraux; il était donc permis de penser à la possibilité d'une infection embolique d'origine abdominale. A cette hypothèse, on pouvait objecter, il est vrai, que l'épisode pulmonaire et pleural était survenu quatre semaines après l'intervention et que, du reste, les suites de celle-ci avaient été assez heureuses pour permettre d'éloigner toute idée d'infection d'origine abdominale. Ces objections ont leur valeur, mais elles ne sont pas suffisantes, car je pourrais citer des exemples d'infection embolique à distance, survenues des semaines après l'extinction d'un foyer originel infectant; témoin l'appendicite, témoin l'otite. En effet, l'histoire de l'*appendicite* nous apprend que des infections à distance, infections du foie, du poumon, de la plèvre, peuvent survenir alors que le foyer appendiculaire est éteint, la migration des agents pathogènes s'étant faite en silence pendant la phase active du processus en cavité close. J'ai longuement étudié cette question dans mes leçons sur l'appendicite, et j'ai dit combien est flagrante la disproportion entre ce tout petit foyer appendiculaire parfois peu bruyant, et ces énormes lésions, trop souvent mortelles, du foie, du poumon et de la plèvre. L'histoire de l'*otite* nous apprend également que des infections à distance, abcès du cerveau et du cervelet, gangrène du poumon, peuvent survenir alors que

le foyer otique paraît éteint. Dans une communication récente à l'Académie de médecine de Paris, j'ai étudié ces abcès à distance du cervelet consécutifs à des otites mal éteintes.

Dans le même ordre d'idées, ce qui se passe parfois après l'accouchement donne singulièrement à réfléchir. L'accouchement s'est fait dans les meilleures conditions, tout s'est passé à souhait, l'asepsie la plus rigoureuse a été observée, on n'a constaté aucune infection apparente, et cependant des embolies microbiennes peuvent former dans le poumon des infarctus septiques avec ou sans pleurésie purulente. J'insiste donc sur ce fait qu'un foyer infectant mal éteint, appendiculaire, otique, utérin, ou autre, peut être l'origine d'infections redoutables.

On pouvait donc se demander si les lésions pulmonaire et pleurale de notre malade, opérée quatre semaines plus tôt, n'avaient pas pour origine un foyer abdominal. On va voir qu'il n'en était pas ainsi.

Au cours de notre interrogatoire, cette femme avait parlé d'écoulement vaginal fétide qui durait depuis un mois, malgré des injections journalières. On pratique le toucher et on sent au fond du vagin comme un gros bourgeon enclavé dans un infundibulum. L'examen au spéculum fait voir une masse grisâtre enchatonnée par la muqueuse œdématiée. Toutes ces parties baignent dans un liquide sanieux d'une horrible fétidité. Après irrigations multiples, on saisit avec des pinces la masse enclavée au fond du vagin et, après quelques tractions, on l'attire au dehors. Quel ne fut pas l'étonnement de voir un paquet de gaze tout entier, qui n'était ni sectionné ni déroulé et qui était resté enfoui dans le vagin, oublié par mégarde, depuis le tamponnement nécessité par l'hémorrhagie postopératoire !

Au moment de l'extraction de cet énorme corps étranger qui séjournait là depuis longtemps, une odeur infecte se répand et une cinquantaine de grammes de liquide fétide s'écoulent. Après injections vaginales abondantes, on aperçoit sur la muqueuse du fond du vagin des ulcérations peu profondes à fond sanieux, à bords rouges et non décollés. Ces ulcérations saignent facilement quand on écarte les valves du spéculum pour déplisser l'arrière-fond du vagin.

Cette fois, nous tenions le corps du délit et nous pouvions entrevoir l'enchaînement des accidents. Le fond du vagin avait été transformé en cavité close par le tampon oublié. Dans ce terrain de culture favorable à la virulence microbienne, des ulcérations s'étaient produites; les microbes, sous forme d'embolies septiques, avaient pénétré dans le système sanguin et déterminé un foyer pulmonaire et un foyer pleural.

L'ablation du tampon fut suivie d'un abaissement de la température, ce qui est naturel, puisque nous venions de faire disparaître le foyer où s'élaborait la toxi-infection; mais l'état de la malade resta tout aussi mauvais et la fièvre reparut, ce qui s'explique, car les lésions pleuro-pulmonaires continuaient leur évolution.

Ces lésions étaient-elles putrides sans être gangreneuses; avions-nous l'heureuse chance que la mortification des tissus ne fût pas associée à la putréfaction? Cette question devait être élucidée, mais pour le moment l'indication urgente était de supprimer le foyer pleural et de voir ce qu'on pourrait faire pour le foyer pulmonaire.

Je priai mon ancien interne, M. Marion, alors chef de clinique de M. Duplay, de se charger de l'opération. Un demi-litre de liquide extrêmement fétide jaillit par l'incision; ce liquide ne contenait aucun lambeau de sphacèle.

L'absence de tissus sphacélés avait une importance considérable : ce fait négatif permettait d'éloigner l'hypothèse de gangrène pleurale, comme l'absence de fibres élastiques et d'éléments sphacélés dans les crachats permettait d'éloigner l'hypothèse de gangrène pulmonaire.

Après l'opération, la fièvre tombe et l'état général s'améliore rapidement. L'expectoration fétide diminue et cesse en dix jours. Trois semaines plus tard la malade était complètement guérie.

Revenons maintenant sur quelques particularités de cette observation. Les recherches bactériologiques faites par un de mes chefs de clinique, M. Apert, ont porté sur le liquide fétide du vagin, sur les crachats fétides et sur le liquide fétide de la plèvre. Dans ces trois foyers existent *les mêmes microbes*, aérobies et anaérobies, ces derniers ayant une importance prépondérante.

Les cultures aérobies faites avec le pus du vagin et de la plèvre ont été très maigres. On y voit seulement une douzaine de très petites colonies formées par un streptocoque à grains irréguliers prenant le Gram. Les cultures faites avec les crachats ont donné le même streptocoque, quelques colonies de staphylocoque doré et une grosse levure blanche.

Des cultures anaérobies ont été faites avec des échantillons des trois liquides du vagin, de la plèvre et des crachats : 1° sur bouillon en tubes-pipettes de Pasteur; 2° sur gélose en tubes de Liborius-Veillon.

Le bouillon s'est rapidement troublé; il s'y est développé une odeur fétide et il s'y est formé des *bulles gazeuses* qui remontent à la surface quand on secoue le tube. A l'examen microscopique on n'y voit pas de streptocoque, mais un grand nombre de formes bacillaires et de fins cocci.

Les tubes de Liborius ont été ensemencés par dilutions successives (une goutte de liquide mise dans un premier tube, une goutte de cette dilution portée dans un second tube, et ainsi de suite). Dans les premières dilutions, les colonies sont trop serrées pour pouvoir être isolées; il s'y forme, dès le troisième ou quatrième jour, des *gaz qui brisent la gélose*, phénomène de fermentation dû aux microbes anaérobies cultivés dans les tubes.

Dans les dilutions plus étendues, il est facile d'étudier deux espèces qui existaient dans les tubes ensemencés avec le pus vaginal, avec le pus pleural et avec les crachats. L'une de ces espèces se présente sous forme de colonies lenticulaires, blanches, opaques, dues à un gros coccus un peu allongé (cocco-bacille), isolé ou disposé en diplocoques et en amas et prenant le Gram. L'autre espèce se présente sous forme de colonies mûriformes, jaunâtres, dues à de fins cocci en amas.

Des expériences ont été faites sur des animaux. Deux cobayes ont reçu sous la peau, l'un un demi-centimètre cube de pus vaginal, l'autre un demi-centimètre cube de pus pleural, sans résultat. Un lapin a reçu dans les veines un demi-centimètre cube de pus pleural, sans autre résultat qu'une indisposition sérieuse qui a cédé après deux jours.

Les recherches bactériologiques dont je viens de parler permettent de reconstituer la nature et l'évolution de l'infection de notre malade. La maladie s'est faite en deux étapes. C'est du fond du vagin transformé en cavité close par le tampon qu'est partie la toxi-infection. M. Hallé, dans un important travail, a établi que le vagin, à l'état normal, contient des microbes aérobies sous forme de streptocoques différant du streptocoque pyogène, et des microbes strictement anaérobies (formes bacillaires) qui, inoculés à l'animal en culture pure, sont susceptibles d'amener des abcès et des gangrènes. La toxi-infection aéro-anaérobie a donc pris naissance chez notre femme dans le cloaque vaginal tamponné. Les germes infectieux ont été transportés par voie veineuse au cœur droit; de là, ils ont été lancés dans la circulation pulmonaire et sont passés dans la plèvre, à moins que la plèvre n'ait été infectée séparément. L'infection pulmonaire s'est traduite par les frissons, la fièvre et le point de côté. Un territoire pulmonaire dont la limite ne peut être précisée a été embolisé et transformé en infarctus putride, mais non gangreneux. Le liquide pleural, louche à la première ponction, était putride à la deuxième ponction. Ainsi se sont constituées les étapes vaginale, pulmonaire et pleurale du processus infectieux, le fait clinique ayant ici toute la rigueur d'un fait expérimental.

Dans toute cette série infectieuse, l'infection a été putride, elle n'a pas été gangreneuse. Elle a été putride, la preuve en est dans le dégagement de gaz provoqué en cultures anaérobies. Elle n'a pas été gangreneuse, car on n'a retiré de la plèvre aucun lambeau sphacélé et l'analyse des crachats n'a décelé ni fibres élastiques ni éléments sphacélés. Ici, le processus de putréfaction *n'a pas été associé à la mortification.*

L'histoire de l'appendicite nous fournit une ample moisson de pleurésies *ozéneuses*, les unes putrides, les autres gangreneuses. J'ai longuement étudié cette question de la *pleurésie appendiculaire*, dans une communication à l'Académie de médecine de Paris. Parmi les nombreuses observations que j'ai rassemblées dans ce mémoire, il en est une, celle qui concerne un malade de mon service, qui est un modèle du genre. Cet homme nous arriva moribond avec une vaste pleurésie droite compliquée de pneumothorax; il succomba en quelques heures avant l'opération. L'histoire du malade, racontée par sa famille, et l'autopsie permirent de reconstituer la scène morbide. La plèvre contenait 3 litres 1/2 de pus nauséabond et des gaz. Pleurésie et pneumothorax étaient le résultat d'une infection appendiculaire. Les lésions parties de l'appendicite s'étaient étagées dans la partie droite de l'abdomen et avaient atteint la cavité thoracique droite. Ici l'infection putride n'était pas d'origine embolique comme dans le cas précédent; les lésions s'étaient propagées par continuité.

Je crois utile de citer encore quelques cas de pleurésie putride qui ont été communiqués à la Société médicale des hôpitaux de Paris dans le courant de l'année 1897 :

1° Un homme est pris brusquement de douleur extrêmement vive au côté gauche de la poitrine et de dyspnée si violente qu'on doit le transporter dans une pharmacie. La douleur, momentanément calmée par une injection de morphine, reparaît sans interruption. La dyspnée s'accroît, la toux devient quinteuse, l'état s'aggrave rapidement et le malade entre dans le service de M. Widal. On trouve, à la base gauche de la poitrine, de la matité et du souffle (épanchement); en haut, du tympanisme et du souffle amphorique (pneumothorax). La dyspnée est si intense qu'on pratique aussitôt une ponction qui donne issue à 1 litre de liquide puriforme d'odeur extrêmement fétide.

Cette opération n'est pas suivie d'amélioration. Le lendemain, les signes d'hydropneumothorax sont au complet (succussion hippocratique). Sur la partie gauche du thorax, autour du point où l'aiguille aspiratrice a pénétré, s'est développée une tuméfaction d'un rouge vif, donnant à la main une crépitation gazeuse des plus manifestes : *phlegmon gazeux*, qui a commencé à se développer quelques heures après la ponction. L'opération de l'empyème est décidée, mais le malade succombe, avant l'arrivée du chirurgien, au deuxième jour de sa maladie.

Voici les résultats de l'autopsie : à l'ouverture du thorax s'échappe de la plèvre gauche une assez grande quantité de liquide grisâtre, sanieux, extrêmement fétide, mêlé de gaz. Les plèvres, débarrassées des quelques fausses membranes qui les recouvrent, sont examinées avec la plus scrupuleuse attention. Ces fausses membranes sont uniquement fibrineuses, libres de toute adhérence et se détachent avec la plus grande facilité. En aucun point de la surface de la séreuse *on ne trouve trace de gangrène.* Le poumon gauche rétracté vers le pédicule est également examiné avec le plus grand soin; on n'y trouve en aucun point ni tubercules, ni foyer de broncho-pneumonie, *ni gangrène.*

C'est donc là un cas bien net de pleurésie putride sans gangrène. L'agent pathogène était surtout le *proteus vulgaris*. Un cobaye fut inoculé sous la peau avec 1 c.c. de liquide pleural. Le lendemain, au point d'inoculation, se développe une poche volumineuse, donnant à la palpation une crépitation gazeuse des plus manifestes. Sur la peau qui recouvre cet abcès gazeux se forme bientôt une ulcération d'où s'échappe un liquide sanieux, grisâtre, très fétide, contenant des microbes variés et principalement le *proteus vulgaris*.

2° Un homme de vingt-trois ans ayant eu des frissons et un point de côté à la base du poumon droit entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Courtois Suffit. On constate une pleurésie droite avec épanchement évalué à un litre. En quelques jours, la dyspnée s'accentue, le malade est cyanosé, la thoracentèse s'impose. La ponction donne issue à 900 grammes environ de liquide purulent, peu lié, extrêmement fétide. Le surlendemain de la ponction, au niveau de la piqûre faite par le trocart apparaît une tuméfaction œdémateuse et rougeâtre qui rappelle l'aspect du phlegmon et qui s'étend jusqu'à la base du thorax; le palper y décèle une fine crépitation d'*infiltration gazeuse*. Les jours suivants, la situation s'aggrave, la température dépasse 39°, les sueurs sont abondantes et fétides, le visage est bouffi et terreux, la dyspnée est violente; tout indique une aggravation rapide. On pratique alors l'opération de l'empyème, qui donne issue à une quantité assez considérable de pus fluide, de teinte brunâtre, extrêmement fétide; on pratique ensuite le lavage de la cavité pleurale avec une solution très étendue de permanganate de potasse. Après quelques alternatives, le malade succombe.

Résultats de l'autopsie : à la paroi thoracique est un phlegmon gazeux développé autour du point ponctionné; la cavité pleurale contient un peu de liquide; la plèvre est épaissie, mais *sans trace de gangrène;* le poumon ne présente également aucun point de gangrène.

3° Un homme de quarante-deux ans, bien constitué, est pris de frissons, de toux très pénible et d'un point de côté violent à la partie inférieure gauche du thorax. Il se couche, se soigne fort mal pendant une quinzaine de jours et entre ensuite dans le service de M. Boinet, à Marseille. On constate un épanchement pleural gauche, ainsi qu'un souffle amphorique et un tintement métallique (pyopneumothorax). La situation s'aggrave rapidement. On fait une ponction et on retire du pus sanieux d'une extrême fétidité. Le lendemain, l'opération de l'empyème donne issue à deux litres de pus d'une odeur repoussante et à des gaz infects.

Le malade succombe douze jours après l'opération. A l'autopsie on trouve une pleurésie formée par trois loges pleurales contenant le même liquide putride, mélangé à des gaz. Il n'y avait ni communication avec le poumon, ni lésions tuberculeuses, *ni gangrène pulmonaire ou pleurale*.

4° M. Achard a relaté l'histoire d'un jeune médecin qu'il soignait pour une pleurésie droite. On fait une ponction exploratrice et on retire un liquide séro-purulent et fétide. On pratique alors une ponction évacuatrice, mais la dyspnée reste intense et le liquide se reproduit rapidement. Une deuxième ponction n'a pas plus de succès que la première; chaque fois on a retiré du pus fétide. L'examen du pus sur lamelles décèle quelques chaînettes et des bacilles, l'ensemencement fournit des cultures de staphylocoques, mais il n'a pas été fait de cultures anaérobies. L'état général devient rapidement mauvais, le malade ne s'alimente pas, il maigrit considérablement, il a le teint terreux, la fièvre hectique apparaît. En même temps, un *phlegmon gazeux* de la paroi, avec tuméfaction crépitante, se forme sur le thorax au niveau des ponctions. C'est dans ces conditions tout à fait mauvaises que l'opération de l'empyème est faite par M. Villemin. L'incision donne issue à une grande quantité de pus et de gaz fétides. Le drainage et les lavages de la plèvre tarissent la suppuration, la plaie se cicatrise complètement, et quelques mois plus tard le malade, ayant recouvré son embonpoint et la plénitude de la santé, pouvait reprendre ses occupations. C'est bien là un cas de pleurésie putride *sans gangrène*, « aucun foyer gangreneux n'ayant été décelé cliniquement et l'évolution n'ayant rappelé en rien celle de la gangrène pleuro-pulmonaire ».

5° Chez un petit malade du service de M. Netter, atteint de pyopneumothorax putride, une ponction faite en ville avait donné issue à du pus horriblement fétide et à des gaz. A la suite de la ponction s'était déclaré un *emphysème sous-cutané*. L'opération de l'empyème fut pratiquée par M. Broca et l'enfant était en excellente voie au moment de la communication de M. Netter. Au sujet de ces pleurésies putrides, M. Netter dit qu'il a trouvé, mélangé à d'autres microorganismes, un bacille anaérobie ayant la forme de filaments longs et minces.

Ces nombreuses observations nous permettent de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les pleurésies *putrides*. Ces pleurésies occupent surtout la grande cavité pleurale, à l'inverse des pleurésies fétides qui sont surtout l'apanage des collections enkystées (pleurésies interlobaire, médiastine, diaphragmatique). Le liquide des pleurésies putrides est séro-purulent, trouble, grisâtre, mal lié; placé dans une éprouvette, il se divise en deux couches, l'une inférieure, dense et opaque, l'autre supérieure, plus transparente.

Ces pleurésies putrides ont fréquemment une origine embolique; le foyer originel est des plus variables, foyer vaginal et foyer appendiculaire, comme chez nos malades, otite, ostéomyélite, phlébites, etc. Dans quelques cas, la pleurésie putride est la conséquence de lésions de voisinage (poumon, médiastin). Elle peut être provoquée par des lésions abdominales : suppurations rénales, hépatiques, empyème sous-phrénique, avec ou sans perforation du diaphragme. Dans d'autres cas, la cause et l'origine restent inconnues.

Sous l'influence de ses microbes, surtout anaérobies, la pleurésie putride a pour attribut la formation de gaz (putréfaction). Ainsi s'explique l'apparition d'un pneumothorax *sans que la cavité pleurale soit perforée*. Ce pneumothorax, autrefois appelé essentiel, est tout le contraire du pneumothorax par perforation; en effet, celui-ci est dû à l'introduction de l'air dans la plèvre, tandis que le premier se fait dans la cavité pleurale à l'abri de l'air. Au point de vue clinique, le pneumothorax par putréfaction donne à l'auscultation et à la percussion les mêmes signes que le pneumothorax par perforation : tympanisme, souffle amphorique, respiration métallique, succussion hippocratique.

La formation de gaz peut se poursuivre dans les parois du thorax et provoquer un phlegmon gazeux. Une simple ponction aspiratrice suffit pour semer des germes de putréfaction dans les tissus de la paroi. En quelques heures, un œdème phlegmoneux gazeux en est la conséquence.

L'expérimentation aboutit à des résultats analogues, l'inoculation d'une goutte de liquide pleural dans le tissu cellulaire d'un animal provoquant le même phlegmon gazeux (Widal).

Enfin le développement de gaz peut être obtenu dans les cultures anaérobies faites avec les agents pathogènes des pleurésies putrides.

Le *diagnostic* des pleurésies putrides est impossible avant la ponction. Toute pleurésie putride est accompagnée, il est vrai, de symptômes généraux rapidement graves (petitesse et accélération du pouls, angoisse dyspnéique, prostration, tendance à l'adynamie et au collapsus), symptômes qu'on retrouve rarement dans d'autres variétés de pleurésies. En pareil cas, l'adjonction d'un pneumothorax est en faveur de la putridité; néanmoins, la nature putride de l'épanchement ne peut être établie que par la ponction exploratrice. Aussi, en face d'un épanchement pleural qui laisse quelques doutes sur sa nature, cet épanchement fût-il peu abondant, il faut se hâter de confirmer le diagnostic par la ponction. De plus, la ponction doit être immédiatement suivie de thoracotomie, avec ou sans résection costale, car le trajet de l'aiguille aspiratrice à travers les tissus peut s'infecter rapidement et devenir, en quelques heures, l'occasion d'un phlegmon diffus gazeux d'une gravité exceptionnelle.

Mais, dira-t-on, la ponction, à elle seule, ne nous fait constater que la puanteur du liquide; elle n'en fait pas constater sur-le-champ la putridité. A cela, je répondrai qu'il importe peu, pour l'instant, que la pleurésie soit fétide ou putride, toute pleurésie *ozéneuse* devant être opérée sans retard : les examens bactériologiques et les travaux de laboratoire viennent après l'intervention chirurgicale; ce qui prime tout, en pareil cas, c'est l'opération.

III

Pleurésies gangreneuses. — Les phénomènes de putréfaction que je viens de décrire plus haut sont communs aux pleurésies putrides et aux pleurésies gangreneuses. Ce qui distingue ces deux variétés, ce n'est pas le degré de puanteur du liquide, c'est la mortification des tissus, ce sont les lambeaux sphacélés qui flottent dans l'épanchement ou qui adhèrent aux parois.

La description de la pleurésie putride et de la pleurésie gangreneuse se confond par bien des côtés; néanmoins, la pleurésie gangreneuse peut revêtir deux modalités qui ont leur importance : tantôt elle est indépendante de toute gangrène du poumon, tantôt la gangrène est pleuro-pulmonaire, ce qui est beaucoup plus grave. Je vais d'abord citer deux observations de pleurésie gangreneuse indépendante de gangrène du poumon, dont l'une appartient à M. Comby et l'autre à M. Rendu :

1° Un jeune enfant de onze ans est pris d'une pleurésie gauche; au bout de quelques jours, le petit malade qui, jusque-là, semblait peu dyspnéique, se réveille en poussant des cris et présente une véritable orthopnée. Le lendemain, MM. Comby et Vogt constatent une dyspnée extrême et une fièvre à 40°; à la base du côté gauche, on trouve les signes d'un épanchement et, au-dessus, ceux d'un pneumothorax. On pense tout d'abord à un pneumothorax par perforation tuberculeuse du poumon. Quatre jours plus tard, une ponction donne issue à un demi-litre de pus horriblement fétide. On modifie alors le premier diagnostic et on pense à un pyopneumothorax gangreneux. M. Comby pratique l'opération de l'empyème dans le septième espace intercostal et tombe sur un *paquet de fausses membranes* qu'il faut dilacérer avec le doigt. Deux ou trois litres de pus horriblement fétide s'écoulent par l'incision. Après de nombreuses péripéties, l'enfant finit par guérir de son empyème gangreneux.

2° On amène à l'hôpital Necker, dans le service de M. Rendu (1), un homme ayant les apparences d'un phtisique récemment atteint de pneumothorax. Ce malade amaigri, cyanosé, est excessivement oppressé; la toux est fréquente; l'haleine est sans odeur, la température normale. A la base droite de la poitrine, on trouve un épanchement pleural; au-dessus, on constate un pneumothorax; en pratiquant la succussion, on perçoit nettement un bruit de flot avec retentissement métallique du liquide déplacé. Cet état aurait débuté quelque temps auparavant par une douleur violente au côté droit. Le surlendemain de l'entrée à l'hôpital, la si-

(1) Bien que l'auteur ait intitulé sa communication « pleurésie putride », la pleurésie putride était en réalité gangreneuse, puisqu'on a trouvé « un grand lambeau de tissu sphacélé dans lequel le microscope a découvert des fibres élastiques ».

tuation est alarmante : l'oppression est considérable, la cyanose est plus prononcée, le cœur fortement refoulé à gauche. Dans la soirée, le malade est asphyxiant; on fait une ponction à la seringue de Pravaz et on retire du pus extrêmement fétide. L'opération de l'empyème est pratiquée d'urgence par M. Rist; il s'écoule trois quarts de litre de liquide fétide et on fait un lavage avec une solution de permanganate de potasse. Le surlendemain, on constate à la base droite du thorax un œdème douloureux avec crépitations emphysémateuses. On incise et il s'écoule une sérosité très fétide mêlée de bulles de gaz. Par la suite apparaît une plaque phlegmoneuse de même nature, au bras gauche, en un point qui avait été vacciné quelques jours plus tôt. La situation du malade devient fort inquiétante; l'agitation et le délire ont une vive intensité; le pus de l'empyème redevient très fétide et un lavage fait sortir de la plèvre un grand lambeau de tissu noirâtre, *sphacélé*, extrêmement fétide, dans lequel le microscope décèle la présence de fibres élastiques. Enfin, le malade finit par guérir. L'examen bactériologique fait par M. Rist a surtout décelé la présence d'anaérobies.

Voilà des cas de pleurésie gangreneuse sans gangrène du poumon. Mais il en est d'autres où la gangrène pulmonaire est associée à la gangrène pleurale; il est même d'usage que la gangrène du poumon prime celle de la plèvre. Je n'insisterai pas sur ces faits, la pathogénie des gangrènes pulmonaires étant applicable aux gangrènes pleuro-pulmonaires : ici aussi, on peut invoquer une origine embolique (otite, appendicite, etc.) et une origine aérienne.

La description des pleurésies gangreneuses se confond en partie, avons-nous dit, avec la description des pleurésies putrides. La violence du point de côté, la fièvre, la mauvaise qualité du pouls, la teinte terreuse des téguments, l'angoisse dyspnéique, la prostration des forces, la tendance au collapsus témoignent de l'extrême gravité de la pleurésie gangreneuse; la fétidité de l'haleine, la nature des crachats puants et sanguinolents indiquent la participation du poumon au processus gangreneux.

Au point de vue du pronostic, l'adjonction de la gangrène marque une étape de plus dans la gravité des pleurésies putrides; mais, en réalité, ces deux variétés sont très voisines l'une de l'autre. Les mêmes agents aéro-anaérobies qui ont provoqué une pleurésie simplement putride peuvent déterminer des lésions gangreneuses, soit sur le malade, soit sur des animaux en expérience. Dans l'observation de M. Widal, la pleurésie putride n'était nullement gangreneuse, le fait a été constaté à l'autopsie; et, cependant, l'inoculation du liquide pleural à un cobaye « a reproduit chez ce cobaye un abcès gazeux et gangreneux; l'animal mourut avec un sphacèle très étendu de la peau de l'abdomen et du thorax ». Dans l'observation de M. Rendu, la pleurésie fut étiquetée pleurésie putride, et, plus tard, comme sous l'influence d'une nouvelle poussée, on retira de la cavité thoracique un lambeau gangrené. Entre les pleurésies putrides et gangreneuses la ligne de démarcation clinique n'est donc pas absolue, putréfaction et mortification pouvant évoluer parallèlement ou successivement.

L'adjonction de la gangrène pulmonaire à la gangrène pleurale ne peut être reconnue que par la fétidité de l'haleine et de l'expectoration, et par la présence dans les crachats de fibres élastiques et d'éléments sphacélés.

Telle est l'histoire des pleurésies *ozéneuses* et de leurs trois groupes : pleurésies fétides, putrides et gangreneuses; la puanteur de l'épanchement, première étape du diagnostic, ne peut être révélée que par la ponction exploratrice qui doit être hâtive; l'intervention chirurgicale *immédiate* est le seul mode de traitement.

G. Dieulafoy,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 octobre 1900.

Sur un cas de monstre double monomphalien sternopage.

M. Pinard lit, à l'occasion d'une note de M. Barette (de Caen) sur ce sujet, un rapport dont voici le résumé :

L'observation de M. Barette concerne une femme de vingt-six ans, primipare, chez laquelle on constata, au moment de l'accouchement qui eut lieu à terme, l'existence de deux fœtus accolés par leur plan antérieur et ne donnant plus signe de vie.

Les tentatives de dégagement de ce monstre étant restées infructueuses, M. Barette pratiqua d'abord la détroncation, au-dessous des omoplates, du fœtus le plus engagé, puis la section de son épaule. Des tractions permirent alors de faire descendre et d'extraire les deux enfants.

Revenant ensuite sur la question de l'étiologie de ces monstruosités, soulevée dans la dernière séance par M. Porak, le rapporteur soutient, en s'appuyant sur les expériences de Fol et sur les travaux de M. Mathias Duval, que la polyspermie est le seul processus tératogénique auquel les monstres doubles doivent leur origine.

Cette hyperfécondation par polyspermie permet, d'après lui, de comprendre l'influence héréditaire paternelle, restée jusqu'ici inexpliquée, dans les cas de gémellité.

Quant au rôle de l'hérédo-syphilis dans la production des monstruosités, M. Pinard ne l'admet que pour les monstres simples et combat l'opinion de M. Fournier, d'après laquelle les jumeaux seraient souvent d'origine syphilitique.

A l'appui de son opinion, le rapporteur dit que, sur 224 grossesses gémellaires observées depuis dix ans à la clinique Baudelocque, 150 se sont montrées chez des multipares, lesquelles ont donné naissance à 396 enfants dont 355 sont vivants. La mortalité a donc été excessivement faible dans ces cas, contrairement à ce qui s'observe dans les familles d'hérédo-syphilitiques.

En terminant, M. Pinard examine la conduite que doit tenir l'accoucheur dans les circonstances où s'est trouvé M. Barette : d'après lui, c'est à l'opération césarienne qu'il faut avoir recours lorsqu'on a la certitude d'être en présence d'un monomphalien xiphopage à terme ou près du terme, bien vivant et ne pouvant pas être extrait par les voies naturelles. Ces fœtus peuvent, en effet, vivre de la vie extra-utérine et même être séparés, comme vient de le démontrer M. Chapot-Prevost.

Dans tous les autres cas de dystocie par monstruosité double, il y a lieu de pratiquer l'embryotomie, étant donné que ces fœtus ne sont pas aptes à vivre.

M. Porak. — Je ne conteste pas que la pénétration de deux spermatozoaires dans l'ovule ne puisse être la cause d'une monstruosité double. Je ferai seulement remarquer que cette pénétration de deux spermatozoaires ne peut avoir lieu qu'à la faveur d'une diminution de résistance de la paroi de l'ovule, c'est-à-dire, en fin de compte, grâce à un trouble de nutrition de cet élément. Par conséquent, l'explication des monstruosités doubles adoptée par M. Pinard n'est qu'un cas particulier de celle — plus générale — que j'ai admise moi-même, à savoir que la production des monstres doubles est due à un trouble de la nutrition de l'œuf ou de la mère.

M. Périer déclare qu'il ne saurait partager l'opinion de M. Pinard ; il fait observer que chez certains animaux, tels que les tuniciers, la production des monstres doubles est presque la règle, bien que l'on ne puisse invoquer l'imprégnation d'un seul ovule par deux spermatozoïdes.

M. Cornil montre plusieurs préparations du sang d'une jeune fille de dix-neuf ans, atteinte de leucocythémie. On constate la présence, dans ces préparations, de grands myéloplaxes à noyaux multiples. Tous les vaisseaux contenaient un nombre plus ou moins grand de ces éléments, mais c'étaient les capillaires qui en renfermaient le plus grand nombre.

M. Fiessinger (d'Oyonnax) lit une note sur le saturnisme chez les lapidaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 octobre 1900.

De l'asepsie opératoire.

M. Walther. — A propos de la récente discussion sur la stérilisation des mains, j'ai fait, avec MM. Widal et Ravaut, une série d'expériences dont je désire vous communiquer les résultats. Sur 19 ensemencements pratiqués avant l'opération, immédiatement après le lavage des mains, une seule fois le résultat a été positif. De 6 ensemencements exécutés au cours de l'intervention, un seul également a donné des cultures. Après l'opération, 3 fois les ensemencements sont restés stériles. Enfin, des recherches ayant été faites avec la peau de l'opéré, le résultat a été négatif dans 5 cas et positif dans un.

Je crois qu'on peut conclure de ces expériences que la stérilisation des mains est parfaitement réalisable par les procédés de lavage habituels.

Quant aux gants de caoutchouc, le principal reproche qu'on peut leur faire réside dans la gêne qu'ils apportent, surtout aux mouvements de préhension; c'est ainsi que, dans une cure radicale de hernie inguinale, rien n'est plus difficile que de procéder à la dissection du sac avec des mains revêtues de gants en caoutchouc.

M. Quénu. — Je crois que la question de la stérilisation des mains est loin d'être résolue, puisqu'on en est encore à se demander s'il est réellement possible de se désinfecter complètement les mains en quelques heures.

Des recherches que M. Bazy nous a communiquées naguère (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 176), je crois qu'on ne saurait conclure à la généralité des cas; ces expériences sont peu nombreuses, et elles ne seraient probantes que si elles étaient en quelque sorte innombrables. D'autre part, la question de terrain soulève une objection sérieuse, car on ne peut pas considérer comme identiques les conditions dans lesquelles se trouve un lapin vigoureux et sain, et celles que nous offre un homme plus ou moins débilité par la maladie.

M. Delbet, de son côté, a pu stériliser ses mains dans un certain nombre de cas (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 197); mais rien ne prouve que toutes les mains puissent être désinfectées de la même façon ni que la même personne puisse toujours stériliser ses mains avec un égal succès. En un mot, ce qu'il faudrait démontrer, ce n'est pas la possibilité de la désinfection des mains, mais la constance de cette stérilisation. Or, avant M. Delbet, d'autres expérimentateurs ont abordé la même étude, et leurs résultats n'ont pas présenté l'uniformité et la concordance qui apporteraient la démonstration demandée. Parmi ces recherches, il en est qui ont montré, par exemple, que certaines mains sont beaucoup plus difficiles à stériliser que d'autres, et qu'une variabilité analogue s'observe suivant les jours pour les mains du même individu.

Les critiques que l'on a faites à l'emploi des gants imperméables ne me paraissent pas très importantes, lorsqu'on pense aux services que l'on peut attendre d'eux. D'ailleurs, j'ai pu constater, au cours de la discussion récente, que beaucoup de mes collègues se servent couramment de gants de caoutchouc, au moins pour les opérations septiques. La diminution de dextérité qu'on reproche à l'usage de ces gants me semble très exagérée, et le plus souvent c'est le manque d'habitude qui, en réalité, doit être incriminé; d'ailleurs, en chirurgie septique, il est rare que l'on ait des manœuvres très délicates à exécuter.

Traitement des cancers inopérables de l'intestin par l'entéro-anastomose latérale.

M. Hartmann. — Au sujet de la discussion à laquelle a donné lieu, dans la dernière séance, le rapport de M. Tuffier, je crois devoir faire observer qu'il faut réserver le nom d'exclusion de l'intestin aux cas dans lesquels la portion d'intestin exclue est oblitérée soit à l'une de ses extrémités, soit à ses deux bouts, l'exclusion pouvant être ouverte ou fermée, suivant qu'il existe ou non une fistule stercorale. Or, pour ma part, je ne pense pas qu'il soit utile de pratiquer cette exclusion pour le cancer de l'intestin, auquel il suffit d'opposer l'entéro-anastomose latérale.

Tout en admettant qu'il est avantageux, en cas de néoplasme intestinal inopérable, de faire l'anastomose latérale dans des points aussi rapprochés que possible, j'estime qu'il ne faut pas exagérer l'importance de cette condition; il m'est arrivé, en effet, dans un cas de cancer de l'S iliaque, de voir la tumeur envahir assez rapidement la région sur laquelle j'avais placé la bouche anastomotique.

Les résultats de l'entéro-anastomose latérale, appliquée au traitement des cancers inopérables de l'intestin, sont souvent merveilleux, et l'amélioration consécutive à l'intervention est parfois telle que l'on peut croire momentanément à une guérison véritable et douter du diagnostic primitif; c'est ce que j'ai observé chez une malade qui a succombé à la généralisation quatorze mois après mon opération, et que tout son entourage a cru guérie pendant plusieurs mois.

M. Guinard. — M. Hartmann vient de nous dire qu'on peut se contenter de l'entéro-anastomose latérale dans le traitement des néoplasmes intestinaux inopérables. Cependant je crois que, lorsqu'on pratique une anastomose entre l'intestin grêle et le côlon transverse pour un cancer de l'angle droit du côlon, par exemple, il est prudent d'ouvrir une fistule cæcale, en raison de l'existence de la valvule iléo-cæcale qui peut apporter une gêne absolue à la circulation rétrograde du contenu de la portion d'intestin située en amont de la tumeur.

M. Terrier. — Je me suis trouvé amené, il y a un an, à anastomoser le côlon ascendant et le côlon transverse, pour un néoplasme de l'angle droit du côlon; le résultat a été très satisfaisant, au point que mon opéré a repris complètement ses occupations; son état de santé est demeuré tellement bon qu'il ignore tout à fait la nature de son mal.

En ce qui concerne l'exclusion pour cancer de l'intestin, je crois que l'exclusion unilatérale peut produire de mauvais effets, et qu'il est préférable de recourir à l'exclusion bilatérale, avec fistule stercorale sur l'anse exclue.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 octobre 1900.

Polymorphisme des angines de la scarlatine.

M. Variot. — L'examen méthodique de la gorge, pratiqué quotidiennement chez 525 enfants atteints de scarlatine, m'a permis de constater que 150 fois l'angine avait évolué du commencement à la fin de la maladie sans s'accompagner d'exsudat. Chez les 375 autres petits patients, l'exsudat est tantôt resté limité et circonscrit, tantôt, au contraire, a manifesté une tendance à s'étendre et à recouvrir de larges surfaces.

Dans un peu plus de la moitié des cas où l'angine scarlatineuse a présenté ces caractères pseudo-membraneux (62 fois sur 102), il a été impossible d'établir par l'examen clinique s'il s'agissait ou non de diphtérie, et, seul, l'examen bactériologique a permis d'affirmer qu'on avait affaire à une angine diphtérique vraie (30 fois) ou à une angine pseudo-diphtérique (32 cas). D'après MM. Bourges et Wurtz, les angines qui prennent le caractère pseudo-membraneux à la fin ou pendant la convalescence de la scarlatine appartiendraient seules à la diphtérie; il résulte, au contraire, de mes observations que les angines scarlatineuses précoces peuvent être également de nature diphtérique.

Voici la conclusion pratique à tirer de ces faits : dès que l'angine, dans la scarlatine, revêt un caractère pseudo-membraneux, on doit, sans attendre le résultat de l'examen bactériologique, avoir recours aux injections de sérum antidiphtérique, quelle que soit la période de la maladie à laquelle se fait cette transformation des caractères de l'angine.

J'ai examiné, en outre, chez 423 enfants, la marche comparative du cycle fébrile, de l'exanthème cutané et des exsudats pharyngés. Dans 295 cas, ces trois phénomènes ont évolué parallèlement; dans les 128 autres ils se sont montrés dissociés, avec prédominance d'un ou de deux d'entre eux sur le troisième; mais ce que je puis affirmer, c'est qu'il y a un parallélisme constant entre la fièvre et l'angine, tandis qu'un exanthème cutané intense peut, au contraire, coïncider avec une fièvre modérée, et inversement.

J'ajoute, en terminant, que je n'ai jamais vu les angines scarlatineuses être précédées de l'apparition d'un petit semis de vésicules miliaires, comme l'enseignait autrefois Lasègue.

M. Sevestre. — Je crois, avec M. Variot, qu'il est indispensable d'avoir recours à l'examen bactériologique pour distinguer les différentes espèces d'angines pseudo-membraneuses de la scarlatine. Je suis également d'accord avec lui pour engager les médecins à pratiquer, en pareil cas, une injection de sérum antidiphtérique sans attendre le résultat de l'examen bactériologique. Quant à la date d'apparition de l'angine diphtérique au cours de la scarlatine, il n'est pas douteux qu'elle puisse se montrer au commencement de cette maladie, et non pas seulement de huit à quinze jours après l'éruption.

M. Comby. — Comme M. Variot, j'estime que, dans la généralité des cas, c'est l'angine qui commande la fièvre chez les scarlatineux; parfois, cependant, on voit la température se maintenir élevée sans que l'examen de la gorge en fournisse l'explication.

Otite moyenne prise au contact d'un pneumonique.

M. Hirtz. — J'ai observé dernièrement le développement d'une otite moyenne chez la femme jusque-là très bien portante d'un sujet atteint de pneumonie. C'est trois jours après le début de la maladie de son mari que cette femme présenta un écoulement abondant de pus par les deux oreilles, sans que cet écoulement eût été précédé de douleurs. L'examen bactériologique du pus y décela l'existence de nombreuses colonies de pneumocoques. La malade vidant journellement le crachoir de son mari, on peut supposer que ce sont ses doigts, souillés par des crachats, qui ont transporté à ses oreilles l'agent du contage.

La contamination pouvant également se faire par la bouche, le nez, le pharynx, etc., il sera bon, à l'avenir, de recommander aux personnes qui soignent des pneumoniques de se laver fréquemment avec une solution antiseptique, non seulement les mains, mais encore l'arrière-gorge et le nez.

L'amyotrophie scapulo-thoracique comme signe révélateur ou confirmatif de la tuberculose pulmonaire au début.

M. Boix. — L'atrophie de la partie supérieure de la musculature scapulo-thoracique est un signe peu connu de tuberculose pulmonaire au début.

Cette atrophie, qui est plus ou moins généralisée dans les cas de tuberculose avancée, est, au contraire, localisée pendant le premier stade de cette affection. Elle intéresse tantôt le creux sus-claviculaire, tantôt le creux sous-claviculaire, tantôt la loge sus-épineuse, etc., ce dont il est facile de se rendre compte par comparaison avec le côté opposé.

L'absence de cette atrophie, comme celle, du reste, du bacille de Koch dans les crachats, ne permet pas d'exclure le diagnostic de tuberculose; mais sa constatation devra toujours éveiller l'attention du clinicien, et elle lui permettra souvent de déceler la tuberculose chez un sujet considéré jusque-là comme indemne de cette affection.

La pathogénie de ce trouble trophique est sans doute analogue à celle des amyotrophies arthropathiques : l'altération des filets nerveux de la plèvre retentit sur la moelle, soit par action réflexe, soit par dégénérescence rétrograde, soit par réaction à distance.

Pneumonie avec ictère hémaphéique et faible réaction thermique.

M. Laignel-Levastine communique l'observation d'une femme, ayant souffert autrefois de troubles gastro-hépatiques, qui fut atteinte, au cours d'une pneumonie, d'un ictère généralisé présentant tous les caractères de l'ictère hémaphéique, lequel est dû, comme on le sait, au passage dans le sang des pigments biliaires modifiés. La réaction de Gmelin faisait, en effet, défaut dans le sérum, l'urine et les crachats. Quant à l'urobiline, elle ne put être constatée que dans le sérum, et ce n'est que plus tard qu'apparut dans l'urine le pigment rouge brun qui semble avoir été la cause déterminante de l'ictère.

La pneumonie de cette malade présenta une autre particularité : elle ne détermina pas une élévation marquée de la température, celle-ci ayant toujours oscillé entre 38° et 39°. Il est probable que c'est à l'ictère qu'il faut faire remonter la cause de cette faible réaction thermique.

L'examen du sang montra enfin une réaction leucocytaire inférieure à celle que Loeper a signalée chez les pneumoniques et une absence de réticulum fibrineux, également en rapport, sans doute, avec les phénomènes hépatiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 octobre 1900.

Action de la lumière solaire et de la lumière diffuse sur les bacilles de Koch contenus dans les crachats.

M. Jousset. — En inoculant à des cobayes des crachats de tuberculeux, qui avaient été préalablement exposés à la lumière solaire ou à la lumière diffuse, j'ai remarqué que ces animaux restaient complètement indemnes ou, du moins, qu'ils présentaient une survie considérable, bien que l'on retrouvât le bacille au niveau de la plaie d'inoculation.

Il résulte de ces recherches que l'exposition à la lumière, quand elle ne stérilise pas complètement les crachats tuberculeux, a pour effet d'atténuer considérablement leur virulence.

Influence de la splénectomie sur l'évolution des intoxications alcaloïdiques chez le cobaye.

MM. Nicolas et **Beau** (de Lyon). — Les cobayes splénectomisés se comportent vis-à-vis des alcaloïdes d'une façon différente, suivant que l'ablation de la rate est ancienne ou récente. Une splénectomie ne datant que de quelques jours modifie à peine la sensibilité de l'animal au toxique. Par contre, lorsque l'opération a été pratiquée depuis un certain temps, la résistance des animaux, diminuée pour quelques-uns de ces poisons (strychnine, strophantine, atropine, etc.), est augmentée pour d'autres (ésérine) et reste invariable vis-à-vis de certains (spartéine et cocaïne).

Il semble donc ressortir de ces expériences que la suppression de la rate n'est capable de modifier les conditions d'absorption de l'organisme qu'au bout d'un laps de temps assez considérable.

De l'état des dents comme signe révélateur des altérations osseuses.

M. Ferrier dit avoir eu l'occasion de constater chez un très grand nombre de sujets que la diminution de consistance des dents était toujours l'indice d'une lésion des autres parties du squelette. En d'autres termes, la nutrition du squelette et la nutrition des dents évolueraient d'une façon parallèle, de telle sorte que des modifications de la première correspondraient toujours aux troubles de la seconde.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 24 octobre 1900.

Innocuité de l'ablation totale de la glande pituitaire chez les animaux.

M. Friedmann. — J'ai réussi, avec M. Maass, à extirper la totalité de la glande pituitaire chez des animaux qui ont survécu plusieurs mois à cette mutilation sans présenter la moindre altération de la santé. Je crois donc pouvoir affirmer que cet organe ne joue pas dans l'économie le rôle important qu'on a voulu lui assigner.

M. Maass. — Voici comment nous avons pratiqué cette hypophysectomie : l'animal éthérisé est couché sur le dos et fixé dans cette position, la gueule aussi largement ouverte que possible. Après incision du voile du palais, on perfore le

corps du sphénoïde exactement sur la ligne médiane. On agrandit avec précaution l'ouverture ainsi obtenue, on incise la dure-mère et on met à nu la glande pituitaire qui se laisse détacher sans difficulté. Ordinairement, il n'y a qu'une très légère perte de sang, de sorte qu'il n'est même pas nécessaire d'appliquer un tampon.

Ce mode de pénétration par la base du crâne pourrait peut-être rendre des services dans certains cas de méningite.

M. König (fils). — L'opération que vient d'indiquer M. Maass me semble surtout applicable à l'ablation des tumeurs de la glande pituitaire, lesquelles, comme on le sait, peuvent être diagnostiquées du vivant du malade.

Dichotomie du staphylocoque blanc avec production de formes arborescentes.

M. Saul. — Grâce à une modification du procédé des cultures sur plaques, j'ai réussi à faire vivre des staphylocoques blancs pendant plusieurs mois. En faisant ensuite des coupes suivant la méthode de M. Pick, j'ai pu constater des divisions dichotomiques de ces microbes avec production de formes arborescentes. Les staphylocoques peuvent donc reproduire des formes végétales.

M. Max Wolff. — Le bacille du sang de rate peut présenter aussi la division dichotomique et donner des formes arborescentes, et cela dès le second ou le troisième jour.

Dr Villaret.

BRUXELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 27 octobre 1900.

L'épidémie de peste de Glasgow.

M. Van Ermengem, ayant été chargé par le gouvernement d'étudier sur place la récente épidémie de peste de Glasgow, communique les résultats de ses observations:

La maladie — dont on n'a pu déterminer le mode d'importation — n'a pas présenté de tendance à se répandre beaucoup, ce qui tient, peut-être, à l'absence d'épidémie parmi les rats; elle a affecté, du reste, une allure assez bénigne dont témoigne la faible mortalité, et s'est propagée uniquement par contact. Le diagnostic en était généralement facile, au moins dans les cas graves ou de moyenne intensité et dans les formes buboniques apparentes; néanmoins, le secours de l'examen bactériologique, nécessaire pour toutes les variétés à certaines périodes de leur évolution, fut particulièrement utile pour établir la nature des pneumonies pesteuses et des formes légères.

Le sérum antipesteux a donné des résultats encourageants; chez deux malades au moins, il a produit une action curative indiscutable.

Quant à la prophylaxie, elle doit être identique à celle de toutes les maladies contagieuses; c'est dire qu'elle sera assurée par l'isolement des sujets atteints ou suspects, par la recherche des cas de maladie fruste ou atténuée, par la mise en observation des personnes qui ont été exposées à la contagion et par leur immunisation au moyen du sérum antipesteux, par l'évacuation des maisons infectées et par la désinfection des locaux occupés par les malades et des objets qu'ils ont pu souiller, enfin par l'assainissement des quartiers populeux.

Recherches bactériologiques sur la coqueluche.

M. Verriest lit un rapport sur un travail de M. Pottiez concernant la bactériologie de la coqueluche. Les essais de culture faits par l'auteur avec le sang de sujets atteints de cette affection sont restés négatifs; par contre, l'ensemencement des produits d'exsudation bronchique lui a permis d'isoler deux espèces microbiennes différentes : un streptocoque, formant des chaînettes plus ou moins longues selon le milieu et donnant sur gélatine de petites colonies arrondies qui se liquéfient au bout de trois jours, et un microcoque non liquéfiant, poussant très rapidement sur les différents milieux solides et dont les cultures sur gélatine présentent l'aspect de stries et prennent une belle couleur rose après quarante-huit heures.

Dr Keiffer.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 27 octobre 1900.

Greffes osseuses pour pertes de substance du crâne.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. Büdinger** a relaté l'observation d'un enfant atteint d'une carie des os crâniens, avec pachyméningite tuberculeuse, chez lequel il a comblé des pertes de substance du frontal et du pariétal au moyen de fragments de calcanéum empruntés à un pied qu'on allait amputer.

Le petit malade ayant succombé quatre ans après cette intervention, l'autopsie permit de constater que les fragments osseux implantés sur le crâne s'y étaient complètement soudés.

L'orateur ajoute que les os spongieux paraissent plus favorables que les os compacts à ces sortes de transplantations.

A propos de la contagion extragénitale de la syphilis.

M. Ehrmann a montré deux malades porteurs de chancres extragénitaux, siégeant l'un au niveau de la paupière inférieure droite, et l'autre sur l'une des narines, au voisinage du cornet inférieur.

M. Mracek dit avoir observé assez souvent des ulcérations du pied, qui n'étaient autre chose que des accidents syphilitiques primitifs.

M. Neumann fait remarquer que les chancres extragénitaux deviennent de plus en plus fréquents chaque année; c'est là la source la plus habituelle de la syphilis dite endémique.

M. Spiegler confirme les idées de M. Neumann et signale qu'en Russie, par exemple, 90 % des cas de syphilis reconnaissent une origine extragénitale.

De l'action de l'opium et de la morphine sur l'intestin.

M. Pál a communiqué le résultat de recherches qui lui ont permis de constater directement, au moyen d'un ballon enregistreur placé dans l'intestin grêle d'un chien, que l'opium et la morphine augmentent notablement les contractions de cet organe. Ces contractions persistent même après la section des nerfs intestinaux; ce fait semble prouver qu'elles sont dues à l'action excitatrice des médicaments en question sur les ganglions de la paroi intestinale, action qui porte à la fois sur les fibres circulaires et sur les fibres longitudinales; on observe les mêmes phénomènes en expérimentant sur le gros intestin.

M. Pál conclut de ces expériences que c'est à tort que beaucoup d'auteurs attribuent une action paralysante à l'opium et à la morphine, et que ces médicaments n'agissent comme calmants qu'en régularisant, pour ainsi dire, les contractions de l'intestin.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Du rôle de la péricardite métapneumonique dans la production de la pneumonie hyperplasique, par M. A. Machard.

La péricardite métapneumonique, quoique moins fréquente que la pleurésie de même nature, n'est cependant pas une complication exceptionnelle de la pneumonie; mais, malgré les travaux assez nombreux dont elle a été l'objet, on ne paraît pas avoir signalé jusqu'ici l'influence qu'elle exerce sur l'évolution de la lésion pulmonaire dont elle provient. Or, M. Machard a eu l'occasion d'observer, dans le service de M. Bard, à Genève, un malade âgé de cinquante-trois ans, chez lequel cette influence fut manifeste.

Signalons d'abord les particularités remarquables qu'offrit la température dans ce cas : le matin du neuvième jour, elle tomba à 36°8 — en l'absence de tout autre phénomène critique —, mais pour remonter à 40° le lendemain matin; les deux jours suivants, elle resta élevée, puis, le douzième jour de la maladie, elle descendit à 36°; vingt-quatre heures plus tard, elle s'éleva encore à 38°6; trois jours après, nouvelle disparition brusque de la fièvre, suivie derechef, le lendemain, d'une ascension thermique; puis, pendant une semaine entière, apyrexie presque continue; mais à partir du vingt-neuvième jour la fièvre s'alluma de nouveau pour persister jusqu'à la mort.

En plus de cette courbe thermique si singulière, le malade eut des syncopes de plus en plus fréquentes; il accusait une douleur vive et constante à l'épigastre, telle qu'on l'observe dans la pleurésie diaphragmatique; enfin l'examen physique permettait de constater que la pneumonie n'entrait pas en résolution : la matité persistait dans toute la hauteur du poumon atteint, et un souffle tubaire rude était toujours perceptible au même niveau. Le pouls était très irrégulier; la face était cyanosée.

A l'autopsie, on trouva, au sommet du lobe supérieur du poumon gauche, plusieurs cavités ulcéreuses, irrégulières, contenant des fragments de tissus mortifiés et fétides; le parenchyme pulmonaire offrait là tous les caractères anatomiques de la pneumonie devenue chronique ou hyperplasique; il était augmenté de densité et avait une couleur grisâtre. Cette hépatisation grise intéressait aussi, dans le lobe inférieur, une zone étroite adjacente à la scissure interlobaire, laquelle était fermée. Le péricarde contenait une petite quantité de liquide trouble; ses deux feuillets étaient recouverts de fausses membranes fibrineuses et affectaient par places une teinte verdâtre presque purulente.

M. Machard estime que, dans ce cas, c'est la péricardite qui, en provoquant des troubles circulatoires, a déterminé la transformation hyperplasique de la pneumonie. Il a pu, d'ailleurs, vérifier ce rapport de cause à effet, entre les complications péricardiques et la non-résolution de la pneumonie fibrineuse, dans 12 autres observations de péricardite métapneumonique avec autopsie, dont l'une, inédite, lui a été communiquée par M. Bard. Dans certains de ces cas, des oscillations brusques de la température avaient également attiré l'attention.

La conclusion pratique que l'auteur tire de ces faits, c'est que, dans toute pneumonie prolongée avec courbe thermique irrégulière, syncopes, faiblesse du cœur et persistance des signes d'auscultation, le médecin doit rechercher la péricardite en s'aidant, au besoin, d'une ponction exploratrice. Si l'on constate l'existence d'un épanchement, on aura recours à l'incision du péricarde, suivie d'un lavage et de l'introduction d'un drain dans le cul-de-sac péricardique inférieur, l'incision étant alors rétrécie par quelques points de suture. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, octobre 1900.)

Deux cas de brièveté extrême de l'immunité vaccinale, par M. Ch. Viannay.

On admet généralement que, quoique variable suivant les cas, la durée de la protection conférée contre la variole par une vaccination positive s'étend toujours sur plusieurs années; on considère, d'autre part, les individus chez lesquels plusieurs vaccinations successives restent sans résultats comme jouissant à l'égard de la variole d'une immunité soit congénitale, soit acquise du fait d'une vaccination antérieure pratiquée avec succès.

Pourtant ces deux règles n'ont rien d'absolu, comme le montrent, d'une façon particulièrement saisissante, les trois observations consignées dans le présent mémoire.

L'une d'elles concerne l'auteur lui-même qui, une semaine après avoir fait l'autopsie d'un homme ayant succombé en trois jours à une variole hémorrhagique d'emblée, fut atteint d'une varioloïde légère. Et pourtant, dès le début de l'épidémie de variole qui sévissait à ce moment à Lyon, M. Viannay s'était soumis à une série de revaccinations qui donnèrent cinq fois de suite un résultat négatif; il en fut de même d'une sixième tentative faite vingt heures après l'autopsie dont il vient d'être question.

Les deux autres observations se rapportent à la mère et à la sœur de l'auteur, qui, en soignant ce dernier pendant sa maladie, contractèrent toutes deux une variole à forme bénigne (varioloïde), mais des plus typiques, bien qu'elles eussent été revaccinées avec succès, l'une cinq mois, l'autre sept mois auparavant.

Dans ces deux derniers cas, la variole, outre son éclosion peu après une vaccination positive, présenta certaines particularités dignes d'être notées. D'abord, un des premiers signes d'invasion consista en une sensation de lourdeur, puis en de véritables douleurs dans les cuisses et les jambes; cette *cruralgie* — symptôme que ne décrivent pas les classiques — s'est montrée avant l'apparition de la rachialgie. Pendant la convalescence, les malades ont éprouvé encore, à la moindre fatigue, de la lassitude et de la courbature dans les membres inférieurs.

D'autre part, les récentes cicatrices vaccinales furent le siège chez les deux patientes, pendant la période du rash, d'un violent travail inflammatoire : elles revêtirent l'aspect de placards érysipélateux larges comme la main, sans bourrelet à la périphérie, et dans l'aire desquels la peau était rouge, tendue, œdématiée et douloureuse.

Enfin, troisième phénomène insolite, signalons, chez la sœur de l'auteur, le début de l'éruption variolique par les avant-bras et la face dorsale des mains.

Au point de vue de la prophylaxie de la variole, M. Viannay, comme conclusion tirée de son propre exemple, insiste sur la nécessité de ne pas se fier à plusieurs vaccinations négatives, mais de recommencer les inoculations vaccinales avec des lymphes différentes, jusqu'à ce qu'on ait obtenu le résultat cherché. (*Lyon méd.*, 14 octobre 1900.)

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Die Fettsucht. — L'obésité, par M. K. von Noorden. In-8°, 158 p. Vienne, 1900.

Le professeur Nothnagel n'aurait pu choisir, pour la rédaction du chapitre consacré à l'obésité dans son Traité de pathologie et de thérapeutique, un collaborateur plus compétent que M. von Noorden. Seul un auteur rompu par de longues années de recherches personnelles à toutes les difficultés des études de physiologie et de pathologie de la nutrition était en état de passer au crible d'une critique sévère les nombreuses théories émises sur la nature de l'obésité, ainsi que les différents traitements préconisés contre cette affection.

Après avoir examiné les conditions qui favorisent l'accumulation de la graisse dans l'organisme et qui se résument en la suralimentation, en l'insuffisance de l'exercice musculaire et dans la combinaison de ces deux facteurs, M. von Noorden aborde la question du ralentissement de la nutrition. Quoique cette théorie nous soit, pour ainsi dire, imposée par l'observation clinique, personne jusqu'ici n'a pu en fournir une démonstration expérimentale, la consommation d'oxygène et la production d'acide carbonique étant équivalentes chez l'obèse et chez l'individu normal. Mais il faut tenir compte que l'exactitude des méthodes dont nous disposons est assez limitée : c'est ainsi que des variations de 5 à 10 % nous échappent; or, un simple calcul suffit à montrer qu'une diminution de 5 % dans l'intensité des échanges nutritifs suffit, en une année, à produire un dépôt de graisse de plusieurs kilos.

Dans ces conditions, l'auteur, ne se contentant pas des résultats de l'expérimentation, a suivi attentivement plusieurs obèses chez lesquels il a noté la valeur nutritive de la ration quotidienne. De cette façon, il a pu se convaincre que, malgré un effort musculaire relativement considérable et une alimentation notoirement insuffisante — sa valeur calorique n'atteignant que 1,720 calories —, un adulte de 102 kilos n'avait perdu que 1 kilogramme au bout de trois mois d'été. Il en tire la conclusion que, dans certains cas, on est obligé d'admettre l'hypothèse d'une nutrition ralentie pour expliquer l'obésité.

En ce qui concerne la transmission héréditaire de cette affection, M. von Noorden estime que ce n'est pas l'adipose elle-même, mais bien diverses conditions d'existence défavorables (suralimentation, manque d'exercice, abus des boissons alcooliques) qui se transmettent de génération en génération dans quelques familles.

D'aucuns ont distingué entre l'obésité anémique et l'obésité pléthorique. L'auteur n'admet pas cette division. Dans les deux cas il s'agit de la même affection; les causes seules diffèrent : tandis que la suralimentation et l'abus des boissons alcooliques conduisent à la pléthore, les anémiques, incapables d'un effort musculaire soutenu, accumulent de la graisse par défaut d'exercice.

M. von Noorden, après avoir étudié en détail les effets de l'obésité sur les fonctions des différents organes, et spécialement sur le cœur, passe au traitement de cette affection. Comme de juste, il accorde une large place à la prophylaxie, et indique comment on peut combattre la tendance à l'embonpoint par une organisation rationnelle de l'existence, tant au point de vue du régime que de la durée du sommeil et du minimum d'exercice musculaire à prendre.

Touchant le traitement proprement dit de l'obésité, l'auteur se montre un adversaire déclaré des formules toutes faites. La thérapeutique doit être individuelle et tenir soigneusement compte des conditions dans lesquelles se trouve le sujet, et spécialement des affections concomitantes, telles que maladie de cœur, néphrite, goutte, diabète, etc., dont il peut être atteint.

La technique de ce traitement est exposée avec beaucoup de détails dans le dernier chapitre de l'ouvrage. La place principale est réservée à l'alimentation. Suivant le degré de l'obésité, M. von Noorden prescrit trois régimes : dans le premier, la valeur nutritive de la ration quotidienne est d'environ 2,000 calories; dans le second, elle ne dépasse pas 1,500 calories; dans le troisième, enfin, réservé aux cas où une fonte rapide de la graisse s'impose, elle ne représente que 1,000 ou 1,200 calories. L'auteur n'attache pas une importance spéciale à la suppression complète des hydrates de carbone ou à la prédominance des matières protéiques dans l'alimentation. L'essentiel est que la valeur alimentaire de la ration quotidienne ne dépasse pas un certain chiffre. La restriction de la quantité de liquide ou l'interdiction de boire aux repas ne constituent pas davantage, d'après M. von Noorden, un élément essentiel du traitement de l'obésité, non plus que l'abstinence totale des boissons alcooliques. Il est même certains cas où l'alcool est nécessaire, soit comme condiment pour adoucir la sévérité du régime, soit comme excitant pour lutter contre la faiblesse cardiaque.

Parmi les adjuvants du régime, l'auteur examine successivement l'exercice musculaire, l'hydrothérapie et l'opothérapie thyroïdienne. L'action du corps thyroïde est incertaine : parfois il provoque une diminution rapide de poids; d'autres fois, par contre, la réaction est nulle ou insignifiante. En outre, l'emploi de cette substance n'est pas sans inconvénients, et on l'a vu déterminer divers accidents plus ou moins sérieux. Enfin, même quand il n'est pas nuisible, le traitement thyroïdien est superflu; on peut s'en passer dans la majorité des cas. — A. J.

Le traitement conservateur des annexites, par M. G. Herrmann.

Tandis que certains chirurgiens recommandent l'intervention précoce en cas d'annexite, M. Herrmann est, au contraire, partisan d'un traitement conservateur, tel que le préconise le professeur Küstner (de Breslau). Pour lui, le siège des suppurations chroniques est presque exclusivement dans les annexes, et il considère la péritonite purulente chronique comme extrêmement rare; c'est ainsi que les 34 observations qui servent de base à ce travail concernent toutes des annexites suppurées. A son avis, la cause la plus fréquente de cette affection est l'infection gonococcique; il estime qu'une pyosalpingite typique avec adhérences péritonéales est toujours d'origine blennorrhagique, même si le microscope n'y révèle pas de gonocoques, tandis que des fausses membranes abondantes et des adhérences étendues entre les organes du bassin seraient l'indice d'une inflammation septique antérieure.

L'auteur insiste sur ce fait que, à la suite d'une infection blennorrhagique, les fonctions des annexes peuvent se rétablir ou même continuer sans interruption. Il corrobore cette manière de voir, qui est en contradiction avec l'opinion courante, en citant l'observation d'une malade devenue enceinte après une suppuration blennorrhagique des annexes des deux côtés. Il admet donc que certaines annexites suppurées sont susceptibles, sans opération, de guérir assez complètement pour que la grossesse soit possible; et que lorsqu'on enlève les annexes d'un côté, celles de l'autre côté peuvent reprendre leurs fonctions normales quand elles ne sont que légèrement atteintes.

M. Herrmann fait remarquer, à propos de la tendance actuelle à faire des opérations radicales comprenant l'extirpation non seulement des annexes mais aussi de l'utérus, que les femmes privées de leurs ovaires sont exposées à des troubles de toute sorte qui doivent être considérés, d'après de nombreux auteurs, comme des contre-indications à l'extension des opérations radicales. Il recommande de soumettre les cas aigus à un traitement résolutif, et d'opérer aussi tardivement que possible, neuf mois ou un an seulement après les premiers accidents : à ce moment les microbes ont subi une métamorphose régressive et le pus est devenu stérile, ce dont on peut s'assurer sans inconvénients par une ponction exploratrice.

Quant à l'utérus, M. Herrmann pense qu'on doit le respecter toutes les fois qu'un reste de l'ovaire permet la continuation des fonctions menstruelles. Mais même lorsqu'on extirpe les annexes des deux côtés, il lui semble préférable de ne pas toucher à la matrice, dont l'ablation complique inutilement la technique; d'ailleurs, la conservation de cet organe est utile au point de vue de l'équilibre intra-abdominal; son extirpation, par contre, rend plus rapide l'atrophie des organes génitaux demeurés sains. Quand on opère tardivement, l'état de l'utérus s'est amélioré à ce moment-là, et si l'hystérectomie paraît alors nécessaire, on peut toujours la faire secondairement par le vagin.

Ajoutons enfin que pour opérer les suppurations des annexes l'auteur préfère la voie abdominale qu'il considère comme moins dangereuse et qui permet de mieux voir ce que l'on fait. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 2.) — E. C.

Des plaies du cœur et de leur suture, par M. C. A. Elsberg.

Les interventions sur le cœur présentent, malgré la rareté de leurs indications, un puissant intérêt, car elles portent sur un organe dont les blessures ont paru longtemps au-dessus des ressources de la thérapeutique chirurgicale.

La plupart des travaux publiés sur ce sujet sont ou bien des statistiques ou bien des recherches expérimentales destinées à établir, sur l'animal, les limites et la technique de ces opérations. C'est à la dernière de ces deux catégories qu'appartient le travail de M. Elsberg qui s'est proposé surtout d'étudier l'étendue maxima des sutures que l'on peut pratiquer sur le cœur du lapin. Il établit tout d'abord que les plaies de moins de 2 millimètres de longueur, siégeant sur le ventricule gauche, guérissent facilement sans suture, tandis que celles qui dépassent ces dimensions entraînent la mort par hémorrhagie. Il en est de même des plaies du ventricule droit. Quant aux blessures des oreillettes, elles sont toujours mortelles si on ne les suture pas.

Comme étendue, l'auteur put pratiquer avec succès des sutures intéressant transversalement toute la paroi du ventricule. Dans d'autres cas, après avoir lié la moitié inférieure du cœur, d'après le principe d'Esmarch, et fendu cette moitié en deux en ouvrant largement les ventricules, il put suturer la plaie; sur 6 animaux traités de cette manière, 4 guérirent. Chez d'autres lapins, la partie inférieure du cœur, comprenant presque la moitié des ventricules, fut amputée après application d'une ligature en bourse; la plaie fut suturée et un grand nombre d'animaux ainsi opérés survécurent; le résultat fut aussi favorable après amputation d'une partie de l'une ou des deux oreillettes.

A l'examen histologique des plaies cardiaques cicatrisées, M. Elsberg a pu constater une dégénérescence des fibres musculaires au niveau de la suture, et la formation d'une cicatrice composée de tissu conjonctif. Il conclut de ces recherches que le nombre des points de suture doit être aussi restreint que possible, de crainte de produire l'atrophie d'un nombre trop considérable de faisceaux musculaires. Le meilleur procédé est, d'après lui, la suture à points séparés embrassant le péricarde et les couches musculaires superficielles, sans pénétrer jusqu'au ventricule. Les fils doivent être noués au moment de la diastole. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 2.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Nouvelle preuve expérimentale de la transmission par les moustiques de la malaria à l'homme, par M. Patrick Manson.

On sait qu'on a pu provoquer chez l'homme tous les symptômes de l'infection palustre en exposant des personnes saines en apparence aux piqûres d'*Anopheles* gorgés d'hématozoaires de la malaria (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 504); c'est là une démonstration directe du rôle important, sinon exclusif, que jouent ces moustiques dans l'étiologie des fièvres paludéennes. Toutefois, comme ces recherches furent faites à Rome, c'est-à-dire dans une région à malaria, on peut objecter que les individus en expérience étaient entachés d'impaludisme latent.

Pour écarter cet argument, M. Patrick Manson vient, à Londres même, de soumettre un homme sain, n'ayant jamais quitté cette ville et chez lequel tout antécédent malarique pouvait être exclu avec certitude, aux piqûres d'anopheles qui lui avaient été expédiés de Rome où on les avait nourris avec le sang d'un individu atteint de fièvre tierce (forme bénigne et facilement curable de la malaria).

Or, cet essai a donné un résultat absolument concluant : le sujet en question a été pris d'accès typiques de fièvre intermittente à forme tierce avec tuméfaction de la rate et hématozoaires caractéristiques dans le sang; ces accès n'ont disparu qu'après un traitement par la quinine. (*Lancet*, 29 septembre 1900.)

Les rapports qui existent entre la cholécystite, l'ictère et les calculs biliaires, par M. A. Mac Laren.

D'après les auteurs classiques, la jaunisse serait un symptôme très important de la cholélithiase. D'autre part, quand on parle de colique biliaire, on est toujours porté à croire que la douleur est due au passage d'un calcul. Or, ces deux opinions seraient également exagérées, si l'on s'en rapporte, du moins, à M. MacLaren; voici sur quoi il base son avis :

Il a soigné un grand nombre de malades qui avaient de violentes coliques hépatiques; jamais il n'a réussi à trouver un calcul dans leurs selles; même, quand il a opéré de tels sujets, les conditions anatomiques qu'il a rencontrées rendaient impossible la migration d'un calcul. Par contre, dans tous les cas il a vu la vésicule biliaire enflammée, avec des parois épaissies, fréquemment adhérentes aux organes voisins. Il en conclut que les symptômes présentés par les patients étaient dus à une cholécystite et non à l'évacuation d'un calcul. Comme il n'a jamais trouvé de concrétion dans le canal cholédoque, mais qu'il en a rencontré parfois dans le canal cystique, il estime que l'ictère est très rarement causé par la migration d'un calcul dans le premier de ces conduits.

Quelle relation y a-t-il entre la cholécystite et la lithiase biliaire? M. MacLaren pense que l'inflammation est le phénomène primitif et que la formation des calculs est secondaire et constitue un symptôme plutôt qu'une maladie. Comme origine de cette phlegmasie, il émet l'hypothèse que des microorganismes venus de l'intestin et surtout du sang envahissent la vésicule biliaire, et provoquent son inflammation; plus tard, la virulence de ces microbes s'étant atténuée, ils formeraient le noyau des concrétions biliaires. A l'appui de cette manière de voir, il rappelle que divers observateurs ont rencontré dans les calculs des microorganismes vivants ou morts, et que M. Curhing a réussi à provoquer expérimentalement chez le lapin la formation de calculs par des inoculations de bacilles d'Eberth. (*Annals of Surgery*, avril 1900.) — E. C.

PUBLICATIONS RUSSES

Le caractère infantile de la parole comme signe de présomption de syphilis héréditaire, par M. R. Katz.

Il est prouvé actuellement, grâce surtout aux travaux de MM. A. et E. Fournier, que l'infantilisme occupe une place importante parmi les stigmates de la syphilis héréditaire. Cependant, si l'on a bien étudié les anomalies de croissance et de développement physique et intellectuel propres à cet état parasyphilitique, on s'est peu occupé jusqu'ici des troubles de la parole qu'il est susceptible d'engendrer. Or, d'après M. Katz, les sujets entachés d'hérédo-syphilis articulent souvent les mots comme le font les petits enfants, en zézayant et en remplaçant le son *r* par le son *l*, et cela avec une intonation absolument infantile. Sans prétendre que cet infantilisme de la parole constitue un symptôme vraiment pathognomonique de syphilis héréditaire, l'auteur estime qu'il n'est pas dépourvu de quelque valeur diagnostique et que parfois il peut indiquer au médecin la véritable origine d'un état morbide dont la nature est demeurée jusque-là obscure.

Tel fut précisément le cas de deux patientes observées par l'auteur.

La première avait perdu presque complètement la vision de l'œil droit, lequel, de plus, était manifestement atrophié et de consistance tellement molle que lorsqu'on appuyait le doigt sur les paupières fermées, l'orbite paraissait vide.

La conservation partielle de la contractilité de l'iris, démontrée par l'action de l'atropine, ainsi que la rapidité avec laquelle, au dire de la patiente, s'était produit l'affaissement de l'œil, firent espérer à M. Katz qu'on avait affaire dans l'espèce non à une lésion incurable, mais à une simple inhibition de la fonction sécrétoire des nerfs ciliaires, due à la compression de ces nerfs par un exsudat inflammatoire. Ayant remarqué, d'autre part, que la parole de la malade offrait au plus haut degré le caractère infantile dont il a été fait mention plus haut, l'auteur pensa que l'affection oculaire pouvait bien être dans ce cas d'origine hérédo-syphilitique, quoiqu'il n'existât aucun stigmate de syphilis.

Il se décida, en conséquence, à pratiquer des injections sous-cutanées de salicylate de mercure : au bout de huit injections, soit vingt-cinq jours après le début de ce traitement, la consistance du globe oculaire, ainsi que ses dimensions, étaient redevenues normales, et l'acuité visuelle atteignait 1/10.

L'autre observation concerne une femme dont l'œil droit était complètement perdu par suite d'atrophie du nerf optique; il existait du même côté du strabisme par paralysie du muscle droit externe. Comme cette malade présentait également de l'infantilisme de la parole, M. Katz supposa que chez elle les troubles oculaires étaient dus à une périostite orbitaire d'origine hérédo-syphilitique. Et, de fait, en examinant la patiente il put constater l'existence d'une tuméfaction caractéristique au niveau du tibia. Les frictions mercurielles amenèrent rapidement la disparition du strabisme, mais elles ne purent naturellement exercer d'influence favorable sur l'atrophie du nerf optique, qui était irrémédiable (*Vratch*, 9 septembre 1900.)

Recherches bactériologiques sur un cas d'atrophie jaune aiguë du foie, par M. N. Baïmakov.

On est loin d'être fixé sur la pathogénie de l'atrophie jaune aiguë du foie, car c'est là une affection qu'on a rarement l'occasion d'observer. Aussi, tandis que, d'après certains auteurs, il s'agirait en l'espèce d'une lésion primitive du foie, qui ne provoquerait des troubles généraux que par suite d'une auto-intoxication résultant du passage dans le sang des parties constituantes de la bile, d'autres y voient, non pas une maladie autochtone, mais une simple variété d'ictère grave. D'aucuns, enfin, tenant surtout compte de la prédominance des troubles de l'état général dans cet état morbide, le classent dans le groupe des infections aiguës.

Cette dernière manière de voir paraît confirmée par les résultats de l'examen bactériologique que M. Baïmakov a pu pratiquer dans un cas typique d'atrophie jaune aiguë du foie.

Le malade en question, âgé de vingt-deux ans, fut admis à l'hôpital militaire de Varsovie avec un ictère intense et un délire des plus violents, bientôt remplacé par un profond coma. La percussion dénotait une diminution manifeste de l'étendue de la matité hépatique. L'urine contenait de l'albumine, des pigments biliaires, de la leucine et de la tyrosine.

La mort survint au bout de sept jours. A l'autopsie, on trouva un foie notablement diminué de poids et de volume et présentant toutes les altérations histologiques de l'atrophie jaune aiguë.

Un examen hématologique, pratiqué avant la mort du malade par le procédé de Chelcinsky (coloration pendant une demi-heure dans un mélange d'éosine jaune et de bleu de méthylène) permit de constater nettement, entre les globules rouges, des diplocoques colorés en bleu, disposés en chaînettes et entourés d'une aréole ressemblant à une capsule.

Ces mêmes microbes furent retrouvés après la mort du patient dans le sang du cœur, dans le foie, la vésicule biliaire, la rate et les reins.

Tous les ensemencements faits avec ces différents organes, de même qu'avec le sang frais recueilli pendant la vie, restèrent stériles.

Malgré le résultat négatif de ces essais de culture, l'auteur pense que les diplocoques qu'il a isolés sont probablement la cause de l'atrophie jaune aiguë du foie, qui serait ainsi une maladie infectieuse d'emblée avec prédominance des lésions dégénératives au niveau de la glande hépatique. (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, août 1900.)

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Posologie et efficacité de la médication cacodylique chez les enfants.

Depuis un certain temps, on administre couramment le cacodylate de soude chez les adultes ; mais l'action de ce remède chez les enfants est encore peu connue. Or, M. le docteur Rocaz, chef de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Bordeaux, après avoir employé la médication cacodylique chez de jeunes sujets dans plus de 80 cas, dont une soixantaine ont été suivis par lui jusqu'à la fin du traitement, a pu s'assurer que le cacodylate de soude en solution aqueuse, administré par la voie buccale deux fois par jour au milieu des repas, est bien toléré par les enfants, et qu'il donne chez eux des résultats très favorables, notamment dans l'anémie des nourrissons et dans la tuberculose au début.

Au point de vue de la posologie, notre confrère indique, comme quantités maxima pour vingt-quatre heures, 0 gr. 03 ou 0 gr. 04 centigrammes de dix à quinze ans, 0 gr. 02 ou 0 gr. 03 centigr. de six à dix ans, 0 gr. 01 centigramme à trois ou quatre ans, et une fraction de centigramme pour les enfants au-dessous de cet âge.

Avant de commencer cette médication, il faut toujours examiner l'état des reins, puis tâter la susceptibilité de l'organisme à l'égard du cacodylate; enfin, au cours du traitement, il est bon de suspendre fréquemment l'usage du remède pour en éviter l'action cumulative.

En usant de ces précautions, M. Rocaz n'a jamais noté d'odeur alliacée de l'haleine, ni aucun des accidents, tels que diarrhée, vomissements, éruptions cutanées, congestions, etc., qu'on a parfois observés chez les sujets adultes soumis à l'usage du cacodylate de soude.

La levure de bière contre la constipation habituelle.

D'après M. le docteur E. Roos, privatdocent de médecine interne à la Faculté de médecine de Fribourg, la levure de bière exercerait une influence des plus favorables sur la constipation habituelle. On pourrait obtenir cet effet soit avec la levure fraîche, simplement desséchée à une température de 30° et dont on administre deux ou trois prises de 0 gr. 50 centigr. chaque jour, soit avec une levure dont la vitalité a été détruite par un séjour d'une heure dans une étuve à 130°; dans ce dernier cas, des doses moitié moindres seraient suffisantes.

Le mode de préparation de la levure étant à peu près indifférent, on en peut conclure que cette substance agit comme laxatif, non pas à la faveur d'un processus de fermentation au niveau du tube digestif, mais bien par sa composition chimique qui la rend susceptible de stimuler le péristaltisme intestinal.

L'action favorable de cette médication chez les constipés chroniques se manifesterait quelquefois dès le second jour; elle persisterait pendant un certain temps même après la cessation du traitement, lequel serait presque entièrement dénué d'inconvénient. On observerait seulement parfois un peu de ballonnement du ventre avec flatulence, et quelques coliques très légères, troubles que l'on pourrait le plus souvent éviter, ou tout au moins atténuer, par l'emploi de levure stérilisée à l'étuve.

REVUE GÉNÉRALE

L'infection de la cavité utérine pendant les suites de couches.

A l'état non gravide, la cavité de la matrice saine est aseptique. Ce fait, constaté d'abord par Winter, est dû aux propriétés bactéricides dont est doué le bouchon muqueux du col, qui empêche l'ascension des germes du vagin (Stroganoff, Menge, Walthard, etc.)

Cette stérilité de l'utérus persistant, à l'état normal, durant la grossesse et l'accouchement, on a supposé qu'elle pouvait continuer aussi pendant les suites de couches afébriles. Mais ce dernier point vient d'être mis en discussion, des travaux récents semblant prouver que la cavité de la matrice puerpérale est loin d'être aseptique; aussi le moment me semble-t-il opportun pour passer en revue les diverses opinions émises à ce sujet.

I

Il est assez difficile de résoudre cette question *a priori*. D'un côté, l'état général parfait, la marche tout à fait régulière de la température et du pouls, l'euphorie dont jouit la jeune mère saine et bien portante, tout semble contraire à la théorie qui déclare peuplé de microbes un endroit aussi vulnérable que l'aire placentaire, d'où partent si facilement des infections mortelles. Mais, d'autre part, on est obligé de considérer la cavité utérine, immédiatement après l'expulsion de l'œuf, comme une grande plaie ouverte, identique à n'importe quelle plaie chirurgicale, qui se couvre de bourgeons charnus et guérit par seconde intention; or, on sait qu'il est impossible de maintenir aseptique une pareille plaie; l'utérus, privé par l'expulsion de l'œuf du bouchon muqueux protecteur du col, se trouve en communication directe avec le vagin, où pullule une riche flore de bactéries; il peut donc et doit être envahi par ces dernières.

Voilà les deux raisonnements opposés; voyons maintenant les faits.

Les recherches bactériologiques semblèrent tout d'abord favorables à la première opinion : Döderlein (1), qui a inauguré ces investigations, a trouvé, en examinant 27 femmes à suites de couches afébriles, la cavité utérine vierge de microbes 24 fois, soit dans 89 % des cas; les 3 cas ayant fait exception ne l'ont pas empêché de conclure que « dans les suites de couches normales, l'endomètre est stérile ». Cet axiome, dont l'absolutisme n'est pas tout à fait justifié par les résultats obtenus par l'auteur, a été plus ou moins corroboré par des recherches ultérieures : Dmitri de Ott a constaté cette stérilité dans 100 % des cas (sur 9 malades), Czerniewski dans 98 % (sur 57), Thomen dans 57 % (sur 7), von Franqué dans 80 % (sur 10), Walthard dans 65 % (sur 20), Krönig dans 79 % (sur 63), Stähler et Winckler enfin dans 63 % (sur 62).

Ainsi, plusieurs des auteurs qui ont répété les expériences de Döderlein sont arrivés à des résultats sensiblement différents : ils ont trouvé les lochies stériles non plus dans 89 % des cas, mais dans 65, 63 et même 57 % seulement; ces chiffres descendent même jusqu'à 15 et 0 % dans les deux travaux récents de Burckhardt (2) et de Franz (3). Burckhardt qui, sur 38 cas, trouva 24 fois les lochies non stériles, explique les résultats différents des travaux antérieurs par ce fait que jusqu'ici on n'a pas distingué entre les premiers et les derniers jours des suites de couches; or, sur les 14 cas où l'ensemencement des lochies est resté négatif, 10 fois ces lochies avaient été recueillies les *premiers* jours et 4 fois seulement le onzième jour des suites de couches; il en conclut que *l'axiome de la stérilité de la cavité utérine n'est valable que pour les premiers jours qui suivent l'accouchement.* Franz n'a examiné que 10 femmes en couches afébriles; chez toutes il a obtenu des cultures, quoique les lochies eussent été prises du deuxième au sixième jour.

Döderlein, voyant ainsi sa doctrine battue en brèche, a cherché à la relever par une nouvelle série de recherches (1) dont les résultats concordent très bien avec ceux qu'il avait publiés antérieurement. Après avoir fait la critique des travaux de Burckhardt et de Franz — critique qui me semble, en ce qui concerne ce dernier, assez justifiée — Döderlein et son collaborateur Winternitz rapportent les chiffres suivants : sur 250 femmes examinées entre le deuxième et le quinzième jour après l'accouchement, ils ont trouvé la cavité utérine stérile dans 83 % des cas; chez les femmes où elle ne l'était pas, ils disent avoir remarqué que le thermomètre était souvent monté à des températures subfébriles, et ils en concluent que, sans être pathologiques, ces faits n'étaient pourtant pas tout à fait normaux.

J'ai institué moi-même une série d'investigations dans le même sens pour découvrir la cause de ces divergences. Je n'ai examiné les femmes qu'au cours de la deuxième semaine des suites de couches, jugeant la question de la stérilité de l'utérus pendant les premiers jours résolue par l'affirmative. Mes recherches ont porté sur 100 femmes à suites de couches apyrétiques ayant accouché à la clinique de Bâle et que mon maître, M. le professeur Bumm, a bien voulu mettre à ma disposition à cet effet. La technique que j'ai adoptée est absolument la même que celle de Döderlein; j'ai, de plus, employé ses procédés d'ensemencement, ses formules de milieux de culture, etc., de façon que mes résultats fussent bien comparables aux siens. Eh bien, malgré tout, je suis arrivé à des conclusions exactement contraires aux siennes, et assez concordantes avec celles de Burckhardt. Sur les 100 accouchées que j'ai examinées — la plupart le onzième ou le douzième jour des suites de couches, quelques-unes de deux à quatre jours plus tard —, 84 avaient des lochies non aseptiques, et pourtant presque toutes se portaient très bien, 24 seulement ayant eu, au cours des dix premiers jours, des températures un peu au-dessus de la normale (de 37°6 à 38°).

Je ne veux pas discuter ici longuement les causes qui ont déterminé cette opposition entre mes résultats et ceux de Döderlein; je dirai seulement que je considère le fait d'ensemencer toujours une quantité suffisante de lochies (environ un quart de centimètre cube par tube) comme la principale raison du succès de mes cultures dans la majorité des faits (2). J'arrive donc à la conclusion suivante : *La cavité utérine de femmes ayant eu des suites de couches apyrétiques contient des germes, les onzième et douzième jours après l'accouchement, dans plus de 80 % des cas.*

II

Une double question se pose maintenant : d'où viennent ces germes, et quelle est leur importance clinique?

La réponse au premier postulatum est simple : les microbes arrivent jusqu'à la cavité utérine par ascension et proviennent du vagin, des petites plaies de la vulve (dues aux traumatismes de l'accouchement) et des parties génitales externes. Aussi les trouve-t-on chez des femmes qui n'ont pas été touchées pendant ni après le travail.

Quant à la seconde question, elle se rattache de près à un point très discuté encore à l'heure actuelle (1), à cause de son importance dans les cas pathologiques : c'est la théorie de l'*auto-infection.*

Par ce mot, les différents auteurs entendent, malheureusement, des choses diverses, et c'est là peut-être la raison pour laquelle la bataille est encore si vive. En effet, si l'on s'en tient à la définition donnée par Ahlfeld, le défenseur le plus ardent de la théorie de l'auto-infection, on ne saurait ne pas admettre cette théorie, tant elle est compréhensive. Ahlfeld (2) désigne, en effet, sous le nom d'auto-infection toute infection due à des microbes pathogènes parvenus dans les organes génitaux de la femme avant, pendant ou après le travail, soit spontanément, soit à l'aide du doigt où d'un instrument *aseptique.*

Il est évident que cette définition ne permet pas de nier l'auto-infection; des faits rentrant dans ce cadre ne sont même pas très rares : la putréfaction d'un débris placentaire retenu dans la cavité utérine peut provoquer une infection puerpérale vraie, due à des germes qui proviennent du dehors et sont arrivés à la vulve, et de là jusque dans la matrice, pendant les premiers jours après l'accouchement. Le doigt aseptique a l'occasion, au moment de franchir la vulve non désinfectée, de s'y charger de microbes; il les dépose ensuite dans le canal génital où ils peuvent causer une infection. Une ancienne poche purulente du petit bassin peut se rompre au moment de l'expulsion de l'enfant et produire une péritonite aiguë. Tous ces cas répondent à la définition d'Ahlfeld.

Il y a encore une autre catégorie de faits qui, eux aussi, devraient grossir, d'après cet auteur, les cadres de l'auto-infection : ce sont les infections de l'utérus puerpéral par *voie sanguine*, qu'on pourrait dénommer *infections endogènes.* Leur pathogénie est facile à comprendre : l'endomètre, immédiatement après la délivrance, est un *locus minoris resistentiæ.* Tous les germes qui, par hasard, se trouvent à ce moment dans la circulation, viennent donc s'y installer et, s'ils sont nombreux et virulents, ils arrivent à avoir le dessus dans leur lutte contre les forces défensives mobilisées aussitôt par l'organisme. Pour qu'il y ait des microbes virulents en nombre suffisant dans le sang, il suffit qu'il se trouve, quelque part dans l'organisme, un *foyer inflammatoire.*

Un exemple rendra la démonstration plus précise : il y a quelques mois, une jeune femme, primipare, entrait dans le service de M. Bumm à la dernière période du travail; elle fut baignée, les organes génitaux externes furent désinfectés au savon, à l'alcool et au sublimé; *avant qu'on eût pratiqué le toucher*, la tête du fœtus apparut, de sorte qu'on n'eut qu'à protéger le périnée, ce qui fut fait avec des mains rigoureusement désinfectées. Après l'accouchement, qui eut lieu le soir même à dix heures, la température était de 37°8; le lendemain matin, elle s'élevait à 39°3; une fièvre intense, accompagnée, plus tard, de frissons, continua les jours suivants; l'examen bactériologique des lochies, pratiqué le quatrième jour, décela la présence du streptocoque pyogène. Malgré l'irrigation intra-utérine permanente, le sérum de Marmorek, etc., la malade mourut le dix-huitième jour. Or, à l'autopsie, on découvrit, outre l'endométrite septique, une sinusite frontale chronique à streptocoques. Etant donné que la parturiente n'avait pas été touchée, que la fièvre

(1) DÖDERLEIN. Ueber das Vorkommen von Spaltpilzen in den Lochien des Uterus und der Vagina gesunder und kranker Wöchnerinnen. (*Arch. f. Gynäkol.*, 1887, XXXI, 3.)

(2) O. BURCKHARDT. Ueber Fäulnisfieber im Wochenbett. (*Beiträge z. Geburtsh. u. Gynäkol.*, 1899, II, 2.)

(3) FRANZ. Bakteriologische und klinische Untersuchungen über leichte Fiebersteigerungen im Wochenbett. (*Beiträge z. Geburtsh. u. Gynäkol.*, 1900, III, 1.)

(1) DÖDERLEIN et WINTERNITZ. Die Bakteriologie der puerperalen Sekrete. I. Teil : Das normale Wochenbett. (*Beiträge z. Geburtsh. u. Gynäkol.*, 1900, III, 2.)

(2) Un travail contenant les détails de mes recherches et la revue critique de celles des autres auteurs sera publié ultérieurement.

(1) Voir les rapports de M. Doléris, de MM. Menge et Krönig et de M. Pestalozza sur « l'étiologie et la nature des septicémies puerpérales »; ainsi que la discussion de ces rapports, au treizième Congrès international des sciences médicales (*Semaine Médicale*, 1900, p. 273).

(2) AHLFELD. Lehrbuch der Geburtshilfe. 2e éd., p. 562. Leipzig, 1898. — Beiträge zur Frage von der Entstehung der fieberhaften Wochenbettserkrankungen. 3. Teil. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, 1900, XLIII, 2.)

avait commencé huit heures après l'accouchement, que le catarrhe du sinus frontal était chronique, tandis que l'infection de l'endomètre fut aiguë, il me paraît hors de doute que cette dernière ait été engendrée par le premier, les streptocoques, transportés sur un nouveau milieu de culture très propre à leur développement, ayant atteint rapidement un haut degré de virulence.

Dans le même ordre de faits rentrent deux autres cas que j'ai observés au cours des deux dernières années : dans l'un, une broncho-pneumonie à streptocoques, préexistante au travail, eut pour suite une infection de l'endomètre; dans l'autre, l'infection prit une voie tout à fait exceptionnelle, car elle chemina *per contiguitatem* : pneumonie, empyème, puis, l'infection ayant traversé le diaphragme, péritonite généralisée et, enfin, endométrite puerpérale, le tout produit par le pneumocoque dont on put déceler la présence dans tous les organes lésés, y compris le diaphragme.

La définition d'Ahlfeld s'applique à ces cas, et pourtant ce n'est pas là ce que la plupart des auteurs entendent par auto-infection. Pour étendre ainsi, autant que faire se peut, le domaine de la « Selbstinfection », Ahlfeld fait valoir une raison assez spéciale : il veut empêcher que, le cas échéant, un médecin ou une sage-femme puisse être poursuivi si, dans sa pratique, survient un cas de fièvre puerpérale mortelle. A cela, j'objecterai que l'autopsie fera toujours reconnaître, dans les faits de ce genre, la source de l'infection, de sorte que l'hétéro-infection par les doigts ou les instruments malpropres ne saurait entrer en ligne de compte. Il ne me semble donc pas légitime d'élargir, pour cette raison médico-légale, le cadre de l'auto-infection.

III

Telle qu'elle a été posée par Menge et Krönig (1), qui appliquent à ce cas particulier la définition plus générale de Kocher et Tavel (2), la question de l'auto-infection se résume ainsi : existe-t-il, dans le canal génital de la femme ou sur la peau des régions voisines, des microbes à l'état de *saprophytes* capables de produire une infection puerpérale, qui, alors, surviendrait par auto-infection ?

On saisit de suite la différence qui sépare cette conception de celle d'Ahlfeld. Tous les cas d'infection consécutifs à la rupture d'une collection purulente, à la présence de germes pathogènes dans la voie sanguine, etc., sont éliminés ici. La gonorrhée, qui est capable, on le sait, de produire de la fièvre pendant les suites de couches, ne se rangera pas non plus, comme le veut Ahlfeld, parmi les auto-infections, puisque son microbe ne vit pas à l'état de saprophyte, mais bien comme vrai parasite, sur la muqueuse du canal uro-génital. Pour la même raison, l'infection puerpérale partant d'une petite plaie accidentelle des voies génitales, acquise d'une manière quelconque avant le travail, est aussi une hétéro-infection, car les microbes qui ont peuplé cette plaie et qui, en pénétrant dans les tissus, ont provoqué de la fièvre menaient une vie *parasitaire* et pouvaient conserver ainsi leur vitalité et leur virulence.

IV

Tout le monde étant d'accord pour admettre la possibilité d'une infection puerpérale sans l'intervention de la main ou des instruments de l'accoucheur, infection due aux diverses causes que nous venons d'énumérer, nous croyons donc qu'il vaut mieux restreindre la définition de l'auto-infection, comme l'ont fait tout récemment encore Menge et Krönig au Congrès de

(1) MENGE et KRÖNIG. Bakteriologie des weiblichen Genitalkanales. T. II, p. 359. Leipzig, 1897.

(2) KOCHER et TAVEL. Vorlesungen über chirurgische Infectionskrankheiten. 1. Teil. Bâle et Leipzig, 1895.

Paris (1), et nous contenter de rechercher si les microbes végétant à l'état de saprophytes dans le vagin et sur la peau des parties génitales de la parturiente sont capables de produire une fièvre puerpérale. C'est là une question grosse de conséquences, qui n'a pourtant pas encore reçu une réponse catégorique, incontestée. Il est vrai que ceux qui la résolvent par l'affirmative sont tout aussi absolus que ceux qui répondent non. Voyons rapidement sur quelles données cliniques ou expérimentales se basent les uns et les autres.

Ahlfeld (2) cite à l'appui de la théorie de l'auto-infection une série de cas mortels de fièvre puerpérale, recueillis dans la littérature de ces dernières années, et dans lesquels aucun toucher n'avait été pratiqué.

Dans la majorité de ces faits, la mort fut déterminée soit par la putréfaction d'un débris placentaire retenu dans le canal génital, soit par la rupture d'une poche purulente du petit bassin; on peut expliquer les autres en admettant une blessure préexistante non découverte, ou une infection par les doigts de la parturiente, par un coït précédant immédiatement le travail, etc., de sorte qu'il n'y a pas nécessité absolue de faire intervenir ici l'hypothèse de l'auto-infection. Mais celle-ci semble démontrée par d'autres preuves : le service de clinique obstétricale dans lequel on a observé, sous le contrôle d'une thermométrie rigoureuse, les meilleurs résultats quant à la morbidité (9.6 % pendant les cinq dernières années) est celui de Hofmeier (3) qui est partisan de la désinfection du vagin avant l'accouchement. Ce fait paraît démontrer victorieusement l'utilité des lavages antiseptiques du vagin, et, par suite, l'influence nocive qu'exercent les germes que contient normalement celui-ci. Je dis expressément « paraît » démontrer, car la chose n'est pas encore certaine. En effet, Krönig (4) a institué, pour corroborer ses résultats antérieurs, une expérience sur ce sujet à la clinique de Leipzig. Pour écarter autant que possible toute cause d'erreur, il fit pratiquer les lavages antiseptiques du vagin chez une femme seulement sur deux qui entraient dans son service, et cela d'après leur ordre d'admission; en dépouillant 1,114 observations il put, de la sorte, s'assurer que les lavages antiseptiques du vagin ne sont pas nécessaires : dès lors, ils sont même irrationnels, puisqu'ils enlèvent le mucus vaginal doué, comme on sait, de propriétés bactéricides marquées.

Nous avons fait, à l'instigation de M. le professeur Bumm, une série de recherches analogues à la clinique de Bâle : pendant toute l'année dernière, nous avons pratiqué la désinfection vaginale des parturientes d'après la méthode de Hofmeier (lavage énergique, à l'aide du doigt, avec une solution de sublimé à 1 ‰). Voici nos résultats :

En 1897, pas de désinfection : 933 accouchements avec 81.9 % de suites de couches afébriles;

En 1898, pas de désinfection non plus : 1,066 accouchements avec 84.5 % de suites de couches apyrétiques, soit une amélioration de 2.6 %;

En 1899, désinfection : 1,225 accouchements avec 86.7 % de suites de couches sans température, soit une amélioration de 2.2 %.

Il résulte de ces chiffres que l'amélioration fut moins importante de 1898 à 1899 que de 1897 à 1898, années pendant lesquelles on ne fit pas de désinfection vaginale; de sorte qu'on ne saurait attribuer à cette désinfection le fait que le nombre des cas de fièvres a encore un peu diminué en 1899, alors qu'elle fut pratiquée; si

(1) MENGE et KRÖNIG. (*Semaine Médicale*, 1900, p. 273.)

(2) AHLFELD. Klinische Beiträge zur Frage von der Entstehung der fieberhaften Wochenbettserkrankungen. 1. Teil. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, 1899, XL, 3.)

(3) HOFMEIER. Zur Verhütung des Kindbettfiebers. 5. Beitrag. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 sept. 1900.)

(4) KRÖNIG. Klinische Versuche über den Einfluss der Scheidenspülungen während der Geburt auf den Wochenbettsverlauf. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 janv. 1900.)

l'on ne veut pas admettre l'effet d'un pur hasard pour expliquer ces résultats, il faut faire intervenir le perfectionnement général de toutes les mesures d'antisepsie, l'emploi des gants de caoutchouc, c'est-à-dire la mise en œuvre de moyens propres à diminuer les risques d'une infection hétérogène.

Enfin, les résultats de Hofmeier ont été dépassés par ceux de Döderlein qui, ne craignant pas l'auto-infection, ne fait pas de lavages vaginaux, mais ne laisse pratiquer le toucher que sous la protection d'un gant de caoutchouc stérilisé, afin d'éliminer ainsi la source la plus ordinaire de l'hétéro-infection, la peau humaine : sur 400 accouchements, il n'a compté que 8 % de morbidité (1).

V

N'ayant pu résoudre le problème par l'observation clinique, on s'est adressé à l'expérimentation. Caselli (2), dans une série d'expériences intéressantes, introduisit des tampons, trempés préalablement dans une culture de *streptococcus erysipelatis*, dans le vagin intact de 3 lapines en état de grossesse et les y laissa jusqu'au moment du travail; dans les 3 cas, bien que quinze jours, vingt-deux jours et quarante-cinq jours se fussent respectivement écoulés entre l'introduction du tampon et l'accouchement, ces animaux périrent d'infection streptococcique peu après avoir mis bas. Je ne saurais accorder une très grande valeur à ces résultats. D'abord, il doit y avoir quelque différence entre le vagin d'une lapine et le vagin de la femme, car Menge et Krönig ont prouvé qu'une culture pure de streptocoques, déposée dans le cul-de-sac vaginal d'une femme enceinte et bien portante, ne tarde pas à être détruite; d'autre part, avec les tampons, Caselli a nécessairement introduit dans le vagin une certaine quantité de bouillon de culture, qui a pu suffire à maintenir la vitalité des microbes; enfin, il n'est pas impossible que le tampon ait produit de petites lésions de l'épithélium vaginal ayant permis aux streptocoques de vivre, non pas à l'état de saprophytes, mais bien en parasites, et de conserver ainsi leur virulence jusqu'au moment voulu.

Dans un autre ordre d'idées, mais également dans le but de résoudre la question de l'auto-infection, plusieurs auteurs ont recherché : 1° si le vagin d'une femme enceinte, ayant les organes génitaux normaux, contient des streptocoques; 2° si ces streptocoques peuvent acquérir une virulence suffisante pour produire la fièvre puerpérale. Les cas de fièvre puerpérale grave due non pas aux streptocoques, mais à d'autres microbes, sont, en effet, tellement rares qu'on peut les négliger ici. Ces deux points résolus par l'affirmative, ce serait, naturellement, la réalité de l'auto-infection prouvée sans contestation possible.

Pour ce qui est de la première question, les travaux datant de quelques années et ayant abouti à des résultats positifs n'ont que très peu de valeur, étant donné que les précautions prises pour éviter le contact des parties génitales externes n'étaient pas suffisantes. Répétées avec les soins nécessaires, ces recherches ont donné des résultats contradictoires à Williams (3), à Koblanck (4), à Hallé (5), à Gönner (6). Il semble

(1) DÖDERLEIN. (*Semaine Médicale*, 1899, p. 196.)

(2) A. CASELLI. Experimentelle und bakteriologische Untersuchungen über das Puerperalfieber. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 7 janv. 1899.)

(3) WILLIAMS. The cause of the conflicting statements concerning the bacterial contents of the vaginal secretion of the pregnant woman. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc. 1898.)

(4) KOBLANCK. Zur puerperalen Infektion. 1. Teil. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XXXIV, 2.)

(5) HALLÉ. Recherches sur la bactériologie du canal génital de la femme (état normal et pathologique). (*Thèse de Paris*, 1898.)

(6) GÖNNER. Sind Streptokokken im Vaginalsekret gesunder Schwangerer und Gebärender? (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 mai 1899.)

pourtant que la sécrétion dite « pathologique » (Döderlein) contienne quelquefois des *coccus* en chaînette; mais l'accord n'est pas fait sur la seconde question, à savoir la *nature* de ces microbes, les uns prétendant qu'ils sont identiques au streptocoque puerpéral, tandis que d'autres les considèrent comme une espèce à part, privée de virulence. A l'examen d'un certain nombre de cas (il ne dit pas combien), Koblanck (1) ne constate qu'une seule espèce virulente pour la souris. Stähler et Winkler (2) trouvent 10 fois des streptocoques, dont 6 plus ou moins pathogènes pour le cobaye et la souris. Par contre, Menge et Krönig (3) ont pu isoler et cultiver des streptocoques anaérobies non virulents qui conservèrent leur extrême sensibilité vis-à-vis de l'oxygène malgré des repiquages répétés, ce qui les distingue nettement du streptocoque pyogène. Burckhardt (4), ayant isolé une espèce de *coccus* en chaînette des lochies de femmes à suite de couches afébriles, la trouva également sans virulence : il put l'injecter impunément sous la peau de son bras.

Je puis apporter de mon côté une preuve de même ordre : sur 5 cas d'accouchement prématuré, provoqué par l'introduction de deux bougies stériles dans la cavité utérine — après désinfection rigoureuse du vagin et de l'orifice externe —, j'ai pu obtenir 4 fois des cultures par l'ensemencement du mucus qui se trouvait à la pointe de la bougie, lorsqu'on retira celle-ci au bout de vingt-quatre heures : une fois il s'agissait d'un bâtonnet court, ne prenant pas le Gram et déterminant la production de gaz dans les cultures sur gélose, 2 fois du *staphylococcus citreus* et 1 fois du *staphylococcus albus*. Inutile de dire qu'on avait pris rigoureusement les précautions nécessaires pour empêcher tout contact avec la peau. Or, de ces 4 accouchements, 3 eurent des suites normales; après le quatrième seulement, où un décollement manuel du placenta dut être pratiqué, il y eut pendant trois jours une fièvre bénigne.

Le fait que ces microbes, provenant sans aucun doute du vagin (malgré la désinfection préalable), ont été en contact intime, pendant vingt-quatre heures, avec la paroi utérine, alors que cette dernière devait nécessairement, de par l'introduction de la bougie entre les caduques vraie et réfléchie, présenter de petites lésions, et que, malgré cela, il n'y a eu, dans les 3 cas où l'expérience ne fut pas troublée par une intervention intra-utérine ultérieure, aucun symptôme d'infection, ce fait semble bien prouver que les microbes qui composent la flore bactérienne du vagin sont incapables, en règle générale, de faire beaucoup de mal, de produire une infection grave.

VI

Il y a une raison très importante encore de ne pas admettre l'auto-infection tant qu'elle ne sera pas plus solidement établie qu'elle ne l'est à l'heure actuelle; c'est une raison *d'enseignement*. En effet, les élèves, les sages-femmes auxquels on parle de l'auto-infection comme s'il s'agissait là d'un fait prouvé, peuvent se demander — et non sans quelque apparence de raison — à quoi bon se brosser les mains jusqu'à se faire mal s'il y a dans le vagin de la parturiente des germes qu'on ne peut espérer détruire tous par un lavage du vagin et qui sont susceptibles de déterminer une infection mortelle. On aura beau leur dire que ces cas sont exceptionnels; le fait qu'ils se sentiront protégés par cette doctrine vis-à-vis du juge d'instruction, comme à l'égard de leur propre conscience, les amènera à être moins stricts au point de vue de l'asepsie des mains, à se permettre, le cas échéant, des négligences qui, un jour ou l'autre, se payeront par une infection grave, voire par la mort d'une parturiente. Et c'est au passif de la doctrine de l'auto-infection que devront être inscrits ces cas d'hétéro-infection.

VII

Je me résume : sans vouloir nier complètement la possibilité d'une infection autogène — qui n'est pas encore strictement démontrée, mais contre laquelle on ne peut pas, non plus, citer de faits absolument probants — je considère cette infection comme tout à fait exceptionnelle; *l'immense majorité des cas d'infection, et surtout d'infection grave et mortelle, sont des cas d'infection hétérogène.*

Les causes de cette dernière sont multiples, mais la seule vraiment importante est l'*asepsie imparfaite des mains* de l'accoucheur ou de la sage-femme.

La meilleure prophylaxie de la fièvre puerpérale, c'est donc la désinfection rigoureuse des mains, c'est l'abstention, ou l'emploi de gants de caoutchouc, en cas de souillure avec des matières septiques; car, quoi qu'on dise, il n'est pas possible, par n'importe quelle méthode de lavage connue, de *garantir* l'asepsie d'une main ayant été infectée avec des germes virulents depuis moins de vingt-quatre ou quarante-huit heures (1).

D'autre part, il est tout aussi important de désinfecter les parties génitales externes de la parturiente. En ce qui concerne les lavages antiseptiques du vagin, je les considère comme inutiles dans les accouchements rapides et normaux. Mais, dès que le travail se prolonge, surtout après la rupture de la poche des eaux — ces dernières, étant alcalines, neutralisent la réaction acide du mucus vaginal et permettent ainsi la prolifération des germes venant du dehors —, de même qu'avant toute intervention obstétricale, un lavage énergique du vagin au sublimé à 1 ‰ me paraît utile. A la suite de manipulations intra-utérines, et surtout après le décollement manuel du placenta, je pratique, pour les mêmes raisons, une injection de lysol à 1 % dans la cavité de la matrice (2).

VIII

Nous avons vu, au début de cette étude, que pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement la cavité utérine est normalement stérile, tandis que, d'après les travaux de Burckhardt, confirmés par mes propres recherches, elle commence à se peupler de germes vers le huitième jour. Dans 80 % des cas au moins, elle n'est plus aseptique au cours de la deuxième semaine. On peut se demander pourquoi, dans ces conditions, il n'y a le plus souvent ni fièvre, ni aucun symptôme d'infection. La réponse est assez simple : après la première semaine, la muqueuse utérine est presque entièrement réparée, de sorte que son épithélium ne permet pas aux microbes de pénétrer dans les tissus; au niveau de l'aire placentaire, où cette couche protectrice manque encore, les caillots qui occupent la plus grande partie de la surface sont en voie d'organisation, si bien que là non plus les germes ne trouvent pas de bonnes conditions pour se fixer. Il ne leur reste, comme milieux nutritifs, que les débris de caduque mortifiée et le sang liquide ou les caillots libres de la cavité utérine, c'est-à-dire ce qui constitue les lochies. Or, comme normalement ces sécrétions s'écoulent dans le vagin, une partie des microbes et de leurs toxines sont, en même temps, éliminés. Ce sont là exactement les conditions dans lesquelles se trouve toute plaie cavitaire : tant que l'écoulement des sécrétions se fait librement, il n'y a généralement ni pénétration de microbes ni résorption de toxines. Pour que l'une ou l'autre de ces éventualités se réalise dans la matrice, il faut qu'il se produise une *rétention* des lochies, ce qui arrive assez fréquemment par antéflexion exagérée du corps de l'utérus sur la partie cervicale. Alors, les germes se multiplient très rapidement : il y a résorption de toxines, fièvre. Dès que, par les forces de la nature ou l'intervention de l'art, le drainage se rétablit, la fièvre tombe. C'est là ce qu'on appelle « Fäulnisfieber », fièvre par putréfaction, ou, d'après l'heureuse expression de M. Bumm, « Eintagsfieber », fièvre éphémère; en effet, cette fièvre ne dure guère plus d'un ou de deux jours et n'atteint jamais un degré inquiétant. Elle est donc radicalement différente de la fièvre puerpérale vraie.

Le même trouble du drainage naturel peut se produire dès les premiers jours des suites de couches. Si la cavité utérine est aseptique, comme elle doit l'être à cette époque, il n'y a pas de putréfaction, mais parfois, néanmoins, un peu de fièvre par résorption de la fibrine. On a vu des cas, en effet, où, malgré une fièvre ayant toutes les apparences de l'« Eintagsfieber », l'examen bactériologique des lochies demeura négatif. J'ai, moi-même, trouvé 3 fois la cavité utérine stérile le onzième ou le douzième jour chez des accouchées ayant eu de la fièvre au cours de la première semaine. Mais que, au contraire, la cavité utérine contienne déjà des germes à cette époque — fait anormal et dû à une des diverses formes de l'hétéro-infection — toute interruption de l'écoulement lochial sera suivie de fièvre par résorption de toxines bactériennes. La gravité ou la bénignité de cette fièvre dépendra du nombre et de la virulence des germes, du pouvoir réactionnel de l'organisme. La réfection de la muqueuse n'étant pas encore terminée, les microbes trouvent les vaisseaux sanguins et lymphatiques ouverts, c'est-à-dire dans des conditions très favorables à leur propagation.

IX

Quelles sont, maintenant, les conséquences pratiques qui découlent de ces données bactériologiques? Nous pouvons demander à la bactériologie d'abord de nous fournir un *diagnostic* précoce et sûr de la nature d'une fièvre survenant pendant les suites de couches et, ensuite, de nous en indiquer le *pronostic*.

Mais avant d'entrer dans le détail des résultats acquis à ce double point de vue, qu'il me soit permis de dire un mot de la *technique* adoptée pour cette sorte d'investigations à la clinique de Bâle où l'on procède à l'examen bactériologique de toute femme en couches ayant de la fièvre pendant plus de vingt-quatre heures.

La patiente est placée sur le fauteuil à spéculum (en ville, on peut la mettre sur le bord du lit, le siège dépassant un peu ce bord); elle est rasée, lavée au savon, à l'eau chaude et au sublimé. Tout d'abord, on examine la vulve et les parties inférieures du vagin, qui portent très souvent de petites blessures; si ces dernières, au lieu d'être rouges, sont d'un mauvais aspect, couvertes d'une couche jaune ou grisâtre, on prend une petite particule de cette couche pour en pratiquer l'examen bactériologique et on cautérise toutes les érosions, avec de la teinture d'iode de préférence. Ensuite, on pratique le toucher pour s'assurer qu'il n'existe pas

(1) Koblanck. Zur puerperalen Infektion. 2. Teil. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, 1899, XL, 1.)

(2) Stähler et Winkler. Sind die aus Vaginalsekret zu züchtenden Streptokokken eine besondere, von Streptococcus pyogenes unterscheidbare Art von Kettenkokken? (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin 1900.)

(3) Menge et Krönig. Ueber verschiedene Streptokokkenarten. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin 1899.)

(4) Burckhardt. (*Loc. cit.*, p. 208.)

(1) Voir, à ce sujet : Wormser. De l'emploi des gants en chirurgie et en obstétrique. (*Semaine Médicale*, 1900, p. 207.)

(2) Le sublimé est, dans ces conditions, généralement très redouté, à cause de ses propriétés toxiques. Toutefois, mon ancien maître, M. le professeur P. Müller (de Berne) s'en sert couramment et sans accidents, en faisant, immédiatement après, une injection d'eau salée. On a vu, d'ailleurs, des cas d'intoxication mortelle avec le lysol aussi bien qu'avec le bichlorure de mercure, ce qui impose une prudence extrême dans l'exécution de l'injection, quel que soit le liquide employé (injection sous faible pression, compression du fond de l'utérus, contrôle du pouls, etc.).

de poche annexielle, ce qui demanderait des précautions spéciales pour ne pas en provoquer la rupture. Ceci fait, on introduit une ou deux valves dans le vagin, afin de rendre bien visible l'orifice externe; si les annexes utérines ont été trouvées intactes, on saisit la lèvre antérieure avec une pince tire-balle pour mieux abaisser l'utérus et pour rendre béant le canal cervical. Le museau de tanche étant, pour ainsi dire, le miroir de l'endomètre, on l'examine attentivement. Lorsqu'il est rouge, sans plaques jaunâtres, il s'agit, en général, non pas d'une infection grave, mais plutôt d'une putréfaction des lochies; dans les cas d'endométrite septique, la muqueuse du col de l'orifice externe est couverte, au contraire, d'une couche d'un gris ou d'un jaune sale, souvent verdâtre. Après avoir constaté l'état du museau de tanche, on le frotte énergiquement au sublimé (à 1 ‰) à l'aide d'un tampon de ouate; ensuite, on introduit, dans la cavité utérine, une longue et mince canule en verre soigneusement stérilisée, présentant une courbure appropriée. Si les lochies ne coulent pas spontanément, on peut les aspirer soit directement avec la bouche (au besoin en ajustant un petit tube de caoutchouc à l'extrémité de la canule), soit encore à l'aide d'une seringue. La quantité, l'aspect et l'odeur du liquide qui remplit plus ou moins la canule donnent déjà quelque idée de la nature du processus. Si l'aspiration ne fournit rien ou presque rien, il faut se méfier : il s'agit souvent alors d'un gros caillot occupant toute la cavité. Aussi, pour être sûr de ne pas méconnaître pareille éventualité, on fera bien, dans tous les cas, après avoir retiré la canule et les valves, d'introduire le doigt dans la matrice pour s'assurer qu'il ne s'y trouve ni débris placentaires, ni membranes, ni caillots. Il va sans dire qu'on profitera de l'occasion pour instituer le traitement approprié : grand lavage antiseptique en cas de putréfaction des lochies, curage de la cavité s'il s'agit de rétention placentaire, etc.

C'est des lochies, recueillies comme je viens de le dire, que l'on peut tirer des indications relatives au diagnostic, et cela en procédant à leur examen microscopique et à leur ensemencement sur bouillon. En général, le premier procédé ne suffit pas pour se prononcer définitivement; il faut donc attendre douze ou vingt-quatre heures, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'on ait le résultat des cultures. Celui-ci obtenu, on a les éléments d'un diagnostic certain dans les cas suivants :

1° Si la préparation microscopique et les cultures ne présentent pas de microbes, il ne s'agit pas d'une fièvre bactérienne provenant de la matrice; donc, ou bien *fièvre aseptique* par résorption, ou bien *fièvre de cause extra-génitale;*

2° Si le microscope décèle la présence du gonocoque (les cultures restant stériles), *gonorrhée* des suites de couches (endométrite, peut-être aussi salpingite gonorrhéiques);

3° Constate-t-on au microscope la présence d'une ou de plusieurs espèces de microbes à l'exclusion du streptocoque; le bouillon est-il, après vingt-quatre heures, très trouble, peut-être d'odeur désagréable? Diagnostic : *fièvre par putréfaction des lochies;* les cas de fièvre grave, et surtout mortelle, due au staphylocoque, au colibacille, aux différentes espèces anaérobies sont beaucoup trop rares pour infirmer cette règle générale;

4° La préparation colorée montre-t-elle, seul ou en association avec d'autres germes, le streptocoque qu'on retrouve également dans les cultures sous formes de chaînettes de quatre à dix cocci? Alors, *endométrite à streptocoques.*

Ce schéma serait très pratique, si, outre le diagnostic bactériologique, il nous donnait aussi le diagnostic clinique, c'est-à-dire si une même espèce de microbes — au point de vue pratique, le streptocoque est seul intéressant — déterminait toujours le même syndrome morbide. Malheureusement, il n'en est rien; et cela nous conduit à envisager le second des points sur lesquels la pathologie des suites de couches a recours à la bactériologie, à savoir le *pronostic.* En effet, si la présence de chaînettes dans les lochies nous permet bien de poser le diagnostic d'endométrite à streptocoques, elle nous dit peu de choses sur la marche clinique qu'affectera la maladie; car, nous l'avons vu dans la première partie de ce travail, il y a streptocoques et streptocoques : tantôt il s'agira simplement d'une fièvre par putréfaction, et le streptocoque se trouvera en association bactérienne, comme je l'ai souvent noté le onzième ou le douzième jour dans les lochies d'accouchées absolument apyrétiques; tantôt, au contraire, des chaînettes d'un aspect identique aux précédentes seront bel et bien les agents d'une infection grave, d'une « fièvre puerpérale » vraie.

On a, naturellement, fait l'inoculation de ces cultures aux animaux, pour déterminer la virulence du microorganisme en question. Mais ces expériences n'ont aucune valeur : d'abord, la virulence n'est pas une qualité fixe et immuable; les germes recueillis un jour peuvent donner un résultat négatif, alors que, par l'exaltation naturelle de la virulence, trois jours plus tard les lochies contiendront des microbes tuant le cobaye en vingt-quatre heures. De plus, un des facteurs les plus importants au point de vue du pronostic, c'est la force de résistance de l'organisme envahi; et, jusqu'à présent, nous ne connaissons pas de méthode qui nous permette de l'apprécier. Peut-être le développement de nos connaissances relatives au phénomène de l'agglutination nous conduira-t-il un jour à un résultat dans cette voie.

En tout cas, et jusqu'à nouvel ordre, l'observation clinique reste seule capable de nous fournir un critérium pour poser le pronostic, puisque la bactériologie y est encore complètement impuissante. Mais cela ne diminue en rien l'utilité de l'examen bactériologique en ce qui concerne le diagnostic précoce. Il nous épargne bien des inquiétudes dans certains cas en nous démontrant l'absence de l'ennemi tant et si justement redouté, tandis que, dans d'autres, en nous en signalant la présence dès le début, alors que rien encore, dans l'observation clinique, ne le laisse soupçonner, il met en éveil notre vigilance et nous permet d'être prêt à combattre le mal dès le commencement, partant d'une manière plus efficace.

Quant à la possibilité d'instituer ces investigations hors des maisons de santé, dans la pratique journalière de la ville ou de la campagne, elle n'est pas une chimère. On exige aujourd'hui que le médecin sache trouver le gonocoque dans les sécrétions uréthrales et le bacille de la tuberculose dans les crachats; pourquoi ne lui demanderait-on pas aussi de pratiquer l'examen bactériologique des lochies en cas de fièvre d'un caractère douteux, alors qu'un diagnostic *précoce* est d'une si grande importance? D'autant que cet examen me paraît indispensable avant l'application de la sérothérapie : pour employer le sérum antistreptococcique, il faut être sûr d'abord qu'on se trouve en présence d'une infection à streptocoques.

Dr Edmond Wormser,
Premier assistant à la clinique gynécologique et obstétricale de la Faculté de médecine de Bâle.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 octobre 1900.

Précocité et périodicité sexuelles chez l'homme.

M. G. Loisel. — On connaît un assez grand nombre de cas de précocité sexuelle chez l'homme, bien que ce phénomène soit moins apparent chez lui que chez la femme; d'autre part, M. Perry-Coste et M. Féré ont publié, cette année même, deux faits de périodicité sexuelle mâle. Or, jusqu'à présent, on n'a pu fournir une explication satisfaisante ni de l'une ni de l'autre de ces anomalies de l'instinct sexuel dans le sexe masculin.

Des recherches d'embryologie comparée m'ont permis de constater que, chez le moineau, il existe une phase *préspermatogénétique,* qui précède l'établissement définitif de la sécrétion spermatique et se compose de périodes successives de multiplications cellulaires au niveau de l'épithélium des canalicules séminifères, et de régression des mêmes éléments.

S'il en est ainsi chez l'homme — et rien n'indique qu'il en soit autrement —, il suffit qu'une de ces crises préspermatogénétiques devienne définitive pour que se produise un cas de précocité sexuelle; on peut interpréter de même la périodicité sexuelle en admettant que l'alternance fœtale des phénomènes de prolifération et de régression séminales persiste toute la vie, la spermatogenèse définitive ne parvenant pas à s'établir.

Sur la recherche de la cystine dans les eaux contaminées.

M. Molinié. — J'ai pu m'assurer que le réactif dont M. Causse s'est récemment servi pour déceler la présence de la cystine et pour doser ce corps dans des eaux ayant manifestement provoqué la fièvre typhoïde (Voir *Semaine Médicale,* 1900, p. 107), donne en réalité la prétendue réaction de la cystine dans toute eau acide; or, comme le procédé de dosage de M. Causse comporte l'addition d'acide chlorhydrique au liquide à analyser, il s'ensuit que la présence de la cystine dans les eaux qu'a étudiées cet auteur n'est rien moins que démontrée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 octobre 1900.

De l'asepsie opératoire.

M. Bazy. — M. Quénu ne trouve pas que mes expériences relatives à la stérilisation de mains préalablement infectées (Voir *Semaine Médicale,* 1900, p. 176) soient concluantes, parce qu'elles ont été faites sur des lapins sains et vigoureux et, par suite, ne peuvent être comparées à ce qui se passe chez nos malades. Il est certain que les résultats de l'expérimentation ne doivent pas être entièrement appliqués à l'homme; mais ils n'en sont pas moins instructifs, et je considère que mes recherches, jointes à celles de MM. Delbet, Schwartz et Walther, contribuent à démontrer la possibilité d'une désinfection complète des mains. D'ailleurs, ces faits expérimentaux sont d'accord avec de nombreuses observations cliniques, où l'on voit le chirurgien obligé de pratiquer d'urgence une opération aseptique après une intervention septique, sans que le moindre incident vienne compliquer les suites opératoires.

Néphrectomie pour tuberculose rénale.

M. Albarran. — Je vous présente un rein tuberculeux que j'ai enlevé chez un jeune homme de vingt ans; ce cas est intéressant par la précocité du diagnostic, établi grâce au cathétérisme urétéral. Le malade ne présentait, en effet, qu'un peu de douleur et de la fréquence des mictions; l'examen cystoscopique ne décelait pas l'existence de lésions manifestes du côté de la vessie; en revanche, le cathétérisme de l'uretère gauche me permit de recueillir de l'urine purulente renfermant des amas que la liqueur de Ziel colorait en rouge et qui étaient constitués probablement par des bacilles de Koch; de plus, cette urine ne contenait que 12 grammes d'urée par litre, tandis que celle du rein opposé, parfaitement claire, donnait à l'analyse 18 grammes d'urée.

La néphrotomie du rein gauche ne me montra aucune lésion macroscopique; malgré cela, j'enlevai cet organe, en raison de la précision du diagnostic fourni par le cathétérisme urétéral; or, une série de sections transversales me permirent de rencontrer une petite caverne tuberculeuse au niveau du pôle inférieur de la glande.

M. Bazy. — Je crois que, d'une façon générale, le diagnostic de tuberculose ne suffit pas

à créer une indication opératoire. D'ailleurs, dans l'observation rapportée par M. Albarran, le diagnostic bactériologique ne me paraît pas avoir été suffisamment démonstratif, pas plus que le diagnostic chimique, et il est regrettable que l'examen histologique du rein malade n'ait pas permis d'y découvrir des bacilles de Koch.

Anévrysme diffus traumatique de la tibiale postérieure.

M. Chaput. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un cas d'anévrysme diffus traumatique de la tibiale postérieure, qui nous a été transmis par M. Véron (médecin militaire). L'ouverture du foyer sanguin, pratiquée au cinquième jour, fut suivie de la ligature du bout supérieur de l'artère; il existait une double poche anévrysmale, composée de deux parties, l'une superficielle et l'autre profonde, réunies par un canal intermédiaire. Notre confrère, ayant constaté que l'hémostase spontanée s'était faite au niveau des deux bouts de l'artère sectionnée, a lié seulement l'extrémité supérieure. Je crois que, malgré l'hémostase spontanée, il eût été plus prudent encore de lier les deux bouts.

M. Véron a employé la soie pour sa ligature; l'usage du catgut semble préféré actuellement par la plupart des chirurgiens.

M. Chapot-Prevost (de Rio-de-Janeiro) fait une communication sur le procédé de suture du foie qu'il a employé dans la séparation chirurgicale d'un monstre xiphopage, récemment rapportée à l'Académie de médecine (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 370).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 novembre 1900.

Des ictères acholuriques simples.

M. P. Lereboullet. — Au nom de M. Gilbert et au mien, je désire attirer votre attention sur l'ictère acholurique *simple*, c'est-à-dire existant à l'état isolé, sans affection hépatique ni biliaire concomitante. Cette variété d'ictère est très fréquente; on l'observe souvent chez plusieurs frères ou sœurs dont les ascendants ou les collatéraux sont eux-mêmes atteints de lésions des voies biliaires (lithiase, cirrhose, etc.). Son caractère familial et héréditaire est donc très accusé.

L'ictère acholurique simple, dont le début est indéterminé et remonte souvent à la naissance, a pour symptômes essentiels : une teinte jaunâtre des téguments, tantôt généralisée, tantôt partielle, souvent peu accentuée et sujette à variations sous des influences diverses (fatigue, excès de travail, menstruation, etc.); la présence constante de pigments biliaires dans le sérum; l'absence de ces mêmes pigments — vrais ou modifiés — dans l'urine; l'absence de troubles objectifs notables du côté du foie, etc. Les conjonctives conservent leur coloration normale.

Souvent l'on ne constate pas d'autres caractères, et l'ictère acholurique évolue alors d'une façon à peu près complètement latente; c'est même là sa forme la plus commune. Mais, dans d'autres cas, on voit survenir une série de symptômes secondaires, au nombre desquels il convient de ranger le prurit, l'urticaire et le xanthélasma. La xanthodermie, notée autrefois par M. Besnier, n'est autre chose qu'un ictère acholurique. Une autre variété de cet ictère, bien décrite par M. Hayem, est caractérisée par des troubles dyspeptiques. Chez d'autres malades, ce sont des phénomènes nerveux qui prédominent (forme neurasthénique, forme hystérique). Il existe aussi une variété hémorrhagique de l'ictère acholurique, caractérisée par des épistaxis profuses, considérées à tort comme des épistaxis de croissance, ou par des ménorrhagies assez graves pour entraîner une anémie qui peut faire croire à la chlorose (fausses chloroses d'origine ictérique).

L'ictère acholurique, qui rappelle par certains traits le « tempérament bilieux » des anciens auteurs, semble relever d'une infection chronique légère des voies biliaires favorisée par la prédisposition héréditaire. Cette infection s'accompagne d'une cholémie suffisante pour amener l'imprégnation jaunâtre des téguments, mais insuffisante pour entraîner la cholurie. Son pronostic, malgré sa durée indéfinie, serait extrêmement bénin, si les sujets qui en sont atteints ne semblaient particulièrement prédisposés à réaliser ultérieurement des infections biliaires chroniques plus sérieuses (lithiase, cirrhose biliaire, etc.).

Un régime alimentaire sévère, l'usage exclusif du lait, etc., paraissent être jusqu'à présent les seuls moyens de combattre les manifestations de l'ictère acholurique.

M. Linossier croit que si on ne trouve pas de pigments biliaires dans l'urine des sujets atteints d'ictère dit acholurique, c'est que ces pigments existent en trop faible quantité pour qu'on puisse les déceler par les moyens actuels d'investigation.

M. Rendu fait remarquer que la coexistence de plusieurs cas d'ictère acholurique dans une seule famille est peut-être due simplement à un même régime alimentaire défectueux, en dehors de toute prédisposition héréditaire.

Crises douloureuses rectales avec angoisse et sueurs profuses.

M. Leclerc (de Saint-Lô) adresse l'observation d'un homme de quarante-neuf ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, qui, depuis six ans, est sujet à des manifestations douloureuses du côté du rectum. Ces douleurs, qui s'accompagnent d'angoisse, de sueurs froides et d'un ballonnement considérable du ventre, surviennent surtout, mais non toujours, à l'occasion des garde-robes.

L'examen de l'intestin, des organes génito-urinaires et des autres viscères étant resté négatif, l'auteur se demande s'il s'agit là d'accidents purement nerveux ou si ces troubles ne sont pas imputables à des concrétions du canal spermatique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 novembre 1900.

De la durée du séjour de l'alcool dans le sang.

M. Gréhant. — J'ai fait un assez grand nombre d'expériences ayant pour but de déterminer pendant combien de temps on peut retrouver, dans le sang, l'alcool absorbé par l'estomac.

Ces recherches, qui ont porté sur des chiens, m'ont prouvé que sept heures après l'ingestion d'une quantité d'alcool représentant 1 c.c. par kilogramme du poids de l'animal, il n'existe plus la moindre trace de ce produit dans le sang.

Après l'ingestion de 5 c.c. d'alcool absolu par kilogramme, il faut, au contraire, vingt heures pour que l'alcool disparaisse complètement.

Me basant sur ces données numériques, je crois que la dose de 1 c.c. d'alcool par kilogramme de poids du corps, dose qui s'élimine en quelques heures, ne doit pas être dépassée à chaque repas; elle correspond à peu près à 600 grammes de vin.

M. Heymans (de Gand). — Contrairement à ce qui se passe pour l'alcool, j'ai constaté, à la suite de nombreuses expériences sur des lapins, que certains poisons d'origine microbienne, la tétanine et la toxine diphtérique en particulier, et aussi l'arsenic et les poisons cyanogénés, disparaissent du sang avec une extrême rapidité. L'absorption intracellulaire de ces différents toxiques est, pour ainsi dire, instantanée. Ce qui le prouve, c'est qu'un animal ayant reçu par injection intraveineuse la dose mortelle d'un de ces poisons ne peut jamais être sauvé, même si on le saigne immédiatement et si on remplace le sang dont il a été débarrassé par une quantité égale de sang emprunté à un animal sain de même espèce. D'autre part, la transfusion du sang provenant de l'animal intoxiqué à un animal sain ne rend jamais ce dernier malade.

Il semble, d'après ces recherches, qu'il y ait peu à compter, au moins chez le lapin et pour les poisons auxquels je viens de faire allusion, sur les différents moyens qui ont été proposés pour provoquer leur élimination.

M. Bouchard. — Il est possible qu'il soit illusoire de chercher à déterminer l'élimination des toxines microbiennes par les reins. La réalité de cette élimination ne saurait cependant être mise en doute; en effet, en injectant à un lapin de l'urine provenant d'un animal intoxiqué avec la toxine pyocyanique, on détermine une paralysie pyocyanique. De même, on peut voir apparaître des accidents manifestement diphtériques chez les animaux auxquels on injecte de l'urine d'enfants atteints de diphtérie.

M. Hallion. — Dans la diphtérie humaine, l'introduction de toxine dans le sang est, en quelque sorte, continue; il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'on en retrouve une partie dans l'urine; mais il est possible que cette élimination n'ait pas lieu chez l'animal auquel on injecte en une seule fois une dose déterminée du même poison.

Le liquide céphalo-rachidien dans la cholémie.

MM. Gilbert et Castaigne. — Nous avons pratiqué la ponction lombaire chez 18 ictériques présentant des accidents nerveux plus ou moins prononcés : 15 d'entre eux, bien que leur sérum contînt des pigments biliaires en grande quantité, avaient un liquide céphalo-rachidien absolument normal; chez les trois autres, au contraire, le même liquide était jaunâtre et donnait les réactions de Gmelin et de Pettenkofer. Ces trois malades eurent des accidents nerveux inquiétants, après la disparition desquels on constata qu'il n'y avait plus d'éléments biliaires dans le liquide céphalo-rachidien.

Il semble donc qu'on ne puisse nier un rapport de cause à effet entre l'apparition de certains symptômes nerveux graves et le passage des pigments et sels biliaires dans le liquide céphalo-rachidien.

Pour expliquer ce passage, il faut admettre que la membrane arachnoïdo-pie-mérienne qui, à l'état normal, est imperméable de dehors en dedans, ainsi que l'a montré M. Sicard, peut, dans certains cas pathologiques, devenir perméable.

Parmi les complications nerveuses de la cholémie, nous avons été frappés de la fréquence de la somnolence chez les ictériques, et cela alors qu'il n'existait chez eux aucun signe d'insuffisance hépatique. Nous croyons donc que c'est la cholémie, c'est-à-dire la présence des éléments de la bile dans le sang, qui explique la production de la somnolence.

Les organes hématopoiétiques dans l'infection variolique.

MM. Roger et Em. Weil. — Des recherches antérieures nous ont permis de constater que la leucocytose de la variole est une myélocytose : les mononucléaires, non granuleux ou granuleux, prédominent dans le sang sur les polynucléaires (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 222).

Dans la moelle des os, nous avons retrouvé toutes les formes cellulaires mononucléées du sang, quelle que soit la forme de l'infection; les polynucléaires y sont exceptionnels ou absents, même quand une infection secondaire vient compliquer l'évolution de la variole. En outre, nous avons observé, parallèlement, une vive réaction de tous les organes hématopoiétiques, qui se traduit, au point de vue clinique, par l'hypertrophie de certains d'entre eux (rate, ganglions) et, histologiquement, par leur transformation myéloïde. Dans le thymus, les ganglions, la rate, on rencontre les formes mononucléées granuleuses de la moelle des os, les mégacaryocytes, les globules rouges à noyau, dont l'abondance varie suivant la forme et l'intensité de l'infection et l'âge du sujet.

Non seulement les organes à fonctions hématopoiétiques constantes, mais aussi certains tissus à qui ces fonctions ne sont dévolues que d'une façon transitoire, fabriquent des globules au cours de l'infection variolique : le tissu cellulaire périganglionnaire, le foie, l'épiploon sont le siège de formations leucocytaires à type myéloïde ébauché.

Il faut interpréter comme un rajeunissement organique et un processus défensif la réapparition de ces formes cellulaires. D'autre part, nos recherches montrent qu'on n'est plus en droit désormais d'attribuer à la seule réaction de la moelle des os l'apparition du syndrome leucocytaire myélocytaire.

De la perméabilité de la membrane arachnoïdo-pie-mérienne en cas de méningite tuberculeuse.

MM. Widal, Sicard et Monod. — Nous avons établi antérieurement que, dans les conditions normales, la membrane arachnoïdo-pie-mérienne ne se laisse pas traverser par l'iodure de potassium. Il n'en est plus de même à l'état

pathologique, car, dans deux cas de méningite tuberculeuse, nous avons pu constater la présence de l'iodure dans le liquide céphalo-rachidien retiré par la ponction lombaire.

Ce nouveau signe, ainsi que ceux que nous avons précédemment signalés, en particulier la présence dans le liquide céphalo-rachidien d'éléments leucocytaires spéciaux (lymphocytes dans la méningite tuberculeuse, polynucléaires neutrophiles dans la méningite cérébro-spinale) et l'abaissement du point cryoscopique de ce même liquide au-dessous de celui du sérum sanguin, permet d'affirmer l'existence d'une lésion des méninges rachidiennes.

Action sur la circulation des injections intrarachidiennes de cocaïne dans la région lombaire.

MM. Hallion et **Tuffier**. — Nous avons étudié chez le chien, à l'aide d'une technique appropriée, les effets des injections intrarachidiennes de cocaïne sur l'appareil circulatoire. Tandis que cet alcaloïde, introduit dans les vaisseaux ou dans le tissu cellulaire, élève la pression et produit une vasoconstriction générale, l'injection sous-arachnoïdienne de cocaïne dans la région lombaire détermine constamment un abaissement de la pression artérielle qui provient d'une paralysie vasomotrice étendue à tous les réseaux sous-diaphragmatiques et due elle-même à la paralysie des éléments nerveux intrarachidiens que touche directement la cocaïne.

La pression artérielle peut toujours être ramenée à son niveau primitif soit par l'excitation des nerfs splanchniques, qui provoque une vasoconstriction énergique dans les réseaux préalablement paralysés, soit par la compression de l'abdomen.

Sérums névrotoxiques.

MM. Enriquez et **Sicard**. — Nous avons essayé de provoquer l'apparition de névrotoxine dans le sérum de lapins soumis à l'injection intrapéritonéale de substance nerveuse cérébrale de chien.

Sur 22 animaux mis en expérience, 15 ont succombé assez rapidement à la première injection, 5 à la deuxième; 2 seulement ont survécu après la troisième. Le sérum de ces deux derniers s'est montré toxique en injection intracérébrale, alors que, injecté sous la peau, il est resté sans action.

Nous désirons attirer spécialement l'attention sur la rapidité extrême avec laquelle ont péri nos lapins et, d'autre part, sur le coefficient relativement faible de la toxicité du sérum obtenu, même à la suite de la troisième injection.

Les nodules infectieux du foie dans la variole.

MM. Roger et **Em. Weil**. — Les nodules infectieux du foie dans la variole, bien connus depuis les travaux de Weigert, Brouardel, Desnos et Huchard, sont considérés généralement comme des amas de cellules embryonnaires nées sur place ou sorties des vaisseaux par diapédèse.

L'étude cytologique de ces éléments nous a montré qu'ils appartiennent à des types divers: ce sont soit des globulins, soit des mononucléaires plus ou moins volumineux, les uns à noyau clair, les autres à noyau foncé, soit enfin des polynucléaires éosinophiles ou neutrophiles, ou des mononucléaires neutrophiles.

On peut supposer que cette réaction leucocytaire est autochthone, l'infection faisant retrouver au foie son fonctionnement hématopoiétique.

Action sur l'organisme des pigments microbiens.

M. Legros. — MM. Bouchard et Charrin ont établi que le bacille pyocyanique peut produire des toxines morbifiques et vaccinantes dans des milieux où il n'engendre aucun pigment. Il m'a paru intéressant de reprendre l'étude de cette question sous une autre forme (en injectant directement du pigment), d'autant plus que, dans ces dernières années, on a reconnu à certains liquides colorés d'origine animale, tels que la bile, des propriétés bactéricides et antitoxiques.

Dans ce but, j'ai injecté par différentes voies, à des cobayes et à des lapins, jusqu'à 0 gr. 005 milligr. d'emblée de pyocyanine cristallisée. Malgré une longue observation, je n'ai noté ni accidents, ni modifications de la résistance de ces animaux. Je me crois donc autorisé à dire que, toutes proportions gardées, ce pigment, comparé aux toxines, est complètement inactif, puisqu'à des doses supérieures aux doses actives de ces dernières il ne produit ni troubles morbides, ni immunité.

ETRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 31 octobre 1900.

Absence complète des glandes sudoripares et des mamelons.

M. Tendlau. — Voici un malade âgé de quarante-sept ans, qui prétend n'avoir jamais transpiré. Sa peau est lisse, sèche et parsemée de poils rares. Les mamelons font totalement défaut; les organes génitaux sont bien développés; cependant la voix est rauque et criarde.

L'administration de bains chauds et les injections de pilocarpine n'ont jamais provoqué la moindre sudation chez ce sujet. Sous l'influence des rayons solaires, sa température s'élève d'un degré environ, en même temps que l'on constate une augmentation du nombre des mouvements respiratoires et des battements du pouls.

Lorsque cet homme se trouve dans un endroit frais, sa température s'abaisse lentement, tout en restant encore élevée pendant deux heures. Un bain frais n'accélère pas le refroidissement, mais cette accélération se produit sous l'influence de la phénacétine. Les échanges organiques sont absolument normaux.

Une biopsie a permis de constater l'absence complète des glandes sudoripares et sébacées au niveau de toute la surface du corps; on rencontre seulement quelques glandes sébacées dans les téguments de la tête. L'absence des mamelons prouve en outre, comme l'a établi M. Benda, qu'il existe une relation entre le développement des glandes mammaires et celui des glandes de la peau.

M. Senator. — On admet encore assez généralement que la suppression des fonctions cutanées a une action nuisible; cependant, j'ai pu recouvrir toute la surface du corps d'un animal avec un vernis imperméable sans déterminer le moindre accident. Le fait de M. Tendlau confirme mes propres recherches. Je désirerais savoir néanmoins comment s'effectuent les fonctions rénales chez son malade.

M. Tendlau. — Ordinairement, cet homme excrète de 2 à 3 litres d'urine par vingt-quatre heures; cette quantité augmente par les temps chauds.

Traitement des septicémies d'origine utérine.

M. C. Abel. — Le nombre des femmes atteintes de septicémie à la suite de l'accouchement est d'environ 12,000 à 15,000 par an en Allemagne; 4,000 à 5,000 d'entre elles succombent, et encore les septicémies consécutives aux avortements ne figurent-elles pas dans ces chiffres. Etant donné la fréquence de ces infections, on ne saurait trop insister sur la nécessité de procéder, après chaque accouchement, à une désinfection minutieuse de la matrice. A tout prix, il faut éviter d'y laisser séjourner des débris placentaires. Lorsque, après l'évacuation de ces débris, on voit persister des signes d'infection, il faut instituer un lavage permanent de la cavité utérine avec de l'eau contenant 25 % d'alcool, ou pratiquer la vaporisation intra-utérine.

L'hystérectomie a même été préconisée pour les cas rebelles, mais ses indications sont encore discutées. D'après Prochownick, elle est légitime quand la pyohémie vient compliquer des tumeurs. En ce qui me concerne, je dois dire que j'y ai eu recours plusieurs fois sans aucun succès.

On a essayé aussi des injections de sérum de Marmorek contre les infections puerpérales; mais les observations ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'on soit bien fixé sur leur valeur; il faut reconnaître, toutefois, qu'on leur doit quelques cas de guérison.

Une autre méthode consiste à provoquer un abcès de fixation ou de neutralisation en injectant 1 ou 2 c c. d'essence de térébenthine sous la peau. De plusieurs patientes auxquelles j'ai appliqué ce procédé, aucune n'a succombé. Quant aux injections salines, aux inhalations d'oxygène, etc., etc., leur mode d'action est trop connu pour que j'y insiste.

Lorsqu'une septicémie chronique s'accompagne d'abcès du petit bassin, il faut pratiquer la laparotomie et assurer ensuite l'écoulement du pus par le vagin au moyen d'une contre-ouverture et d'un drain.

Cicatrices symétriques congénitales.

M. Lewin. — L'enfant que je vous présente est âgé de trois mois; il est né un mois avant terme, et porte des cicatrices distribuées symétriquement au niveau des genoux, des flancs, des coudes, des oreilles, ainsi que sur la petite fontanelle et le dos du nez.

Ces cicatrices ne peuvent provenir que de plaies produites par des circulaires du cordon, ou bien d'accidents syphilitiques intra-utérins. Je crois que c'est cette dernière hypothèse qu'il faut admettre, car le père de cet enfant a eu la syphilis.

Dr VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 29 octobre 1900.

Des modifications de la sécrétion prostatique dans le cas de prostatite chronique et de leur influence sur la vitalité des spermatozoïdes.

M. Posner. — Dans la dernière séance, M. Lohnstein nous a dit avoir trouvé des spermatozoïdes vivants dans la sécrétion de la prostate, quelle que fût la réaction de ce liquide. Cette affirmation me surprend. A l'état normal, les spermatozoïdes ne peuvent vivre que dans un milieu alcalin; c'est ce qui nous explique pourquoi ces éléments, au contact de la muqueuse vaginale dont la sécrétion est acide, meurent si facilement, tandis qu'ils peuvent vivre plusieurs semaines dans la cavité cervicale dont les sécrétions sont alcalines.

M. Fürbringer. — Je suis de l'avis de M. Posner; normalement, le liquide prostatique est neutre ou alcalin; lorsqu'on le rend acide, on voit rapidement les spermatozoïdes cesser de faire des mouvements; la mobilité de ces éléments reparaît, au contraire, lorsque le milieu redevient alcalin.

M. Casper. — D'après mes recherches, la prostate est intéressée dans 80 % des cas de gonorrhée chronique. Or, si la sécrétion d'une prostate enflammée avait sur le sperme une influence aussi délétère que semblent le croire les précédents orateurs, il faudrait s'attendre, étant donné l'extrême fréquence des sujets qui ont été atteints de blennorrhagie, à un très grand nombre de mariages stériles. Rien de pareil n'a lieu; la cause principale de la stérilité chez l'homme, c'est non pas la prostatite, mais l'épididymite double.

Diverticule de l'uretère, consécutif à l'hypertrophie d'un rein.

M. Lippman-Wulf montre des pièces anatomiques provenant d'une femme qui a succombé à une affection cardiaque. On trouva chez elle une hypertrophie du rein droit et un diverticule de l'uretère du même côté, siégeant immédiatement au-dessus de l'abouchement de ce canal dans la vessie. Il faut ajouter que cette femme avait subi quinze ans auparavant l'extirpation du rein gauche et, cinq ans plus tard, une néphropexie du côté droit.

Le diverticule présenté est très petit; on en a observé de plus volumineux, susceptibles de déterminer, à la suite d'obstruction, de véritables rétentions urinaires.

Il s'agit là le plus souvent d'une anomalie congénitale; mais, dans le cas actuel, on peut admettre que c'est l'exagération fonctionnelle du rein hypertrophié qui a été la cause du diverticule.

Dr VILLARET.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Händereinigung, Händedesinfection und Händeschutz; eine experimentelle und kritische Studie. In-8°, 211 p. avec fig. Bâle. 1900. — **Du nettoyage mécanique, de la désinfection et de la protection des mains,** par M. C. S. Hägler.

M. Hägler, qui s'occupe spécialement depuis douze ans de toutes les questions se rapportant à l'infection des plaies et à l'asepsie chirurgicale et qui jouit d'une autorité incontestable dans ces matières, vient de traiter d'une façon magistrale la question de la désinfection des mains. Il nous paraît inutile d'insister sur l'intérêt de ce sujet, la stérilisation des mains étant la pierre fondamentale de toute l'asepsie chirurgicale. Aussi l'œuvre de M. Hägler, qui constitue le résumé de tous les progrès réalisés dans ce domaine au cours des dernières années, a-t-elle une haute valeur au point de vue pratique.

Après avoir exposé les méthodes perfectionnées dont il s'est servi et rendu compte de ses propres recherches — qui lui ont permis de constater que les germes pathogènes siègent rarement, et en petit nombre seulement, dans les follicules pileux et qu'ils font généralement défaut dans les glandes sudoripares, mais qu'ils s'établissent et se multiplient dans les moindres anfractuosités accidentelles de l'épiderme et du derme — l'auteur aborde le problème de la désinfection mécanique des mains. Passant d'abord en revue les expériences qui ont été faites à ce sujet, il estime que l'on doit accorder plus de crédit aux recherches ayant porté sur les mains infectées accidentellement, comme c'est le cas dans la pratique journalière du chirurgien, qu'à celles où les mains sont souillées artificiellement avec certains microbes. Quant à lui, outre des essais de désinfection, il a procédé à des tentatives de décoloration, par les moyens mécaniques, de ses mains colorées avec de l'encre de Chine, substance dont les plus petites particules sont du volume d'un staphylocoque.

Voici les conclusions auxquelles il arrive :

Les meilleurs résultats sont obtenus par un savonnage énergique dans de l'eau chaude courante à l'aide d'une brosse, suivi d'une friction énergique de l'épiderme avec un linge rude et sec. Ce dernier point serait, d'après M. Hägler, d'une importance considérable. Le dégraissage de la peau peut être effectué, aussi bien que par le savonnage, au moyen d'une bouillie au plâtre, qu'on laisse sécher sur la main et qu'on enlève ensuite; mais ce procédé est trop mal supporté par l'épiderme pour qu'on puisse en user dans la pratique. Le même but serait atteint plus facilement encore par l'emploi d'une pâte composée de 1,000 grammes d'argile pure délayée dans 700 grammes d'eau. Comme savon, l'auteur préfère le savon noir. L'usage de l'eau de son lui paraît également utile, car ce liquide favorise la désinfection mécanique.

En ce qui concerne le brossage de l'épiderme, proscrit par M. Schleich, M. Hägler ne lui reconnaît pas les inconvénients indiqués par ce dernier auteur; il a pu constater qu'aucune des substances préconisées pour suppléer à l'emploi de la brosse, telles que les fibres de bois, le savon au sable ou à la poudre de marbre, etc., ne saurait le remplacer avantageusement.

Dans aucun cas, la désinfection mécanique, aussi minutieuse qu'elle ait été, n'a amené la stérilité absolue de l'épiderme.

Relativement à la désinfection des ongles, l'auteur estime, contrairement à l'avis de la plupart des chirurgiens, qu'il est préférable de ne pas couper les ongles très courts. La toilette de l'ongle ne devrait pas être faite à l'aide d'un instrument tranchant ou trop pointu, de façon à ne pas produire de rugosités sur l'extrémité de l'ongle et à ne pas blesser l'épiderme sous-unguéal. Le meilleur moyen de nettoyage consisterait à passer un fil de chanvre d'un mètre environ de long dans l'espace sous-unguéal.

La désinfection chimique est longuement étudiée dans le livre de M. Hägler. Notre confrère s'occupe avant tout de la stérilisation par l'alcool; il arrive, comme Krönig, à la conclusion que le pouvoir bactéricide de l'alcool est faible, et que ce liquide agit surtout en durcissant l'épiderme. Les meilleurs résultats, au point de vue de la destruction des microbes, auraient été obtenus par l'alcool à 70° ou 80°. Quant à la teinture de savon, employée longtemps avant M. Mikulicz par M. Siebenmann à Bâle, M. Hägler estime que ce procédé n'offre aucun avantage sur la désinfection successive par le savon et l'alcool.

Parmi les antiseptiques chimiques proprement dits, l'auteur a renoncé à expérimenter l'acide phénique et le lysol, ces corps étant retenus trop longtemps dans l'épiderme pour permettre des expériences bactériologiques concluantes. Il en est autrement du sublimé, qui peut être neutralisé facilement par le sulfhydrate d'ammonium. Le sublimé pénètre dans les couches superficielles de l'épiderme en formant une combinaison chimique avec les substances albuminoïdes qu'il y rencontre; ce composé, insoluble dans l'eau et l'alcool, se dissout facilement dans le sérum humain. L'imprégnation est très superficielle, mais il est facile de la rendre plus profonde en lavant préalablement la peau à l'alcool. Ce dernier liquide agirait ici non seulement à la faveur de sa puissance dégraissante, mais surtout grâce à son action déshydratante sur les cellules. Il résulte de ces faits que la désinfection des mains selon la méthode de Fürbringer (en prolongeant le séjour dans l'alcool, puis dans le sublimé, pendant cinq à dix minutes) est relativement sûre à condition toutefois que le nettoyage mécanique préalable ait été pratiqué très consciencieusement.

Touchant les différents savons antiseptiques, M. Hägler rejette complètement les préparations au sublimé, dans lesquelles ce dernier agent perd ses qualités chimiques. Le meilleur savon antiseptique, le savon au biiodure de mercure, est encore très inférieur aux solutions aqueuses des sels mercuriels.

Quant à la provenance des germes rencontrés sur les mains au cours de l'opération, M. Hägler a pu constater que les microorganismes fournis par l'air ambiant sont loin d'être les seuls et que le staphylocoque blanc, rencontré si souvent au cours de l'opération, provient en grande partie de la main du chirurgien.

Enfin, relativement aux gants d'opération, l'auteur confirme les observations faites par MM. Döderlein et Brunner, à savoir que les gants de fil s'imprègnent très rapidement de microorganismes provenant en grande partie de l'épiderme de l'opérateur; les gants en peau sont préférables, mais ne donnent qu'une sécurité relative; les gants en caoutchouc constitueraient l'idéal s'ils n'étaient pas sujets à se déchirer très facilement.

L'imprégnation de l'épiderme par des substances imperméables n'offre qu'une garantie absolument insuffisante, ces enduits étant trop peu solides.

Somme toute, le point le plus important pour la désinfection efficace des mains est toujours la prophylaxie. Le chirurgien devra donc éviter de toucher à tout ce qui serait susceptible de charger sa main de microbes pathogènes. S'il y est obligé, il se protégera soit au moyen de gants imperméables — et c'est ici qu'ils sont le plus utiles —, soit par un enduit de paraffine. Il est, en outre, de toute importance qu'il fasse suivre chaque intervention d'une désinfection minutieuse destinée à enlever non seulement les germes pathogènes, mais aussi toute trace de sang et de sérum pouvant constituer un bon terrain pour le développement des microorganismes cutanés. La prophylaxie exige enfin que le chirurgien voue à l'épiderme de ses mains un culte tout particulier : il le maintiendra suffisamment souple en usant de bains de son et en lui restituant, après toute opération, les corps gras indispensables au bon état de la peau, sous forme de préparations renfermant de la lanoline ou de la cire. — F. DE Q.

De l'influence du travail musculaire sur l'activité cardiaque chez les convalescents, par M. A. Stähelin.

Dans un précédent mémoire, M. Stähelin avait étudié l'influence du travail musculaire sur l'activité cardiaque des individus sains. L'effort imposé aux sujets en expérience consistait en un mouvement d'ascension d'escalier sur l'ergostat à marches mobiles de Jaquet. Ce procédé a l'avantage de permettre une évaluation facile en kilogrammètres de l'effort accompli, la hauteur à laquelle le patient a élevé le poids de son propre corps étant représentée par le nombre de marches gravies, multiplié par 0,20 centimètres, hauteur d'une marche.

Ces recherches avaient conduit l'auteur aux résultats suivant : 1° tout travail musculaire provoque une réaction du cœur, variable comme intensité d'un individu à l'autre; pour le même sujet, l'intensité de cette réaction augmente en raison de la quantité de travail exécuté; il n'existe cependant pas une proportionnalité absolue entre ces deux valeurs, la réaction cardiaque étant influencée, en outre, par différents facteurs internes et externes; 2° après un effort, le cœur sain tend à revenir rapidement au rythme normal; 3° l'accoutumance du cœur à un même travail répété plusieurs jours de suite se manifeste par une durée plus courte de la réaction et par un retour plus rapide à l'état normal.

Dans la seconde série de recherches dont il expose ici les résultats, M. Stähelin a examiné des convalescents de maladies aiguës. Il a trouvé que, chez des sujets relevant de fièvre typhoïde, un travail d'environ 1,000 kilogrammètres, exécuté en trois minutes, est suivi d'une accélération considérable du pouls, qui peut augmenter de 40 et 50 pulsations par minute, tandis que le même travail, chez un homme sain, ne produit qu'une élévation passagère variant de 8 à 20 pulsations. La différence est encore plus évidente après un travail de 3,500 kilogrammètres, lequel détermine, chez le convalescent, une accélération de 40 à 50 pulsations en moyenne, mais pouvant atteindre 73 pulsations à la minute. Or, il faut, chez l'individu normal, un travail de 10,000 kilogrammètres — travail que n'ont pu exécuter les convalescents — pour provoquer une pareille réaction.

En outre, chez les sujets en question, l'accélération persiste beaucoup plus longtemps que chez l'homme sain; le retour au rythme normal est plus tardif et l'accoutumance ne se produit pas : dans quelques cas on peut constater, il est vrai, une réaction plus courte pendant les premiers jours d'une série d'expériences; mais, par la suite, la réaction augmente de nouveau en intensité et en durée, toutes conditions restant d'ailleurs identiques. L'auteur considère cette anomalie comme le résultat d'un surmenage du cœur, bien que le travail qui la déterminait fût relativement faible et n'eût jamais été prolongé plus de neuf minutes.

Chez les convalescents de pneumonie franche, l'accélération du pouls, après un travail de 1,000 kilogrammètres, tout en étant un peu plus accentuée que chez les individus normaux, reste beaucoup plus faible que chez les dothiénentériques. A la suite d'un travail de 3,500 kilogrammètres, l'augmentation du nombre des pulsations ne dépasse pas notablement, en général, celle que l'on constate chez l'homme sain. Par contre, la période de retour à la normale présente souvent une particularité remarquable : c'est une diminution marquée du nombre des pulsations, survenant de deux à cinq minutes après le travail. A ce moment, la fréquence du pouls tombe sensiblement au-dessous du chiffre initial; il se produit une véritable bradycardie, qui disparaît au bout de peu de temps pour faire de nouveau place à une légère accélération.

On constate parfois la même tendance chez des typhiques, et aussi, mais plus rarement encore, chez des individus sains. Minassian a déjà signalé, il y a quelques années, que le passage de la station verticale à la position horizontale a pour effet de provoquer, chez les pneumoniques, un ralentissement souvent considérable du pouls avec tension élevée : aussi M. Stähelin considère-t-il ce phénomène comme un effet nerveux résultant, d'une part, d'une excitation des nerfs modérateurs du cœur et, de l'autre, d'une augmentation de la tension vasculaire et de la pression sanguine.

Le retour à l'état normal, après un travail de 1,000 et de 3,500 kilogrammètres, s'accomplit, chez les sujets relevant de pneumonie, à peu près normalement. La réaction est cependant irrégulière; parfois le pouls paraît avoir repris sa fréquence moyenne, lorsque subitement l'accélération reparaît sans raison; ou bien le retour à l'état normal, qui se produit un jour, fait défaut le lendemain, pour se produire à nouveau le troisième jour. C'est ainsi que dans un cas, l'auteur observa que le nombre des pulsations était redevenu normal, le premier jour, au bout de trente minutes; par la suite, cette *res-*

titutio ad integrum manqua constamment, ce qui semble résulter d'un surmenage du cœur affaibli par la maladie.

Après un travail de 10,000 kilogrammètres, l'augmentation de fréquence du pouls est encore manifeste au bout de trente minutes. Enfin, l'accoutumance à l'effort fait généralement défaut après la pneumonie.

Il existe donc une différence sensible entre l'effet de la fièvre typhoïde et celui de la pneumonie sur le muscle cardiaque. A la suite de la première de ces affections, on constate toujours que l'irritabilité cardiaque est accrue, ce qui se manifeste par la fréquence du rythme avant le travail et par l'exagération de la réaction après un effort musculaire léger. Chez les pneumoniques, la tachycardie initiale fait d'ordinaire défaut, et le cœur ne réagit pas outre mesure sous l'effet du travail musculaire. On n'en constate pas moins certaines anomalies : la faculté de retour à la normale et l'accoutumance à l'effort sont diminuées, tandis que certains centres nerveux présentent une excitabilité que l'on n'observe pas au même degré chez les individus sains, et qui se traduit par une bradycardie passagère. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVII, 1-2.) — A. J.

Quelques remarques sur la dernière épidémie de grippe, par M. A. Wassermann.

La grippe qui a sévi avec une certaine intensité au cours des mois de janvier, de février et de mars derniers a, d'après l'auteur, différé notablement, tant au point de vue clinique que bactériologique, de l'influenza typique des épidémies de 1890 et de 1893.

La grippe d'alors était, en effet, caractérisée par du catarrhe des bronches avec forte fièvre et prostration; dans une expectoration abondante, on trouvait régulièrement le bacille de Pfeiffer en quantités considérables, souvent en cultures pures. Les associations microbiennes (dues au staphylocoque, au streptocoque, au pneumocoque) étaient rares. La fièvre passée, le bacille spécifique persistait dans les crachats, et souvent on pouvait le retrouver plusieurs semaines après la guérison des accidents infectieux aigus.

Cette année, par contre, ce n'est qu'avec de grandes difficultés que l'on parvenait à isoler les bacilles caractéristiques dans l'expectoration. Les associations microbiennes étaient la règle, et souvent l'examen bactériologique laissait le diagnostic incertain. La même observation a été faite, du reste, à Fribourg, dans le service du professeur Bäumler. Cette difficulté à découvrir le bacille ne provenait pas de ce qu'il manquait pendant la maladie, mais de ce qu'il disparaissait très vite des crachats. L'auteur a, en effet, observé plusieurs cas de grippe dont l'expectoration contenait de nombreux bacilles de Pfeiffer; or, un examen pratiqué vingt-quatre heures plus tard ne montrait plus que quelques rares microbes spécifiques à côté d'innombrables microorganismes banaux.

L'observation clinique a prouvé, en outre, que cette disparition du bacille, loin d'être suivie d'une amélioration dans l'état du malade, avait fréquemment pour conséquence une série d'accidents toxiques graves, affectant particulièrement le cœur et les muscles des extrémités. M. Wassermann croit reconnaître dans ces observations quelque analogie avec les expériences de Pfeiffer qui, en injectant du sérum à des cobayes infectés par le vibrion cholérique, constatait que les microorganismes disparaissaient très rapidement, en même temps que survenaient des accidents toxiques violents avec lipothymies, etc. Aussi l'auteur émet-il l'hypothèse que les sujets affectés de grippe cette année étaient encore en puissance d'un reste d'immunité acquise lors de la dernière épidémie. Cette immunité, trop faible pour empêcher l'infection, était suffisante pour provoquer une fonte rapide des bacilles qui, en se dissolvant, inondaient l'organisme de toxines. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 juillet 1900.) — A. J.

Sur la névrite phosphorée, par M. S. E. Henschen.

Le premier, M. Henschen a attiré l'attention, il y a deux ans, sur la nature réelle des accidents nerveux qui surviennent au cours de l'intoxication aiguë par le phosphore (Voir *Semaine Médicale*, 1898, p. 312). Depuis sa première publication, il a poursuivi ses observations sur ce sujet et a pu se convaincre que presque toujours (6 fois sur 7 cas observés à la clinique médicale d'Upsal) l'intoxication par le phosphore est accompagnée d'accidents nerveux plus ou moins accusés, dont la cause doit être attribuée à une névrite toxique.

Le plus souvent, cette névrite se manifeste par des troubles sensitifs : on constate de l'hyperalgésie, de la sensibilité des troncs nerveux à la pression, de l'engourdissement ou des fourmillements dans les membres; fréquemment, il existe aussi des douleurs spontanées. Dans certains cas, ces troubles sont accompagnés de lésions de l'appareil moteur; c'est ainsi que, dans la première observation publiée par M. Henschen, la démarche était devenue impossible et la malade avait dû garder le lit pendant plusieurs mois; on notait, en outre, de l'atrophie musculaire.

Parmi les nouveaux faits relatés par l'auteur, il en est un qui se distingue par l'intensité et la diversité des troubles nerveux :

Il s'agit d'une femme qui, environ un mois après l'intoxication, alors qu'elle était en pleine convalescence, se plaignit pour la première fois de violentes douleurs dans la région du cœur. Quelque temps après survinrent des douleurs dans le dos, irradiant à gauche vers la poitrine et le bras. En même temps, la patiente accusait des fourmillements dans le dos et de l'engourdissement de la cuisse gauche. Au cours du troisième mois de la maladie, on constata à différentes reprises des secousses musculaires dans le bras gauche et dans les muscles de la face et des yeux. La force musculaire était sensiblement diminuée aux membres supérieurs, mais on n'a jamais observé la réaction de dégénérescence nettement caractérisée.

L'examen de la sensibilité, par contre, révélait des altérations profondes. Le bras gauche et le tronc étaient couverts de zones hyperalgésiques extrêmement sensibles; au bras droit et aux jambes, l'hyperalgésie était localisée au trajet des troncs nerveux; il existait, en outre, une diminution de la sensibilité thermique en îlots plus ou moins grands, disséminés sur tout le corps, ne laissant intacts que la tête et l'abdomen; d'autres zones, enfin, présentaient une diminution de la sensibilité au toucher. Le sens musculaire était intact; il n'y avait pas d'ataxie. Les organes des sens n'étaient pas atteints, à l'exception de l'odorat qui, dès le début des accidents nerveux, avait diminué sensiblement.

Six mois après l'intoxication, la malade était guérie et pouvait reprendre son travail. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 juin 1900.) — A. J.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Un procédé d'hystérectomie vaginale sans ligature en masse ni forcipressure à demeure des ligaments larges.

On sait que l'abaissement forcé de l'utérus produit une compression des artères des ligaments larges, susceptible d'assurer l'hémostase quand ces vaisseaux viennent à être sectionnés; cette particularité a même été utilisée dans le traitement de certaines métrorrhagies. De leur côté, MM. les docteurs V. M. Onoufriev et N. F. Soutorikhine ont pu, grâce à la même manœuvre, pratiquer avec succès, à la Maternité d'Ekatherinbourg, 13 hystérectomies vaginales sans avoir recours à la ligature en masse des ligaments larges ni à la compression de ces derniers par des pinces à demeure.

Voici la technique opératoire que nos confrères font connaître à cet effet :

Après avoir lavé et désinfecté la vulve et le vagin et placé un spéculum, on saisit le col au moyen de deux pinces mousses et on abaisse l'utérus autant que faire se peut. On désinsère ensuite la voûte vaginale tout autour de l'utérus et on incise le péritoine du cul-de-sac de Douglas et de l'espace utéro-vésical. Ceci fait, et après avoir fixé au moyen d'une pince la partie externe de la base d'un des ligaments larges, on sectionne la moitié inférieure de ce ligament avec des ciseaux droits, le doigt servant de guide; on lie aussitôt à la soie les vaisseaux qu'on vient d'intéresser (généralement l'artère utérine seule) et qui saignent à peine, puis on coupe les fils au ras des nœuds. On procède de même à la section de la moitié inférieure du ligament large de l'autre côté. L'utérus n'étant alors retenu que par les parties supérieures des ligaments larges, il devient facile d'en amener le fond au dehors et de détacher les moitiés restantes des ligaments larges, après les avoir fixés avec une pince. On applique une ou deux ligatures de chaque côté sur les artères qu'on a sectionnées. L'opération une fois terminée, on ferme complètement la plaie vaginale au moyen de six ou sept points de suture.

Ce procédé, comme MM. Onoufriev et Soutorikhine ont pu s'en assurer, abrège considérablement les suites opératoires et permet d'éviter un certain nombre d'inconvénients fréquents après l'hystérectomie, tels que production d'adhérences viscérales avec la voûte du vagin, formation de fistules, issue spontanée des fils à ligature ou nécessité de les extraire ultérieurement; il supprime aussi les douleurs dont souffrent au début les hystérectomisées chez lesquelles des ligatures en masse ou des pinces à demeure ont été appliquées sur les ligaments larges.

L'extrait de capsules surrénales contre l'hématémèse et les hémorrhagies rectales.

M. le docteur O. Grünbaum, médecin du West London Hospital, utilise avec succès les propriétés vasoconstrictives de l'extrait surrénal (qui jusqu'ici n'a été employé qu'en ophtalmologie et en rhino-laryngologie) pour combattre les hémorrhagies se produisant au niveau du tube digestif. C'est ainsi que, en cas d'hématémèse, notre confrère fait ingérer une ou deux tablettes contenant chacune 0 gr. 30 centigr. de l'extrait en question; quand la perte sanguine a sa source dans le rectum, il administre un lavement dans lequel on a délayé deux ou trois des mêmes tablettes. Comme l'action hémostatique de l'extrait surrénal ne provient pas d'une coagulation du sang épanché, mais bien d'une diminution de calibre des vaisseaux qui saignent, on ne doit pas se contenter d'une prise unique de ce médicament, mais, au contraire, répéter les doses à certains intervalles.

Notre confrère estime que l'extrait surrénal pourrait rendre également des services en injections intravésicales et intra-utérines contre les hématuries et les métrorrhagies.

L'hydrate de chloral comme moyen de prévenir l'état de mal épileptique.

Il est difficile de combattre avec succès l'état de mal épileptique, si l'on attend pour agir que ce redoutable syndrome soit constitué. D'après M. le docteur Landerer (d'Andernach), il serait, au contraire, possible d'en prévenir l'apparition, en employant à temps l'hydrate de chloral.

A chaque épileptique qui a présenté quatre ou cinq accès dans le courant de deux à trois heures, notre confrère administre aussitôt 2 grammes de ce médicament (de préférence par la bouche, mais, au besoin, en lavement), dose qu'il répète pour peu que les accès convulsifs réapparaissent. On continue en même temps la médication bromurée à laquelle le malade est soumis d'ordinaire.

Depuis qu'il a adopté cette ligne de conduite, M. Landerer n'a plus enregistré un seul décès par état de mal chez ses épileptiques.

L'anesthésie locale par les injections hypodermiques d'eau oxygénée.

D'après M. le docteur H. E. Kendall (de South Sydney), l'eau oxygénée, injectée sous la peau, produirait une anesthésie locale suffisante pour certaines petites interventions opératoires. C'est ainsi que notre confrère, en s'aidant de ce procédé d'insensibilisation, a pu ouvrir des abcès et même inciser la plèvre et le péritoine sans faire souffrir ses patients. Cet effet analgésique du peroxyde d'hydrogène serait dû non à l'absorption de l'oxygène, comme on pourrait le supposer, mais à la pression exercée par le dégagement abondant de ce gaz dans le tissu cellulaire sous-cutané, pression telle que la peau prend la consistance du tissu congelé.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'intersystole du cœur et le rétrécissement mitral.

Dans un article publié dans le numéro du *Journal de physiologie et de pathologie générale* du 15 janvier dernier, M. le professeur Chauveau met la clinique en demeure d'adapter l'interprétation des faits qu'elle observe aux lois de la physiologie. Par là, il l'oblige à examiner ces lois et à voir dans quelle mesure et de quelle façon cette adaptation est possible. Car d'opposer, comme le voudrait notre confrère, les faits positifs de celle-ci, qui seuls pourraient compter, aux faits négatifs de l'autre, qui ne compteraient pas, on n'y saurait vraiment consentir. Cl. Bernard nous a trop souvent répété qu'il n'y a pour la science ni faits positifs, ni faits négatifs, ni faits contradictoires, mais seulement des faits plus ou moins exactement observés et plus ou moins bien interprétés. La physiologie expérimentale n'échappe pas, d'ailleurs, à la nécessité et aux difficultés d'une bonne interprétation des faits qu'elle observe. Il en est parfois besoin pour les indications fournies par les instruments de haute précision employés en physiologie tout autant que pour un bruit intérieur simplement transmis à l'oreille du clinicien.

La physiologie a toutefois sur la clinique cet immense avantage qu'elle n'a point à attendre les occasions d'observer, qu'elle les peut provoquer toutes les fois qu'elle le veut, dans des conditions aussi variées qu'il lui plaît et jusqu'à ce qu'il ne reste plus de place à l'indécision. Aussi a-t-on le droit d'être exigeant pour elle à proportion de la possibilité qu'elle a d'atteindre la certitude, et du degré de perfection qu'elle sait donner à ses méthodes.

Or, l'article dont je parle tend à établir : 1° qu'il existe *constamment* et *sans exception*, entre la fin de la systole des oreillettes et le début de la systole des ventricules du cœur, un intervalle occupant une portion notable et souvent très prédominante de la phase présystolique et qu'il conviendrait de dénommer intersystole; 2° que dans cette période l'oreillette étant devenue complètement inerte, les muscles papillaires, isolément contractés, sont l'unique agent de tous les phénomènes qui s'y passent.

J'ai dû, en conséquence, me préoccuper de savoir, puisque c'est mon métier de le faire, de quelle façon, avec ces données physiologiques nouvelles, nous devrions interpréter désormais les faits de la sémiologie cardiaque qui s'y rapportent, notamment le souffle présystolique du rétrécissement mitral.

Les relations de ce bruit avec la lésion désignée ne sauraient être mises en question. Elles sont établies par des constatations cliniques et des vérifications anatomo-pathologiques actuellement sans nombre. Et ce bruit, avec ses caractères particuliers de timbre, de rythme, de tonalité, est tellement propre à la lésion dont il s'agit qu'il l'accompagne toujours dans des conditions parfaitement déterminées et qu'il n'existe jamais en dehors d'elle, sauf en quelques cas très exceptionnels d'insuffisance aortique où sa raison d'être est tout à fait spéciale.

Relativement à l'interprétation qu'il comporte, l'accord depuis longtemps établi entre tous les cliniciens, après avoir été un instant troublé par la théorie de Dickinson, nous avait paru définitivement rétabli grâce aux récents mémoires où M. Chauveau avait si lumineusement montré que le premier bruit marque toujours le début même de la systole ventriculaire. Car le roulement du rétrécissement mitral précédant toujours immédiatement ce premier bruit, et la physiologie nous ayant enseigné jusqu'ici que ce qui précède le premier bruit appartient à la systole de l'oreillette, c'est à celle-ci et à l'accélération qu'elle imprime au courant sanguin traversant l'orifice rétréci qu'il fallait de toute évidence attribuer le bruit en litige.

Mais voilà que M. Chauveau, retirant d'une main ce qu'il avait apporté de l'autre, introduit avec l'*intersystole* le fait nouveau, et contradictoire au point de vue qui nous occupe, d'une suspension de l'action de l'oreillette au moment précis où le bruit du rétrécissement prend son intensité la plus grande. Et, par là, nous voici encore une fois renvoyés à Dickinson avec son insuffisance transitoire. Car à aucun titre on ne saurait imaginer que le sang passe de l'oreillette dans le ventricule avec une vitesse accélérée au moment où la pression tombe entièrement dans la première de ces cavités et s'élève dans la seconde. La conception de M. Chauveau semble, en effet, venir appuyer l'opinion de l'auteur anglais, puisque, en admettant que les muscles papillaires à ce moment sont en contraction, elle permet d'imaginer que cette contraction, exagérée peut-être, met obstacle à la clôture complète de la mitrale et crée l'insuffisance transitoire imaginée par Dickinson, mais fort mal expliquée par lui.

Il resterait bien encore, avec cette interprétation nouvelle, quelques difficultés; et, par exemple, il faudrait se demander pourquoi le bruit qu'on entend diffère d'une façon si absolue par son siège, son rythme, son timbre, sa tonalité, par le frémissement qui d'habitude l'accompagne, de ce que l'on entend dans une forme quelconque de l'insuffisance; pourquoi la contraction anticipée des muscles papillaires, si c'est elle qui la détermine, ne produit cette forme toute spéciale d'insuffisance transitoire que dans le seul cas du rétrécissement mitral. Et si on tentait de l'expliquer en supposant une excitation anormale des muscles papillaires produite par la lésion irritative de la valvule malade, il faudrait dire pourquoi une lésion plus accentuée encore de cette même valvule ne fait rien de semblable quand elle ne s'accompagne pas de rétrécissement notable; enfin, si on invoquait l'hypertrophie de l'oreillette et l'action provocatrice que, selon M. Chauveau, celle-ci exerce sur les muscles papillaires, il se trouverait à l'encontre mainte observation d'hypertrophie considérable de l'oreillette et d'exagération manifeste de son action sans aucune trace de roulement présystolique.

Que si cependant l'intersystole est un fait aussi absolument constant que le pense M. Chauveau, s'il faut croire avec lui qu'on la doit retrouver toujours, quel que soit l'état pathologique dont il puisse s'agir, il nous faudra bien, bon gré mal gré, nous résigner à abandonner nos convictions anciennes et nous ranger, de par M. Chauveau, sous la bannière de Dickinson.

Pour le faire, néanmoins, la clinique aurait besoin de preuves péremptoires. Dans quelle mesure nous sont-elles fournies par le mémoire dont je parle ? C'est ce que nous sommes bien obligés d'examiner. M. Chauveau lui-même ne nous pardonnerait pas de nous contenter du *Magister dixit*.

Une grande partie du travail en question est consacrée à montrer comment la théorie de l'intersystole et de la contraction indépendante des muscles papillaires peut s'accorder avec les faits physiologiques connus, et notamment avec les formes diverses des tracés intracardiaques et aortiques. Mais cela n'a pas précisément force démonstrative, car cet accord aussi avait paru exister durant de longues années avant que la théorie nouvelle intervînt.

Quant aux faits et arguments qui servent à démontrer l'existence d'une intersystole et l'action dévolue à la contraction isolée des muscles papillaires pendant cette période de la révolution du cœur, ils peuvent se résumer de la façon suivante :

Les tracés des pressions intracardiaques indiquent que l'oreillette cesse de se contracter un temps notable avant le début de la systole ventriculaire. — D'autre part, les instruments inscripteurs introduits dans les cavités et mis en rapport avec les sigmoïdes aortiques ou la grande lame de la mitrale révèlent pendant la durée de l'intersystole des mouvements et des changements de pression qui supposent la mise en jeu d'un agent capable de les produire. Cet agent n'est pas le ventricule, car, alors même qu'il est à découvert, on n'y distingue à ce moment aucune trace de contraction; ce n'est pas non plus l'oreillette, puisque les tracés indiqueraient qu'elle est alors au repos absolu; ce sont donc, par exclusion, les muscles papillaires.

Il n'existe aucune preuve directe de la mise en action de ces muscles à ce moment précis. De raisons de l'admettre, le mémoire en donne trois qui sont indirectes.

La première est ce fait que, si l'on introduit dans la cavité ventriculaire une sonde munie d'un contact électrique et si l'on met ce contact en regard de la grande lame de la mitrale, pressé par elle alors que cette valvule est ouverte et abaissée pendant la diastole, il cesse de l'être au moment de l'intersystole; ce qui suppose que la valve s'écarte de la sonde pour se relever et se clore; la valvule est donc alors en mouvement, et ce mouvement ne peut lui être imprimé que par les muscles papillaires. Donc ces muscles se contractent pendant l'intersystole.

Mais on se prend déjà de quelques doutes relativement à la valeur précise de l'indice si ingénieusement recueilli, quand on remarque que la valvule, d'après les tracés reproduits, cesserait de comprimer le contact et l'abandonnerait au moment où elle commence à se relever, puis le comprimerait de nouveau lorsqu'elle est relevée entièrement, c'est-à-dire précisément quand elle s'éloigne davantage. Ceci semble absolument contradictoire. D'ailleurs, si l'ingénieuse expérience de M. Chauveau montre bien que la grande lame de la mitrale est en mouvement déjà à un moment donné de la présystole, elle ne prouve pas directement que ce soit de par l'action des muscles papillaires. On sait, en effet, par une très grossière expérience pratiquée sur le cadavre, que ces mouvements peuvent résulter de la simple pénétration du sang dans les cavités ventriculaires, en l'absence de toute activité des muscles désignés. M. Chauveau affirme que les choses ne peuvent se passer de la sorte sur le vivant; mais il ne dit pas les raisons pour lesquelles elles ne le peuvent point. Pour ma part, je n'en vois aucune. D'un autre côté, si l'intervention des muscles papillaires a pour effet de clore la mitrale, on conçoit avec peine qu'ils mettent à le faire un temps aussi notable que celui qui est attribué à l'intersystole, alors que, abandonnée à elle-même, cette clôture s'opère, comme on sait, d'une façon absolument instantanée. Rien donc, dans cette expérience, ne démontre absolument la participation des muscles dont il s'agit.

La seconde preuve indirecte, c'est que les sigmoïdes aortiques, abaissées durant la diastole et demeurant closes jusqu'au début de la systole ventriculaire, sont néanmoins légèrement refoulées à un moment de la présystole et impriment un mouvement manifeste à la colonne sanguine qui pèse sur elles ou à une sonde qui y appuie son extrémité. Le refoulement subi suppose un agent qui le détermine. M. Chauveau note que, le connaissant depuis longtemps, il l'avait jusqu'ici attribué à la systole de l'oreillette. Actuellement, cette systole lui paraît trop peu énergique pour le produire, et c'est l'action des muscles papillaires qui seule, à son avis, peut l'expliquer. Mais, après tout, que ce soit l'oreillette ou les muscles papillaires qui agissent, ils ne peuvent agir que par l'intermédiaire de l'augmentation qu'ils impriment à la pression intraventriculaire. Or, si on consulte les tracés, on y voit que le degré de la pression intraventriculaire n'est la plupart du temps pas plus élevé dans l'intersystole que dans la période présystolique auriculaire. Ce n'est donc pas encore là une raison suffisante pour invoquer l'intervention des muscles papillaires, puisque

l'action de l'oreillette, qui, de par les tracés, lui est sensiblement égale, en pourrait faire tout autant.

Quant au troisième indice de la contraction des muscles papillaires pendant la période présystolique, il se trouverait dans les changements de forme que subissent à ce moment les cavités ventriculaires et qui pourraient être attribués à cette contraction. Mais comme lesdits changements de forme, voire même l'aspiration présystolique accidentelle du ventricule droit, pourraient trouver leur explication tout aussi logiquement, comme ils l'ont fait jusqu'ici, dans la distension des parois qui survient alors, on n'y saurait voir un élément de démonstration qu'en tant qu'il serait établi que la systole auriculaire n'y peut aucunement contribuer.

En somme, la série des éléments de démonstration réunis dans le mémoire de M. Chauveau s'enchaîne de la façon suivante : Pendant la présystole, et notamment dans sa dernière partie, il se produit dans la cavité ventriculaire un ensemble de mouvements qui se manifestent en particulier au niveau des sigmoïdes closes et dans la grande lame abaissée de la mitrale, mouvements que les instruments enregistreurs mettent en parfaite évidence. Ces mouvements ne résultent pas d'une contraction de la paroi ventriculaire qui ne bouge point. Ils ne proviennent pas davantage de celle de l'oreillette qui est terminée. Ils ne peuvent donc être imputables qu'à une contraction des muscles papillaires. Il est vrai que ceux des observateurs qui, ayant ouvert un cœur encore en mouvement, ont vu fonctionner ces muscles, n'ont pu noter que le synchronisme parfait de leur contraction et de celles de la paroi. Mais cette objection ne compte guère ici, vu les conditions absolument anormales où cette constatation a dû être faite. Seulement, comme les mouvements du plancher aortique pourraient être attribués aussi bien à l'action de l'oreillette, ainsi qu'ils l'étaient précédemment; comme ceux de la grande lame de la mitrale et les déformations ventriculaires pourraient également être rapportés à l'influence de la colonne sanguine en voie de pénétration, si l'on continuait d'admettre un mouvement persistant de l'oreillette, il reste que la contraction présystolique des muscles papillaires n'a d'autre preuve, d'autre raison même d'être supposée, que ce fait unique, à savoir que l'oreillette cesserait sa contraction un temps notable avant le début de la contraction du ventricule. Or, cette cessation anticipée de la systole de l'oreillette est déduite exclusivement de la forme du tracé des pressions intra-auriculaires.

Dans l'interprétation de ces tracés, on admet que la mise en action de l'oreillette est marquée par l'ascension du levier, montrant une augmentation de pression dans la cavité; que l'abaissement de la ligne, au contraire, indiquant une diminution de pression, signale nécessairement la fin de la systole auriculaire. Mais est-il bien certain que l'oreillette n'est en activité que durant la période ascensionnelle du levier et que cette période seule appartient à la systole auriculaire? Pour se convaincre qu'il peut en être autrement, il suffit de considérer dans le même travail certains tracés de la systole du ventricule droit. On y voit que la ligne commence à descendre à peu près à moitié de la durée de la systole du ventricule gauche. Faudra-t-il supposer que la systole du ventricule droit, en ce cas, s'arrête là, quand on sait pertinemment qu'elle dure aussi longtemps que celle de son congénère? Et si on ne le suppose pas, pour quelles raisons appliquera-t-on à l'interprétation du tracé des oreillettes une règle évidemment fausse quand il s'agit du tracé des ventricules?

D'ailleurs, en raison de la très large communication de l'oreillette avec le ventricule, on conçoit que le degré de pression intra-auriculaire ne dépend pas seulement de l'énergie de la systole de la première, mais encore des résistances variables du second, comme aussi des oscillations qui se produisent toujours dans des sacs élastiques contenant un liquide en mouvement alternatif. De là résulte qu'on ne saurait assigner pour terme certain à la systole de l'oreillette le moment où la pression commence à s'abaisser dans sa cavité, et que les déterminations faites de cette façon n'ont assurément pas la valeur absolue qui leur est ici supposée.

Or, il est un autre indice plus direct et, à mon avis, plus certain du relâchement de l'oreillette; c'est la déplétion et l'affaissement des veines qui y déversent leur contenu dès qu'elle s'est relâchée. Chez l'homme, ce mouvement toujours brusque coïncide à peu près constamment, d'une façon sensible, avec le début de la systole ventriculaire, qu'on l'observe au niveau des jugulaires ou encore au niveau du foie où l'on n'a point à craindre l'influence perturbatrice des artères voisines. Il m'a paru, dans les cas où j'ai pu le recueillir exactement, ne laisser, sauf exceptions rares, aucune place à l'intersystole.

Sans doute, cet indice du début de la diastole de l'oreillette est indirect, mais pas plus, après tout, que les changements de pression intra-auriculaire qui se compliquent d'influences étrangères à l'acte systolique lui-même; aussi est-il bien regrettable que, dans ses expériences conduites avec une si merveilleuse habileté, M. Chauveau n'ait pas cru devoir rechercher les changements de la pression intraveineuse, comme ceux de la pression artérielle. Ils eussent été en ce cas extrêmement précieux. Comme il ne l'a point fait, force nous est bien de nous en tenir sous ce rapport à ce que nous ont donné nos observations sur l'homme sain ou malade.

De cet examen de la question, il me semble résulter que l'intersystole, en tant qu'élément *constant* et *nécessaire* de la révolution cardiaque, n'a pas acquis en physiologie un degré de certitude qui l'impose à la clinique. D'autant qu'elle se trouve, ainsi qu'on l'a vu, en désaccord absolu avec quelques-uns des faits les plus certains que celle-ci observe, notamment dans les cas de rétrécissement mitral.

Sans doute, on nous peut toujours opposer pour les cas en question la possibilité d'une erreur de diagnostic. Je sais, pour ma part, que je suis susceptible d'en commettre tout autant que ceux de mes élèves auxquels M. Chauveau a fait allusion, et quand cela m'est arrivé je n'ai jamais manqué de le reconnaître sans vergogne; car je ne sache personne à qui cela ne puisse advenir. Mais les faits sur lesquels nos convictions sont basées ne sont point du tout accidentels. Ce sont des faits de tous les jours, et pour lesquels l'anatomie pathologique est incessamment appelée à confirmer ou à rectifier nos interprétations. Or, en ce qui concerne le rétrécissement mitral, on a vu que la théorie de l'intersystole ne pourrait donner aucune raison satisfaisante des phénomènes qu'on y observe et des bruits qu'on y entend.

Il ne me paraît donc pas qu'il soit temps encore, si ce temps doit jamais venir, d'abandonnée l'interprétation qui, découlant des premiers enseignements de MM. Chauveau et Marey, nous a toujours paru la seule admissible. Si dans un autre mémoire (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 291) j'ai essayé précédemment de montrer le rôle de l'oreillette dans la propulsion présystolique de la pointe et l'importance assez considérable que parfois elle y peut prendre, c'était précisément pour établir que les constatations très exactes, mais mal interprétées, de Dickinson ne lui faisaient point échec, ainsi qu'on l'avait cru, et ne l'avaient nullement ébranlée. Cette fois encore, je ne pense pas que la dernière théorie de M. Chauveau soit de nature à nous priver du bénéfice de son œuvre primitive et à détruire les convictions que nous avions basées sur elle.

POTAIN,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 novembre 1900.

Plaie pénétrante du crâne par coup de feu.

M. Walther. — M. Morestin nous ayant communiqué une observation de plaie pénétrante du crâne par coup de feu, traitée avec succès par la trépanation, vous m'avez chargé de vous présenter un rapport à ce sujet. Il s'agissait d'une tentative de suicide faite par un homme de trente-huit ans; sur trois plaies de la région temporale, une seule était pénétrante; le second projectile était tout à fait superficiel, et le troisième se trouvait encastré dans la paroi crânienne, d'où il put être facilement dégagé. Malgré l'absence de signes cérébraux, notre collègue fit une trépanation qui lui permit de constater une perforation de la dure-mère, et, à une faible profondeur, il eut la chance de rencontrer le projectile dont l'ablation ne présenta pas de difficultés. La guérison s'est faite très simplement.

M. Reynier. — Je crois que M. Morestin aurait pu faire le diagnostic exact de la pénétration en se servant de l'appareil de M. Contremoulin; il a été particulièrement heureux dans son intervention, mais les choses ne se passent pas toujours de même. Ainsi, dans un cas, j'ai pu, grâce à la méthode de M. Contremoulin, déceler dans l'hémisphère droit la présence d'un projectile qui avait pénétré dans le crâne par le côté opposé; vous voyez combien les recherches auraient été infructueuses si on avait agi directement de ce côté.

M. Delens. — Il y a dix-huit mois, j'ai observé le fait suivant : une balle avait pénétré dans la région sous-orbitaire; l'exploration au stylet tendait à faire croire qu'elle s'était dirigée en haut et en dedans; or, la radiographie montra qu'elle avait, au contraire, suivi un trajet horizontal et se trouvait dans la région occipitale. Il me semble que, en présence d'une plaie du crâne par arme à feu, on doit toujours faire le diagnostic de la pénétration par la radiographie.

M. Monod. — En l'absence de tout signe cérébral, comme c'était le cas chez le malade de M. Morestin, je pense que l'on doit s'abstenir de toute intervention, tant que l'on n'a pas fait par la radiographie le diagnostic du siège exact du projectile.

M. Reclus. — Je crois également qu'il est nuisible de rechercher profondément un projectile, sans être fixé sur sa situation. Si nous n'avions pas la radiographie qui nous renseigne d'une façon précise, l'abstention devrait encore être considérée comme une règle absolue et il faudrait s'abstenir de toute recherche en plein tissu cérébral tant qu'aucun symptôme ne guiderait le chirurgien, qui devrait alors se contenter d'ouvrir largement le foyer traumatique pour le nettoyer aussi complètement que possible, en enlevant les esquilles et les corps étrangers entraînés par le projectile.

M. Schwartz. — Je tiens à m'associer aux réserves qui viennent d'être faites; lorsqu'il n'existe pas de symptômes cérébraux et que l'on n'est pas fixé d'une façon précise par la radiographie sur le siège du projectile, il me paraît prudent de s'abstenir.

M. Quénu. — Contrairement aux précédents orateurs, je ne suis pas partisan de l'abstention chirurgicale en cas de plaie pénétrante du crâne, même en l'absence de tout symptôme. La balle, en effet, est un corps étranger septique par lui-même ou par les débris qu'il entraîne, et il y a, par conséquent, tout intérêt à enlever le projectile si son extraction ne nécessite pas des dégâts trop considérables; de toute façon, en présence d'un blessé atteint d'une plaie du crâne par arme à feu, je crois devoir intervenir toujours et immédiatement, en élargissant la plaie osseuse; cette manière de faire assure en tout cas la désinfection d'une grande partie du trajet et, plusieurs fois, elle m'a permis de trouver et d'extraire la balle, lorsque celle-ci n'était pas située trop profondément.

M. Delorme. — Je crois qu'on est autorisé à rechercher la balle dans les plaies pénétrantes du crâne, lorsqu'on a pu s'assurer, par la radioscopie, qu'elle n'est pas trop éloignée de la paroi.

M. Lucas-Championnière. — Je suis tout à fait de l'avis de ceux qui mettent en garde le chirurgien contre les dangers des explorations profondes en plein tissu cérébral. On peut sans inconvénient rechercher les projectiles dans les parties superficielles du cerveau, mais il faut s'arrêter dès que l'on s'éloigne de la surface, à moins qu'on ne soit renseigné d'une façon exacte sur le siège du corps étranger; or, je considère la radiographie comme ne nous donnant pas toujours ce renseignement d'une manière suffisamment précise.

M. Tuffier. — La radioscopie, appliquée à la recherche des projectiles dans l'intérieur du crâne, nécessite des manœuvres dangereuses lorqu'on les exécute immédiatement après le traumatisme; elle ne peut donc rendre des services que pour un examen ultérieur. En ce qui concerne le traitement immédiat des plaies pénétrantes du crâne par projectiles, je m'en tiens à la pratique adoptée par la plupart d'entre nous lors de la discussion qui eut lieu sur ce sujet, il y a six ans, dans notre Société (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 24 et 46).

M. Guinard. — Dans un cas où il n'existait aucun signe cérébral, je constatai un point très douloureux dans la fosse temporale du côté opposé à l'orifice de pénétration; j'en conclus que le projectile avait traversé toute l'épaisseur des hémisphères cérébraux, et je fis une double trépanation qui me permit de désinfecter complètement le trajet d'entrée et de trouver le projectile à la face interne du crâne, du côté opposé. Les plaies, que je drainai, suppurèrent abondamment les jours suivants, de sorte que je me demande ce qui serait arrivé si je n'étais pas intervenu pour désinfecter les deux extrémités du trajet suivi par le projectile.

M. Gérard-Marchant. — Je suis heureux de constater que la plupart de mes collègues acceptent aujourd'hui les conclusions que j'avais énoncées lors de la discussion de 1894. En présence d'une plaie pénétrante du crâne, je fais immédiatement la trépanation, sans attendre l'examen radiographique, et cette intervention me permet d'enlever les esquilles et d'extraire la balle si l'exploration de la surface du cerveau me la fait trouver. M. Morestin a donc agi comme nous l'aurions fait presque tous, et nous n'avons qu'à l'en féliciter.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 novembre 1900.

Embolie pulmonaire et poussées phlébitiques tardives.

M. Merklen. — Je viens d'observer deux cas de mort subite par embolie pulmonaire consécutive à une phlébite des membres. Dans le premier, il s'agissait d'une phlébite puerpérale à début embolique, avec état subfébrile prolongé et envahissement progressif des deux membres inférieurs; la malade succomba en quelques heures à une embolie asphyxiante, vingt-deux ou vingt-trois jours après le début des accidents veineux.

C'est à une époque encore plus tardive (cinq semaines environ après une phlébite secondaire à un traumatisme avec épanchement sanguin du mollet) que la mort subite survint chez mon second patient. Comme la malade précédente, cet homme avait eu des embolies précoces avec congestion pulmonaire dont les suites furent simples, malgré leur gravité apparente. Mais un léger état subfébrile, se traduisant par une température vespérale de 37°8 seulement et par quelques troubles digestifs, réapparut onze jours avant le décès.

On admet généralement que les embolies du début de la phlébite sont bénignes, à part de rares exceptions, parce qu'elles sont dues à la migration de caillots petits, encore friables et peu adhérents, développés dans les veinules.

Les embolies tardives, au contraire, sont graves et souvent mortelles, car elles sont constituées par de grosses coagulations dues à la mobilisation du caillot thrombosique d'un tronc veineux important. Ces embolies sont attribuées par la plupart des auteurs à la rupture de l'extrémité libre ou centrale du thrombus, avant sa complète organisation. Cette explication n'est plausible que si l'on admet que, sous l'influence de conditions particulières, le travail d'organisation ne s'est pas fait dans les délais habituels. Aussi est-il une autre hypothèse qui me semble plus rationnelle : les embolies tardives ne seraient-elles pas dues à des poussées secondaires et tardives de phlébite latente dans une grosse veine, avec formation de coagulations volumineuses nouvelles, non immédiatement adhérentes, aussi facilement mobilisables que celles de la phlébite commençante? Ainsi envisagées, les embolies tardives reconnaîtraient la même pathogénie que les embolies précoces et seraient simplement la conséquence d'une nouvelle poussée de phlébite, laquelle, comme dans les deux faits que je viens de rapporter, peut ne se manifester ou ne s'annoncer que par un léger état fébrile. On ne saurait donc trop insister sur la nécessité de prendre soigneusement la température quotidienne des malades atteints de phlébite, et ce n'est qu'après une apyrexie complète durant plusieurs semaines que l'infection du vaisseau devra être considérée comme terminée. Cette conclusion est, d'ailleurs, conforme à la règle établie par M. Pinard, qui maintient au lit pendant un mois après la dernière élévation de température les accouchées atteintes de phlegmatia.

M. Triboulet. — Il y a lieu, ce me semble, d'établir au point de vue du pronostic une distinction entre les accidents emboliques précoces, apyrétiques, sans phlébite apparente, qui s'observent souvent chez les accouchées vers le huitième jour et se terminent presque toujours par la guérison, et les phlébites fébriles à poussées successives des divers états infectieux, qui, au contraire, donnent lieu fréquemment à des caillots migrateurs mortels.

M. Rendu. — Je crois, comme M. Merklen, que les embolies qui se montrent au début des phlébites sont généralement bénignes, tandis que celles qui surviennent tardivement sont toujours graves et souvent mortelles; mais je ne saurais admettre, comme cause de ces embolies tardives, l'hypothèse que vient de formuler notre collègue. Ce qui en fait la gravité, c'est qu'elles sont dues à la migration des fragments du caillot thrombosique qui commence à se dissocier et à se désagréger vers la troisième semaine après le début des accidents.

M. Merklen. — L'accord me paraît complet sur le pronostic généralement favorable de la phlébite à début embolique, exception faite de la phlébite latente des grosses veines, ainsi que sur la gravité des poussées phlébitiques tardives dans les infections légères mais prolongées, et sur leur rôle dans la production des embolies mortelles. Il n'en est pas de même du mécanisme des embolies tardives par mobilisation de caillots anciens. Si j'ai émis quelques réserves à ce sujet, c'est que ce mécanisme ne cadre pas avec ce que nous savons de l'organisation du caillot. Comment comprendre, en effet, la mobilisation massive d'un thrombus qui a contracté des adhérences avec la paroi veineuse? Les transformations du caillot phlébitique sont, d'ailleurs, assez mal connues, car les occasions de les étudier anatomiquement sont rares.

M. Launois. — Il résulte des récentes recherches de M. Cornil que les caillots thrombosiques sont envahis au bout de quelque temps par des cellules conjonctives embryonnaires; ces éléments se détachent de la paroi veineuse et s'anastomosent, formant ainsi un reticulum dans les mailles duquel les différentes parties du caillot se trouvent emprisonnées et transformées en une masse compacte, laquelle peut oblitérer plus ou moins complètement la lumière du vaisseau. On comprend, dès lors, la persistance des œdèmes longtemps après la guérison des phlébites. Toutefois, ces œdèmes tardifs ne sont pas seulement la conséquence des modifications apportées à la circulation veineuse et lymphatique, car ils reconnaissent encore pour cause des troubles trophiques.

M. Rendu. — Dans les cas d'embolie tardive, lorsque le malade survit, on voit l'œdème des membres inférieurs disparaître en quelques heures, ce qui prouve bien qu'il y a eu désobstruction brusque du vaisseau.

M. Barth. — Il y a tantôt désobstruction brusque de la veine et tantôt organisation du caillot; mais je crois que les faits dans lesquels la veine reste oblitérée par formation de bourgeons embryonnaires aux dépens de la paroi du vaisseau, et dans lesquels, par conséquent, l'œdème persiste très longtemps, sont plus fréquents que ceux où la veine recouvre sa perméabilité.

M. Merklen. — La distinction clinique entre les phlébites résolutives et les phlébites oblitérantes me paraît aussi des plus légitimes.

M. Hallopeau. — J'ai connaissance d'un fait dans lequel une embolie mortelle a été observée six mois après une phlébite. Je désirerais savoir s'il y a des exemples d'embolies aussi tardives.

M. Merklen. — L'embolie la plus tardive, signalée dans la thèse de M. de Brun, s'est produite trois mois après la constitution de la thrombose. Y avait-il eu réveil phlébitique? Ce point n'est pas indiqué. Quant à la phlegmatia des accouchées, je crois que c'est une des plus embolisantes; et cependant les embolies mortelles n'y sont pas communes, puisque M. Pinard n'en a relevé que 4 cas en dix ans à la clinique Baudelocque.

Diathèse biliaire et hépatisme.

M. Glénard lit un travail dans lequel il rappelle que depuis dix ans il s'est efforcé, en les groupant sous le nom d'hépatisme, de démontrer, comme l'ont fait MM. Gilbert et Lereboullet dans la dernière séance, l'origine hépatique d'un certain nombre d'états dyspeptiques, chlorotiques, névropathiques, etc. L'orateur se base surtout, pour étayer cette doctrine, sur l'extrême fréquence des anomalies objectives du foie au cours de ces affections et sur l'efficacité du traitement dirigé contre les troubles fonctionnels de cet organe.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 8 novembre 1900.

Pemphigus végétant.

M. Danlos. — Le début de l'affection dont le malade que je vous présente est atteint remonte au mois d'avril dernier. A ce moment apparurent des plaques blanches dans la bouche avec exfoliation de la muqueuse, ensuite une éruption de bulles à la région sternale. Plus tard, les lésions se sont généralisées et ont pris un caractère végétant. A son entrée à l'hôpital, le tronc, les aines et les aisselles de ce sujet étaient couverts de nappes végétantes sécrétant un liquide infect. Le seul médicament qui ait un peu amendé cet état, c'est l'eau oxygénée. Depuis quelque temps, l'éruption rétrocède, en même temps que s'est établie une diarrhée intense et rebelle; le patient se cachectise d'ailleurs rapidement. M. Gastou a pratiqué un examen du sang qui a révélé une éosinophilie très nette.

M. Brocq. — Je n'ai vu qu'un seul cas de pemphigus végétant; il s'agissait d'un paysan qui soignait une vache atteinte de fièvre aphteuse dont il buvait le lait. Sans vouloir établir de rapport étroit entre les deux affections, je signale cette coïncidence.

Le fait de la rétrocession de l'éruption, lorsque s'installe une diarrhée profuse, est commun à toutes les grandes dermatoses et constitue un signe très fâcheux au point de vue du pronostic.

M. Jacquet. — J'ai observé une femme qui fut prise brusquement de crises prurigineuses atroces; elle eut ensuite une éruption bulleuse dans la bouche, puis aux organes génitaux. Ces bulles s'ulcérèrent et devinrent végétantes. Dès lors, tout fut chez cette malade prétexte à poussées ulcératives et bourgeonnantes (absorption d'antipyrine, intoxication intestinale et même piqûre de puce). La cause occasionnelle de ces éruptions semble donc pouvoir être d'une banalité extraordinaire.

M. Gastou. — J'ai pu faire l'examen histologique des lésions qu'offre le malade présenté par M. Danlos. Les coupes ont porté sur deux sortes d'éléments : les vésicules et les végétations. Dans les vésicules, on voit des éosinophiles en grande quantité. Sur les parties végétantes, on constate un développement très marqué des papilles dermiques qui renferment des cavités remplies d'éléments cellulaires, parmi lesquels les éosinophiles dominent.

M. Leredde. — Ces altérations sont absolument identiques à celles que j'ai rencontrées dans l'affection décrite sous le nom de dermatite pustuleuse et végétante par M. Hallopeau. Ces réactions histologiques ne paraissent pas dépendre d'une infection par les microbes de la peau. Les sujets atteints ont un état préexistant du

sang, qui, sous l'influence de la moindre cause occasionnelle, permet le développement de la maladie.

Eruption bulleuse chez un syphilitique.

M. A. Renault. — Quelques jours après le début d'un chancre, le malade que voici a vu apparaître une éruption bulleuse, qui a semblé rétrocéder sous l'influence du traitement mercuriel. Au bout d'un certain temps, alors que le chancre était complètement cicatrisé, l'éruption a reparu. Les bulles se sont montrées sur les lèvres et sur le prépuce, où elles ont produit des exulcérations. On en voit quelques-unes sur le corps, mais elles sont surtout abondantes aux doigts; elles sont remplies d'un liquide séreux et disparaissent en laissant des cicatrices.

Il ne s'agit pas d'une éruption iodique, le malade n'ayant pas absorbé d'iodure de potassium. Il a bien pris de l'antipyrine au début, mais il a cessé l'usage de ce médicament depuis quatre semaines, et cependant de nouvelles poussées éruptives se sont produites. On ne peut guère songer à du pemphigus chronique, les éléments étant ici entourés d'un anneau inflammatoire et le sujet ne présentant pas la cachexie qu'on rencontre dans cette affection.

Bien qu'il soit extraordinaire de voir une éruption secondaire survenir quelques jours seulement après l'apparition du chancre, je serais assez porté à admettre qu'il s'agit ici de pemphigus syphilitique. La précocité de l'éruption s'expliquerait, dans ce cas, par la coexistence de plusieurs tares individuelles (éthylisme, impaludisme, et probablement épilepsie).

M. Balzer. — La nature réellement spécifique des lésions qu'on intitule pemphigus syphilitique m'a toujours paru douteuse. Je n'ai jamais vu, dans les faits que j'ai observés, la bulle reposer sur un infiltrat syphilitique, sur une papule lui donnant véritablement un caractère spécifique.

M. Hallopeau. — Je ne puis admettre qu'il s'agisse de pemphigus syphilitique chez le malade de M. Renault, l'incubation de la période secondaire de la syphilis étant toujours beaucoup plus longue.

M. A. Fournier. — Je suis disposé à ne voir dans ces lésions qu'un érythème hydroïque avec hydroa buccal.

Favus généralisé.

M. Tenneson présente une jeune fille dont la tête est couverte d'épaisses productions faviques. Des placards de même nature, atteignant les dimensions de la main, couvrent le corps. Cette affection a débuté il y a huit ans, et depuis lors cette malade, qui habite Pantin, n'a pas cessé de travailler soit comme ouvrière, soit comme domestique.

Sous certains des larges placards de favus des régions glabres, on trouve un état ulcéreux et fongueux de la peau pénétrant à une profondeur de 2 ou 3 millimètres. C'est là une forme assez anormale de réaction de la surface cutanée sous l'influence des productions faviques, puisque, en général, la peau reste intacte dans ces conditions. Quand les lésions cutanées sont aussi marquées, la guérison est assez lente et ne se fait pas sans entraîner de cicatrices.

M. E. Besnier. — Vous remarquerez que cette jeune fille habite Pantin. Le favus est pour ainsi dire inconnu chez les Parisiens, sans que nous sachions la cause de cette exception.

M. Moty. — J'ai cependant eu l'occasion de trouver une souris favique, boulevard Raspail, où j'habitais.

M. Balzer. — Un petit Parisien que je soignais pour une fièvre typhoïde était resté alité pendant deux mois. Au bout de ce temps, je constatai chez lui trois godets faviques sur le front. Il avait certainement été contaminé par un chat avec lequel il n'avait cessé de jouer pendant sa maladie. Cet enfant habitait rue Saint-Honoré. Ces exceptions n'infirment d'ailleurs pas la rareté du favus chez les habitants de Paris.

Urticaire et lichen simplex d'origine gastrique.

M. Du Castel montre un jeune homme qui vient de terminer son service militaire; à cette occasion, il s'est livré à quelques excès alcooliques. Il n'a pas tardé à éprouver des démangeaisons violentes, puis il a présenté une éruption d'urticaire franche, en même temps qu'apparaissaient, au niveau des jarrets, des cuisses et des bras, des éléments semblables à ceux du lichen simplex chronique; mais tandis que cette dernière affection met des mois à se développer, l'éruption chez ce malade s'est produite en deux ou trois jours.

M. Leredde rappelle qu'il y a quelques années il a fait à l'Académie de médecine, avec M. Robin, une communication sur les dermatoses consécutives aux troubles gastriques, parmi lesquelles ils ont signalé le lichen simplex chronique.

Chancre syphilitique du poignet.

M. G. Baudouin. — Voici un homme qui porte, au poignet, une lésion des dimensions d'une pièce d'un franc, offrant tous les caractères du chancre infectant. Le diagnostic n'est, d'ailleurs, pas douteux, car, outre les adénopathies spécifiques de l'aisselle, on observe actuellement une roséole secondaire caractéristique. Ce chancre est apparu il y a un mois environ, en un point où le malade s'était fait une piqûre quelque temps auparavant en travaillant.

La localisation au poignet du chancre infectant est extrêmement rare, puisque M. Fournier n'en a relevé qu'un cas sur 87 chancres extragénitaux.

M. A. Fournier. — Je viens de demander à cet homme s'il n'avait pas appliqué de la baudruche sur sa piqûre, et il m'a répondu négativement. Si j'ai fait cette question, c'est que j'ai encore présent à l'esprit le cas d'un enfant de quatre ou cinq ans, qui, dans un jardin public, tomba sur le genou et s'écorcha. Une dame intervint et colla sur le genou blessé un peu de baudruche qu'elle avait mouillée de sa salive. Quatre semaines après, le malheureux enfant présentait un chancre syphilitique du genou.

Tuberculose cutanée ulcéreuse et végétante consécutive à un traumatisme.

M. Du Castel. — Le sujet que je vous présente n'a aucun antécédent pathologique, notamment au point de vue vénérien. Dans une chute de voiture, il s'est fait des plaies multiples de la face. Celles-ci se sont bien cicatrisées, mais, quelque temps après, il s'est produit au côté gauche du cou un gonflement probablement dû à de l'engorgement ganglionnaire. En ce point s'est formé un foyer suppuratif qu'il a fallu inciser et, depuis, le processus inflammatoire s'est étendu à tout ce côté du cou, à la bouche et aux lèvres, sous forme d'une nappe ulcéreuse et végétante. Une biopsie a permis de trouver des quantités considérables de follicules tuberculeux et de cellules géantes, mais pas de bacilles. Il semble donc qu'il y ait eu, à la suite du traumatisme, une infection tuberculeuse des ganglions, puis de la peau.

Ectromélie; kératite parenchymateuse et stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires chez un enfant hérédo-syphilitique.

M. A. Fournier montre, au nom de M. Antonelli et au sien, un enfant de huit ans et demi dont l'avant-bras droit est représenté par un moignon conique long de 6 centimètres, au bout duquel un petit mamelon représente la main, avec ébauche des cinq doigts. Il n'existe ni lésions de l'oreille, ni malformations dentaires bien caractérisées. Dans les premières années de sa vie, ce garçon a été très maladif; il a eu de l'incontinence d'urine jusqu'à cinq ans. Il est atteint d'une kératite parenchymateuse, actuellement bilatérale, qui s'est beaucoup améliorée sous l'action du traitement spécifique. Avant le début de cette kératite, on constatait des stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de syphilis héréditaire. Des stigmates analogues du fond de l'œil sont le seul signe qui révèle aujourd'hui la tare congénitale chez un plus jeune frère de cet enfant.

Intoxication par une pommade au sulfonal.

M. Hallopeau. — Après quelques jours de frictions avec une pommade contenant du sulfonal, deux malades atteints d'érythrodermie prémycosique ont présenté de l'hébétude avec torpeur, de l'asthénie et un profond abattement. Ces accidents ont cédé dès que les frictions ont été interrompues. Ces faits montrent que la peau des érythrodermiques possède un très grand pouvoir d'absorption, et que le sulfonal est dangereux si on en prolonge l'usage pendant quelques jours, même à dose modérée.

M. Ed. Fournier relate l'observation de deux hommes hérédo-syphilitiques, l'un ayant une mamelle supplémentaire, l'autre remarquable, au contraire, par l'absence de la mamelle droite.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 5 novembre 1900.

Hémoglobinurie post-hémorrhagique.

M. L. Michaelis. — J'ai soigné dernièrement une femme de quarante et un ans qui, au deuxième mois d'une grossesse extra-utérine, présenta tous les signes d'une abondante hémorrhagie interne.

Amenée à l'hôpital, on constata que son urine, qui était fortement colorée en rouge, contenait une grande quantité d'hémoglobine, mais pas de globules sanguins. Cette hémoglobinurie disparut au bout de trois jours, pour se reproduire quelques jours après.

On pourrait être tenté d'attribuer l'hémoglobinurie, dans ce cas, à la résorption et à l'excrétion par le rein du sang répandu dans le ventre; mais c'est là une hypothèse qui ne s'appuie jusqu'à présent sur aucun fait clinique. Aussi me paraît-il plus rationnel de la rapporter à la formation d'hématolysine dans le sang; vous savez, en effet, que Bordet a vu se développer dans le sang du cobaye, après injection de sang de lapin, des substances capables de provoquer la dissolution des hématies de ce dernier animal; la théorie de la formation des hématolysines et des antihématolysines qu'Ehrlich a basée sur ce fait me paraît applicable au cas présent.

M. Stadelmann. — Si la théorie d'Ehrlich était exacte, on devrait observer fréquemment l'hémoglobinurie post-hémorrhagique, car les hémorrhagies des grandes cavités ne sont pas rares. D'autre part, comme il est inadmissible qu'il puisse y avoir résorption et excrétion de l'hémoglobine inaltérée par le rein, je suis porté à conclure que l'origine de l'hémoglobinurie présentée par la malade de M. Michaelis est analogue à celle des hémoglobinuries que l'on observe dans les maladies infectieuses.

M. Japha. — On pourrait, à la rigueur, expliquer par la théorie d'Ehrlich le premier accès d'hémoglobinurie qu'a eu cette femme, mais le deuxième ne saurait être interprété de la même façon, car, secondairement à la formation d'hématolysine, il aurait dû y avoir production d'antihématolysine, et, par suite, suppression de l'hémoglobinurie.

Un cas de maladie de Hirschsprung.

M. Netter. — L'enfant que je vous présente est âgé de deux ans et demi. Il a d'abord été nourri au sein par sa mère et s'est développé normalement; mais le lait de vache ayant été substitué au lait maternel, il fut pris de constipation et de météorisme abdominal qui résistèrent à tous les traitements.

La palpation de l'abdomen et le toucher rectal étant restés négatifs, j'introduisis dans le rectum une sonde œsophagienne; ce cathétérisme me permit de reconnaître l'existence d'une légère sténose de la partie supérieure de ce conduit et d'une énorme dilatation de l'S iliaque et du côlon descendant.

On ne peut obtenir de selles, chez ce petit malade, que par l'administration quotidienne de grands lavements.

M. Neumann. — J'ai soigné autrefois une jeune fille, constipée depuis sa naissance, qui, à l'âge de treize ans, fut prise de douleurs de ventre accompagnées de vomissements. Ces accidents se dissipèrent au bout de trente-six heures à la suite du rétablissement des garderobes; actuellement, cette malade jouit d'une très bonne santé.

Hydrocéphalie aiguë guérie par le traitement antisyphilitique.

M. Neumann. — Voici un enfant de dix-sept mois qui, lorsque je le vis pour la première fois, il y a un an, était atteint d'hydrocéphalie aiguë. La circonférence du crâne mesurait 47 centimètres, le front était fortement bombé en avant et la fontanelle antérieure avait des dimensions exagérées.

Ce petit malade ayant été traité antérieurement pour des accidents syphilitiques cutanés, je conseillai de lui faire prendre chaque jour 0 gr. 25 centigr. d'iodure de potassium, en même temps que j'ordonnai des frictions mercurielles.

Quelques jours après, on constatait déjà que la circonférence de la tête avait diminué de plusieurs centimètres; cette amélioration a toujours été en s'accentuant, et actuellement le développement physique et intellectuel de cet enfant ne laisse plus rien à désirer.

Sur deux cas de coup de chaleur avec hémorrhagies intestinales.

M. Herford. — J'ai observé récemment des hémorrhagies intestinales chez deux malades qui étaient atteints de coup de chaleur à marche lente. L'un de ces sujets ayant succombé, je trouvai à l'autopsie des lésions de gastro-entérite hémorrhagique.

Deux autres patients, qui avaient également été frappés de coup de chaleur, présentaient des troubles particuliers du langage (lenteur et monotonie de la parole) qui ont disparu chez l'un d'eux et persisté chez l'autre. Je crois que ces troubles sont dus à des hémorrhagies du système nerveux central. Les pertes sanguines intestinales constatées dans les deux premiers cas rendent cette hypothèse vraisemblable.

D[r] Villaret.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Deux cas d'adénopathie inguinale précoce au cours d'un cancer viscéral, par M. Ch. Viannay.

La présence d'une tumeur ganglionnaire à la région inguinale a souvent été signalée en cas de cancer du péritoine, de l'ombilic, de l'utérus, de l'ovaire, du poumon, de l'estomac, du foie, etc.; mais l'importance diagnostique que ce symptôme peut acquérir, lorsqu'il est précoce, ne semble pas avoir été appréciée jusqu'ici à sa juste valeur.

Il est donc intéressant de relater deux faits cliniques, observés par M. Viannay dans le service de M. Jaboulay, à Lyon, qui montrent bien l'intérêt de cette adénopathie inguinale précoce.

L'un d'eux concerne une femme, âgée de soixante-trois ans, qui vit apparaître dans l'aine gauche une petite tumeur indolente au début, mais qui devint brusquement douloureuse. A ce moment survinrent des vomissements incoercibles, d'abord alimentaires, puis bilieux, accompagnés de constipation. Un médecin diagnostiqua une hernie étranglée et envoya la malade d'urgence à l'hôpital. Cette femme était déjà éthérisée pour l'opération de la cure radicale, lorsqu'on reconnut qu'il s'agissait non d'une hernie, mais d'une tumeur ganglionnaire qu'on extirpa. C'était un ganglion néoplasique. On remarqua alors la présence d'un petit cordon induré s'étendant de la région inguinale gauche à l'ombilic, où se trouvait un noyau dur sous-cutané. On supposa un cancer de l'ombilic, probablement secondaire, et on s'abstint de toute nouvelle intervention. Le nodule ombilical et le cordon lymphatique sous-cutané augmentèrent de volume, contractèrent des adhérences avec la peau et prirent une teinte violacée; puis, le membre supérieur gauche fut atteint de phlegmatia alba, et la patiente ne tarda pas à succomber aux progrès de la cachexie. A l'autopsie, on trouva un cancer du péritoine et du grand épiploon, probablement primitif, qui s'était propagé à l'anneau ombilical et avait envahi les ganglions inguinaux du côté gauche.

La seconde observation se rapporte à un homme âgé d'une soixantaine d'années, chez lequel l'apparition, dans l'aine gauche, d'une tumeur ganglionnaire arrondie, dure et complètement indolore, fut également le premier signe d'un cancer qui, dans ce cas, avait pour siège la prostate. En effet, chez ce malade, on vit bientôt apparaître une tuméfaction ganglionnaire molle dans l'aine droite, ainsi qu'un œdème intermittent du membre inférieur gauche, œdème qui remontait jusque dans la cuisse. Le ventre était ballonné et douloureux à la palpation, en particulier au niveau de l'hypogastre, et il y avait de la pollakiurie, surtout nocturne. L'urine ne contint jamais de sang ni d'albumine; elle sortait en jet filiforme et la miction s'accompagnait d'une sensation de cuisson au gland. Par le toucher rectal, on constatait au niveau de la prostate une tumeur du volume d'une grosse orange, dure et bosselée.

Cet homme, qui se trouve encore en traitement, a été sensiblement amélioré par la médication quinique, préconisée récemment par M. Jaboulay contre la carcinose (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 206). Le malade prend chaque jour 1 gramme de bichlorhydrate de quinine en deux cachets, et il reçoit, en outre, le soir, un suppositoire contenant 0 gr. 50 centigrammes de bromhydrate de quinine. En l'espace de quinze jours, la tumeur inguinale gauche a diminué de volume, le ballonnement du ventre est devenu moins intense et la pollakiurie nocturne s'est également amendée.

Les deux observations de M. Viannay montrent que, dans certains cancers viscéraux, l'adénopathie inguinale apparaît avant tout autre symptôme morbide et constitue alors un signe dont la valeur diagnostique peut être comparée à celle de l'adénopathie sus-claviculaire. (*Lyon méd.*, 28 octobre 1900.)

Des endothéliomes des os, par M. L. Thévenot.

Sous le nom d'*endothéliomes* on a désigné des néoplasmes développés aux dépens des éléments endothéliaux qui prennent part à la constitution des vaisseaux sanguins et lymphatiques, ou qui constituent le revêtement des cavités séreuses. Les endothéliomes des os sont de connaissance relativement récente, et l'auteur n'a pu en compter que 15 observations complètes, c'est-à-dire avec examen histologique.

En 1881, Hildebrand, à propos d'un endothéliome de l'humérus, a rassemblé les cas publiés antérieurement; aux tumeurs nées de l'endothélium vasculaire il a réservé le nom d'endothéliomes, employé pour la première fois par Golgi en 1869, et il a donné celui de *périthéliomes* aux néoplasmes tirant leur origine de l'endothélium des espaces lymphatiques périvasculaires. Depuis Hildebrand, on décrit, au point de vue morphologique, une forme *tubulaire* et une forme *alvéolaire*, qui est la plus fréquente; mais il n'est pas rare de trouver ces deux formes associées dans un même cas. D'après Dor et Gaymard, la forme tubulaire ne peut se rencontrer que dans les périthéliomes, et, par contre, les endothéliomes sont toujours alvéolaires. Il existe une grande analogie entre les formes tubulaires d'endothéliome et le carcinome, et cela explique comment de nombreux endothéliomes ont pu être décrits comme carcinomes primitifs des os.

L'étiologie de l'endothéliome reste aussi obscure que celle des autres néoplasmes malins. La tumeur se développe, en général, d'une façon très insidieuse, et la lésion, le plus souvent méconnue, évolue sans retentissement sur l'état général jusqu'au jour où, comme cela s'observe fréquemment, une fracture spontanée se produit, et où l'on constate alors l'existence de l'affection néoplasique. Très souvent la tumeur présente des battements et on entend à l'auscultation un souffle systolique; parfois même il y a du thrill.

Au point de vue du diagnostic, la présence de battements est un excellent symptôme. Si la tumeur est pulsatile, si elle présente du souffle, si elle est réductible, on se contente en général du diagnostic d'*anévrysme osseux*, terme générique qui comprend, outre l'endothéliome, divers néoplasmes du squelette, tels que tumeurs à myéloplaxes, angiomes, etc.; il est bien probable qu'un certain nombre d'observations anciennes, publiées sous l'étiquette d'anévrysme des os, auraient mérité le nom d'endothéliomes, si l'examen histologique avait pu être fait.

Lorsque la tumeur est petite, de date récente, l'évidement et la résection sont, pour M. Thévenot, les opérations de choix, et l'amputation ne s'impose pas d'emblée. Si le néoplasme présente, au contraire, un volume considérable, c'est au sacrifice du membre qu'il faut se résoudre. (*Rev. de chir.*, juin 1900.) — m. c.

Erythème scarlatiniforme desquamatif généralisé d'origine parasitaire, par M. Pascal.

L'étiologie de l'érythème scarlatiniforme, affection bien déterminée au point de vue symptomatique, est encore fort obscure : à vrai dire, elle n'est sans doute pas univoque. Aussi semble-t-il intéressant de résumer ici le travail de M. Pascal, qui fait connaître une cause assez imprévue de cette dermatose.

L'auteur eut l'occasion d'examiner 9 militaires qui, après avoir criblé de l'orge, présentèrent tous une éruption caractérisée par l'apparition, sur les parties découvertes ou exposées aux contacts, d'élevures de couleur rose ou rouge vif, assez régulièrement arrondies, presque confluentes en certains points et provoquant de vives démangeaisons. Dans un cas, il y eut un peu de fièvre pendant vingt-quatre à quarante-huit heures. Au bout de cinq ou six jours, la desquamation commença, furfuracée à la face, lamelleuse sur les autres parties du corps sauf aux mains où elle se fit « en gants »; elle était terminée au bout d'une dizaine de jours dans les cas les plus graves. Certains des sujets en question furent, d'ailleurs, atteints plus légèrement, et la durée totale des accidents, chez eux, n'excéda pas quelques jours.

En ce qui concerne l'étiologie, les malades attribuaient leur éruption à la présence, sur les tas d'orge qu'ils manipulaient, d'une quantité innombrable de petits papillons donnant lieu, pendant l'opération du criblage, à une poussière irritante. Et, de fait, M. Pascal s'étant frotté l'avant-bras avec une pincée de cette poussière vit apparaître, non seulement au point frotté mais aussi à la paume de la main avec laquelle il avait pratiqué la friction, une éruption vésiculeuse accompagnée de démangeaisons et bientôt suivie de desquamation.

Malgré les apparences, le papillon ainsi incriminé n'était pas la vraie cause des accidents : on a reconnu; en effet, qu'il s'agissait du *Sitotroga cerealella*, espèce voisine des teignes, et le duvet qui recouvre le corps de ce lépidoptère n'a aucune propriété irritante. Par contre, la dissection minutieuse des chenilles du sitotroga permit de constater, chez beaucoup d'entre elles, la présence de nombreux acariens parasites, voisins du sarcopte de la gale, et appartenant à l'espèce décrite par Laboulbène et Mégnin sous le nom de *Sphœrogyna ventricosa*. Cette fois, on tenait bien le corps du délit, car l'acarien en question possède le long de son œsophage, comme beaucoup d'animaux du même groupe, des glandes vésiculeuses dont les sécrétions sont connues depuis longtemps comme très irritantes. (*Ann. de dermatol. et syphiligr.*, août-septembre 1900.) — f. f.

Maladie de Basedow dans l'enfance, par M. Zuber.

Les traités classiques, au moins en France, ne consacrent pas un chapitre spécial au goitre exophtalmique infantile. Cependant il s'agit là d'une affection qui, bien que rare, n'est pas exceptionnelle, car, dans un travail récent, Steiner (de Vienne) en a publié trois observations inédites, auxquelles il en a ajouté 44 recueillies dans la littérature médicale. De son côté, M. Zuber relate un fait semblable, observé dans le service de M. le professeur Grancher.

Il s'agit d'une fillette de treize ans — sans antécédents personnels, mais issue d'un père éthylique et d'une mère fille elle-même d'un alcoolique, les deux géniteurs étant d'ailleurs indemnes de toute affection nerveuse et de goitre — chez laquelle on avait constaté, depuis plusieurs mois, un certain degré d'hypertrophie du corps thyroïde. Cette enfant se mit brusquement à maigrir, puis, bientôt après, apparurent des palpitations, de l'essoufflement, du tremblement et une légère exophtalmie, en un mot tous les éléments constitutifs du syndrome basedowien.

Sur ces entrefaites survint une attaque de rhumatisme articulaire aigu accompagnée de péricardite et de chorée, qui eut pour effet d'accentuer passagèrement les troubles nerveux.

Ceux-ci, sous l'influence du traitement faradique, ne tardèrent pas à s'amender, et la jeune malade put quitter l'hôpital après un séjour de six mois environ, presque complètement débarrassée de son basedowisme et dans un état général excellent. Cette guérison relative se maintient depuis deux ans.

Cette observation, de tous points semblable à celles qui ont été antérieurement publiées, est un exemple typique du goitre exophtalmique de l'enfance, dont les caractères distinctifs sont : au point de vue de l'évolution, l'apparition et le développement rapide de tous les troubles entraînant un amaigrissement et une cachexie extrêmes, et leur guérison en quelques mois; au point de vue symptomatique, l'importance du goitre, l'effacement des signes oculaires et la coexistence fréquente de la chorée. (*Arch. de méd. des enfants*, octobre 1900.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Myélite hémorrhagique transverse suraiguë au cours de la fièvre typhoïde, par M. A. Schiff.

On considère généralement les troubles nerveux survenant au cours de la fièvre typhoïde comme témoignant de lésions névritiques. Les altérations du système nerveux central sont si rares, en semblable occurrence, que Curschmann, dans sa Monographie de la fièvre typhoïde, a pu écrire : « On ne connaît pour ainsi dire pas de lésions anatomiques du bulbe ou de la moelle épinière dans cette affection. » Or, M. Schiff a eu l'occasion d'observer un cas de dothiénentérie remarquable non seulement par l'évolution clinique des symptômes nerveux, mais aussi par les lésions médullaires révélées à l'autopsie.

Un jeune homme de quinze ans fut pris, à la deuxième semaine d'une fièvre typhoïde, d'accidents nerveux ayant débuté par une série de selles involontaires, auxquelles, étant donné l'état de prostration du malade, on n'attacha d'abord aucune importance. Quelques heures plus tard, les évacuations involontaires se répétèrent coup sur coup; le patient était couché sans force, replié sur lui-même dans son lit, sans que l'intelligence fût obnubilée; il n'accusait aucune douleur, mais ressentait une très grande faiblesse, tout son corps lui semblant comme mort.

A l'examen, on constata une paralysie flasque absolue des jambes; les bras étaient, eux aussi, presque complètement paralysés, car la motilité était abolie dans les doigts et les mains, et le malade n'exécutait plus que quelques mouvements à peine perceptibles au niveau du coude et de l'épaule. En outre, il existait une anesthésie complète de toute la moitié inférieure du corps, limitée par une ligne passant en avant au niveau du troisième cartilage costal et en arrière par l'apophyse épineuse de la seconde vertèbre dorsale; au-dessus de cette ligne, la sensibilité était intacte. Mais le symptôme le plus curieux était l'altération suivante du type respiratoire : le malade se plaignait d'éprouver de la difficulté à respirer, et faisait 36 mouvements respiratoires à la minute. A chaque inspiration, le thorax, au lieu de se soulever, s'abaissait et se rétrécissait dans sa partie inférieure, en même temps que l'abdomen se ballonnait et faisait saillie au-dessus du niveau du thorax. Cette inspiration si curieuse, prise à l'origine pour une expiration forcée, était due à la paralysie complète des muscles du thorax : le diaphragme ayant seul conservé ses fonctions, la contraction de ce muscle abaissait le thorax et augmentait la pression intra-abdominale, ce qui se traduisait, en raison de la paralysie de la paroi abdominale, par un ballonnement du ventre.

L'état du malade resta à peu près stationnaire jusqu'à la mort, qui survint environ dix-huit heures après le début des accidents. L'autopsie, pratiquée deux heures plus tard, confirma le diagnostic de dothiénentérie, avec myélite transverse siégeant à la limite des quatrième et cinquième segments cervicaux. En effet, on constata, au niveau des quatrième, cinquième et sixième paires cervicales, une tuméfaction fusiforme de la moelle, qui paraissait rouge sombre à travers les méninges et donnait à la pression une sensation de mollesse; à la coupe, la substance nerveuse faisait saillie au dessus de la surface de section; son aspect normal était effacé par une hémorrhagie qui avait envahi les différentes parties de l'organe. Les ensemencements pratiqués avec des fragments de moelle prélevés en ce point restèrent stériles.

L'examen histologique par la méthode de Marchi fit reconnaître que la substance nerveuse, dans les trois premiers segments cervicaux, ne présentait pas d'altérations appréciables, tandis qu'il existait des hémorrhagies microscopiques dans les gaines des vaisseaux de la substance grise. Les mêmes hémorrhagies furent retrouvées dans la partie supérieure du quatrième segment; mais elles disparaissaient dans la région moyenne pour faire place à des lésions des cellules des cornes antérieures, qui étaient gonflées, hyalines, sans noyaux et sans ramifications.

De même, le cordon postérieur offrait des lésions manifestes. Les faisceaux nerveux étaient comme dissociés et les fibres semblaient entremêlées. Les cylindre-axes étaient tantôt gonflés jusqu'à avoir trois ou quatre fois leur volume normal, tantôt désagrégés par une exsudation homogène se colorant vivement par la fuchsine. Ces altérations étaient particulièrement accusées à droite où le cordon postérieur était englobé dans un de ces foyers nécrotiques, à la hauteur des deux tiers inférieurs du quatrième segment cervical.

Les signes de réaction inflammatoire faisaient entièrement défaut; nulle part on ne trouvait d'amas cellulaires ni de prolifération des noyaux. Le tiers inférieur du quatrième segment se distinguait, en outre, par la dilatation des vaisseaux des cornes antérieures et postérieures, qui étaient gorgés de sang et présentaient d'innombrables hémorrhagies dans leurs gaines ou sous leur tunique adventice, sans intervention d'aucun élément inflammatoire. Le cinquième segment était le siège d'hémorrhagies si nombreuses, que la structure de la moelle y était complètement méconnaissable.

L'ensemble de ces altérations peut être considéré comme réalisant une myélite hémorrhagique suraiguë ou une myélite apoplectique, différant des descriptions que l'on a données jusqu'à présent de cette lésion par l'absence totale de réaction inflammatoire. Cette particularité doit évidemment être attribuée à l'évolution rapide du processus, qui n'a pas laissé à l'inflammation le temps de se développer; car, dans tous les autres cas de myélite aiguë, la maladie a duré au moins deux ou trois semaines. Ce fait démontre donc que, dans la période initiale de la myélite aiguë, on peut trouver des lésions parenchymateuses à côté d'altérations vasculaires, les deux ordres de lésions étant absolument indépendants l'un de l'autre, ce qui permet de conclure que le même agent infectieux peut attaquer aussi bien le parenchyme nerveux que les vaisseaux. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVII, 1-2.) — A. J.

De la tuberculose rénale, par MM. König et Pels Leusden.

On distingue généralement deux formes de tuberculose rénale, l'une intéressant la substance rénale seule, sans participation du bassinet, et l'autre compliquée de pyélite tuberculeuse. Le diagnostic de la première variété est incertain et la plupart des malades se présentent avec une pyélite qui n'est souvent qu'une étape plus avancée de l'affection. M. König n'admet pas la distinction des tuberculoses rénales en formes médicale et chirurgicale; il estime que la première de ces formes répond surtout, en pratique, aux cas non diagnostiqués. Relativement à l'indication opératoire, il pense que la néphrectomie est indiquée toutes les fois que la maladie affecte une marche progressive et que le patient se trouve dans un état de consomption évident.

L'opération une fois décidée, on ne devrait jamais se contenter d'une intervention partielle, car l'examen des pièces anatomiques, fait par l'assistant de M. König, M. Pels Leusden, a démontré que, dans aucun des 18 cas opérés (sur les 20 observations relatées dans le présent travail), une simple résection de l'organe n'aurait été suffisante.

La plupart des malades étaient âgés de trente à quarante ans, les chiffres extrêmes étant sept et soixante ans. Quant aux résultats, 6 patients succombèrent peu de temps après l'opération (3 par anurie post-opératoire, 3 par tuberculose concomitante), tandis que 12 présentèrent une survie plus ou moins longue. Parmi ces derniers, 3 sont guéris depuis cinq à onze ans, 3 depuis un à trois ans; 2, opérés depuis moins d'un an, sont sensiblement améliorés; les 4 autres ont succombé, mais après une survie ayant duré de deux à huit ans dans un état satisfaisant.

Chez 4 des 6 patients décédés à la suite de l'intervention, l'autopsie démontra que le second rein n'était pas tuberculeux. Son intégrité complète ne fut, du reste, établie qu'exceptionnellement avant l'opération, et plusieurs fois la vessie présentait également des lésions tuberculeuses. M. König estime, en se basant sur les résultats ultérieurs obtenus par lui, que l'extirpation d'un rein à lésions avancées est avantageuse pour le malade, lors même que le reste de l'appareil urinaire, y compris le second rein, n'est pas intact.

Quant au manuel opératoire, M. König plaça, dans les cas où l'isolement du hile était difficile à cause des adhérences, une ligature en masse autour de la région du hile tout entière, puis il pratiqua l'ablation de l'organe au niveau du bassinet pour disséquer en dernier lieu l'uretère et lier enfin, après exérèse du rein, chaque vaisseau isolément. En ce qui concerne l'uretère, il fut excisé quand il présentait des lésions tuberculeuses manifestes. Dans les autres cas, on se contenta d'une simple ligature au catgut. Pour ce qui est de la capsule adipeuse, M. König conseille de l'extirper soigneusement toutes les fois qu'elle paraît envahie par le processus tuberculeux. Puis la plaie est recousue et drainée ou tamponnée. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 1-2.) — F. DE Q.

Contribution à l'étude du placenta prævia, par M. Frommel.

L'observation qui fait l'objet du présent travail est intéressante à plus d'un titre; aussi croyons-nous utile de la résumer ici :

Une femme de trente-six ans, enceinte pour la onzième fois, fut admise dans un service de médecine au huitième mois de sa grossesse, pour une tuberculose pulmonaire et laryngée très avancée. La grossesse, jusque-là, n'avait présenté rien d'anormal; mais, trois semaines après l'admission, la poche des eaux se rompit brusquement, de sorte qu'on dut transporter d'urgence la malade dans le service d'accouchements.

Pendant le trajet, une hémorrhagie assez violente se déclara. L'examen, pratiqué immédiatement, permit de reconnaître une présentation de l'épaule avec procidence du cordon; le col était effacé, la dilatation atteignait les dimensions d'une pièce de 5 francs. Le placenta, inséré sur le segment inférieur, recouvrait presque entièrement l'orifice externe, n'en laissant libre qu'une toute petite portion, à droite, par où la procidence avait pu se produire. On pratiqua la version. L'expulsion du fœtus se fit au bout de deux heures et demie, et la délivrance vingt minutes plus tard. Le placenta était lacéré à l'un de ses bords, celui qui était contigu à l'orifice; à part cela, il ne présentait rien d'anormal.

Quatre semaines après, la malade succomba à ses lésions tuberculeuses. A l'autopsie, on trouva l'utérus encore un peu gros; la cavité était large et permettait de distinguer très nettement l'aire placentaire qui occupait la paroi antérieure, le fond et une petite partie de la paroi postérieure. Entre le bord inférieur de cette zone et l'orifice interne, parfaitement marqué, il existait une bande de muqueuse utérine absolument normale, large de 2 centimètres à gauche, de 2 centim. 1/2 à droite.

Malgré cette constatation, l'auteur estime qu'il s'agissait bien de placenta prævia; il admet, comme seule explication possible, que le placenta s'était développé aux dépens du chorion adhérent à la caduque réfléchie. On aurait pu croire à un décollement partiel d'un placenta normalement situé, la partie détachée étant venue obstruer le col; mais cette hypothèse ne saurait être acceptée, étant donné que, s'il en eût été ainsi, une hémorrhagie abondante aurait nécessairement accompagné un décollement aussi considérable, alors qu'en réalité la perte ne s'est produite qu'au moment où la dilatation atteignait les dimensions d'une pièce de 5 francs. Cette dernière particularité n'a, au contraire, rien de surprenant, si l'on admet l'explication de M. Frommel : au début du travail, le décollement, dans le segment in-

férieur, s'est produit entre la caduque vraie et la caduque réfléchie, de sorte qu'n'y avait pas matière à hémorrhagie; ce n'est que plus tard, avec les progrès de la dilatation, que les espaces intervilleux ont été déchirés, ce qui a donné lieu à une perte de sang abondante, mais tardive.

M. Frommel termine en insistant sur ce point, à savoir que les notions nouvelles concernant l'implantation de l'œuf sur la muqueuse utérine, notions dues principalement aux travaux de Spee et de Peters, apportent une confirmation solide à la théorie du placenta développé dans la caduque réfléchie. L'observation actuelle vient encore corroborer singulièrement cette manière de voir. (*Beiträge z. Geburtsh. u. Gynäkol.*, III, 2.) — E. W.

Contribution à l'étude des dermoïdes du pénis, par M. Gerulanos.

Contrairement aux tumeurs kystiques du scrotum et du prépuce, les dermoïdes du pénis sont d'une grande rareté. Aussi M. Gerulanos relate-t-il un cas de cette affection qu'il a eu l'occasion d'observer à la clinique chirurgicale de M. Helferich, à Kiel.

Il s'agit d'un jeune garçon de six ans qui, au dire de ses parents, était atteint depuis neuf mois d'une tuméfaction siégeant à la face inférieure de la verge. A l'examen objectif, on constatait, en effet, la présence d'une tumeur allongée, de 5 centimètres de longueur et d'environ 1 centimètre de largeur, qui avançait jusqu'au prépuce où elle présentait un élargissement en forme de massue. Cette tumeur, de nature kystique, était indépendante de la peau, et située exactement sur la ligne médiane. Sauf à son extrémité postérieure, elle était légèrement mobile sur les corps caverneux.

L'extirpation de ce kyste ne présenta aucune difficulté; son examen microscopique démontra que la paroi renfermait tous les éléments de l'épiderme et du derme normal; il s'agissait donc, non pas d'un athérome, mais d'un kyste dermoïde proprement dit. La situation de la tumeur au niveau du raphé plaidait déjà en faveur de cette interprétation. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 3-4.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Du rôle des moustiques dans l'étiologie de la fièvre jaune, par MM. W. Reed, J. Carroll, A. Agramonte et J. W. Lazear.

Nous nous sommes occupés à plusieurs reprises, et tout récemment encore (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 353 et 382), des travaux tendant à démontrer le rôle que jouent certains moustiques dans la propagation de l'infection malarique. Les expériences dont MM. Reed, Carroll, Agramonte et Lazear rendent compte dans le présent mémoire semblent prouver que les insectes en question ne sont pas moins dangereux en ce qui concerne la transmission de la fièvre jaune.

Ces recherches, faites à la Havane, ont porté sur 12 individus de race blanche — ne jouissant, par conséquent, d'aucune immunité à l'égard du vomito negro — et qui s'exposèrent aux piqûres d'un moustique particulier, le *Culex fasciatus*, nourri avec le sang de malades atteints de fièvre jaune. 9 de ces sujets restèrent indemnes, mais les 3 autres (dont MM. Carroll et Lazear eux-mêmes) présentèrent, au bout d'un laps de temps correspondant à la période d'incubation de la fièvre amarile, tous les symptômes caractéristiques de cette infection, à laquelle un des expérimentateurs, M. Lazear, succomba malheureusement.

Ces faits, observés en août et septembre derniers, paraissent particulièrement concluants, car, à la même époque et dans la même localité, on n'a observé, sur une population blanche de 1,400 âmes, aucun cas spontané de fièvre jaune.

Notons en terminant que, avant d'instituer les recherches dont il vient d'être question, les auteurs se sont livrés à la recherche du bacille ictéroïde, décrit par M. Sanarelli comme agent pathogène de la fièvre jaune, chez 18 malades atteints de vomito negro et sur les cadavres de 11 sujets morts de cette affection, et cela sans le moindre résultat. Ils en concluent que ce microbe, dans les cas où il est possible de l'isoler, n'envahit l'organisme que secondairement. (*Philadelphia Med. Journ.*, 27 octobre 1900.)

Les vomissements périodiques par auto-intoxication chez les enfants, par M. J. P. C. Griffith.

Sous le nom de vomissements périodiques, cycliques ou à répétition, on a groupé des faits assez disparates dont les uns ressortissent aux crises gastriques du tabes, tandis que d'autres sont l'expression de névroses gastriques pures ou même dépendent manifestement de troubles digestifs. Or, d'après M. Griffith, on rencontrerait dans l'enfance une forme particulière de vomissements incoercibles à répétition survenant à des intervalles irréguliers et dus à des crises d'auto-intoxication. L'auteur a eu l'occasion d'observer 4 cas de ce genre chez des enfants âgés de cinq à neuf ans (trois garçons et une fillette), et il a pu relever plusieurs faits analogues dans la littérature médicale.

Chez ces petits malades, les vomissements étaient indépendants de tout trouble digestif et ne s'accompagnaient pas des douleurs qui sont propres aux crises gastriques du tabes, aux névroses de l'estomac et à l'hyperchlorhydrie. Ils apparaissaient spontanément, sans cause appréciable, tantôt d'une façon brusque, l'enfant ayant joui jusque-là d'une santé parfaite, tantôt après une période prodromique généralement de courte durée, caractérisée par une sensation de malaise général avec anorexie, léger état saburral de la langue et, parfois, céphalalgie.

La crise une fois constituée peut se prolonger pendant plusieurs jours (jusqu'à dix jours dans un cas). Les vomissements, d'abord alimentaires, deviennent ensuite séro-muqueux et, enfin, sanglants. Ils s'accompagnent parfois de constipation et de fièvre et ne tardent pas à amener un épuisement plus ou moins profond. D'ordinaire, la crise cesse brusquement et la convalescence est alors rapide; mais la mort peut aussi survenir par collapsus cardiaque, comme le fait s'est produit chez deux des jeunes sujets observés par l'auteur.

M. Griffith estime que la cause de ces vomissements périodiques est un état d'auto-intoxication par des leucomaïnes provenant de troubles encore mal connus des échanges intra-organiques. Et, de fait, il a pu constater chez ses petits malades certains symptômes qui confirment cette hypothèse, tels que de l'indicanurie, du prurit cutané et, dans un cas, l'apparition de douleurs articulaires immédiatement après une crise de vomissements. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, novembre 1900.)

Une modification de l'opération d'Alexander, par M. A. Goldspohn.

Dans la majorité des cas de rétroversion utérine mobile ou adhérente, on rencontrerait, d'après M. Goldspohn, des modifications pathologiques des annexes. Aussi l'auteur a-t il cherché un procédé qui permît à la fois de redresser l'utérus et de traiter les annexes, sans nécessiter cependant la laparotomie. Voici la méthode à laquelle il s'est arrêté :

Après avoir attiré au dehors le ligament rond selon le procédé usuel, il dilate l'orifice interne du canal inguinal au moyen d'une pince à forcipressure ou à lithotomie. Par cette ouverture, l'index pénètre dans la cavité abdominale, libère l'utérus et ses annexes, aidé, s'il le faut, par l'introduction dans le vagin de deux doigts de l'autre main ou par une sonde glissée dans l'utérus. C'est encore par cet orifice que la trompe et l'ovaire sont amenés à l'extérieur où on les soumet au traitement que nécessite leur état (cautérisation, résection, ablation, etc.). Pendant ce temps, un tampon de gaze, introduit dans la cavité abdominale, absorbe le sang et les autres liquides qui ont pu s'y épancher. On peut, par la même occasion, améliorer la situation des annexes en raccourcissant les ligaments qui les maintiennent latéralement. Cela fait, on ferme la plaie par un quadruple rang de sutures, qui fixent en même temps le ligament rond. D'abord, une suture en bourse est passée à travers le bord de ce ligament, le péritoine et l'anneau inguinal interne. Le second étage de sutures, fait avec un double catgut, comprend un faisceau de l'oblique interne et du transverse, de la largeur d'un travers de doigt, et la surface postérieure du ligament de Poupart transpercée aussi loin que possible; trois ou quatre des points de cette rangée traversent le ligament rond. Enfin, un troisième étage de sutures rapproche le bout de l'aponévrose et un quatrième ferme la plaie cutanée.

M. Goldspohn publie un tableau qui comprend 49 opérations de cette espèce, pratiquées en 1897 et en 1898. Les résultats ont toujours été bons. Il n'y a pas eu de mort à déplorer; l'intervention n'a jamais déterminé une hernie complète, ni porté d'entraves à la grossesse ni au travail; l'utérus a été maintenu en antéversion d'une manière permanente.

Il existe cependant un certain nombre de contre-indications à cette méthode opératoire; ce sont, d'après l'auteur : 1° la présence probable de germes infectieux en activité; 2° une extrême corpulence des malades; 3° un prolapsus utérin prononcé; 4° la rétroflexion peu mobile d'un utérus très volumineux soit par métrite, soit par fibrome. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai 1900.) — E. C.

PUBLICATIONS ITALIENNES

La prophylaxie de la malaria dans le Latium, par M. A. Celli.

Nous avons récemment rendu compte des essais de protection contre le paludisme tentés à Albanella sous la direction de M. Grassi (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 353). M. Celli fait connaître à son tour les résultats qu'il a obtenus, sur des sections de lignes des Compagnies italiennes des chemins de fer de l'Adriatique et des chemins de fer du Sud, par l'emploi de mesures analogues à celles que préconise M. Grassi; mais ses recherches ont été faites pendant l'été et l'automne 1899, par conséquent un an avant celles de ce dernier.

Les expériences de M. Celli, concordantes en général avec celles de M. Grassi, paraissent cependant avoir donné des résultats un peu moins favorables, puisque, sur 207 employés de chemins de fer qui avaient été protégés contre les moustiques, 10 furent atteints de paludisme; il est vrai que, pendant la même période, leurs voisins eurent tous, ou presque tous, des accès de fièvre. L'auteur a pu s'assurer, en outre, que dans les maisons habitées par ces 10 malades la malaria ne fût pas, grâce à l'absence d'anopheles, transmise à d'autres personnes, et que la guérison des fiévreux y fut obtenue aussi vite et aussi complètement que dans les pays les plus salubres.

Ce qui donne un intérêt particulier aux recherches de M. Celli, c'est qu'il a cherché à protéger aussi des habitations de paysans, construites sur des types fort divers et se prêtant fort mal, en général, à la défense contre les moustiques; c'est ainsi qu'il s'agissait, dans certains cas, de simples cabanes en torchis. Ces essais sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse les considérer comme définitifs; ils sont cependant fort encourageants, ainsi qu'en témoigne le fait suivant : dans une ferme où l'on avait compté en 1898 10 cas de paludisme de nouvelle infection, on n'en observa qu'un seul l'an passé.

Nous avons dit que les mesures de protection mises en œuvre par M. Celli sont analogues à celles qu'utilisa M. Grassi (châssis en toile métallique à toutes les issues des maisons et usage d'un voile en tulle et de gants épais pour les personnes obligées de sortir après le coucher du soleil); signalons, cependant, comme précaution particulière, que l'auteur conseille d'adapter à la porte d'entrée des habitations un tambour en treillis, muni d'une double porte à fermeture automatique. (*Supplem. al Policlinico*, 20 octobre 1900.) — F. F.

La lipolyse dans les cirrhoses veineuses du foie, par M. L. Ferrannini.

Bien souvent, chez les sujets atteints de cirrhose veineuse, les fonctions biligénique, uréogénique, glycogénique et antitoxique du foie ne paraissent nullement troublées. On pourrait, semble-t-il, en conclure à l'intégrité de la cellule hépatique; et cependant cette cellule, examinée au microscope après la mort, présente ordinairement des altérations fort graves. Aussi l'auteur s'est il demandé si l'étude du dédoublement des graisses alimentaires, ou lipolyse, qui paraît dépendre, au moins dans une certaine mesure, du bon fonctionnement du foie, n'est pas susceptible, chez les malades en question, de fournir des indications plus précises sur l'état de cette glande.

M. Ferrannini a fait ses recherches sur 3 cirrhotiques exempts de toute lésion du pancréas, et qui, pendant quatre jours consécutifs, n'in-

gérèrent que des aliments (pain, riz, viande de veau rôtie, œufs, lard et beurre) dont la teneur en graisses était rigoureusement déterminée; les fèces furent soigneusement recueillies pendant toute la durée de l'expérience, et l'on dosa les substances grasses qu'elles contenaient, particulièrement les graisses qui, ayant subi la lipolyse, se présentaient sous forme d'acides gras et de savons.

Voici les résultats que l'auteur a obtenus :

Le premier malade avait absorbé 289 gr. 23 centigrammes de substances grasses, dont 26 gr. 88 centigr. furent retrouvés dans les matières fécales; de ces 26 gr. 88 centigr., 1 gr. 94 centigrammes, soit 7.21 %, étaient à l'état d'acides gras et de savons.

Pour le second sujet, ces chiffres furent respectivement 238 gr. 10 centigr., 93 gr. 35 centigr. et 12 gr. 65 centigr. (13.55 %); pour le troisième, ils atteignirent 283 gr. 12 centigr., 93 gr. 14 centigrammes et 32 gr. 06 centigr. (34.42 %).

Ainsi donc, dans ces 3 cas, la proportion de graisses saponifiées, relativement au chiffre total des substances grasses contenues dans les fèces, a oscillé entre 7.21 % et 34.42 %. Or, on sait, depuis les travaux de Munk et de F. Müller, que ce rapport, à l'état normal, est voisin de 76 %, et Katz a démontré qu'il ne s'abaisse au-dessous de 70 % que sous l'influence de causes pathologiques.

Quoique M. Ferrannini estime — d'après des recherches personnelles sur l'homme sain, dont il ne donne pas ici les résultats numériques — que les chiffres indiqués comme normaux par ces auteurs sont un peu trop élevés, il ne lui semble pas douteux que l'abaissement du pouvoir lipolytique au-dessous d'un certain taux, quand rien ne l'explique, ne soit un signe d'une insuffisance hépatique que l'intégrité des fonctions uréogénique, biligénique, glycogénique et antitoxique ne laisserait parfois nullement soupçonner. (*Riforma med.*, 31 octobre 1900.) — F. F.

PUBLICATIONS RUSSES

De la conduite à tenir dans les cas de blessure de l'uretère au cours d'une laparotomie, par M. N. Fénoménov.

Lorsque, au cours d'une opération, on a eu la mauvaise fortune de sectionner l'uretère, l'intervention la plus rationnelle, pour remédier à cet accident, consiste évidemment à rétablir le cours normal de l'urine soit en réunissant les deux bouts du conduit sectionné, soit en implantant le bout central dans les parois de la vessie. Malheureusement, ces deux manières de faire ne sont pas toujours réalisables, et, dans les cas où il en est ainsi, on n'hésite pas à créer une fistule urineuse en fixant, par exemple, le bout de l'uretère divisé entre les lèvres de la plaie abdominale, conduite qui nécessite la plupart du temps, comme intervention secondaire, la néphrectomie. Cela étant, M. Fénoménov a eu l'idée, dans un fait de ce genre, d'exclure d'emblée le rein intéressé sans recourir cependant à l'extirpation de cet organe.

Le cas relaté par l'auteur se rapporte à une femme de trente-cinq ans, chez laquelle M. Fénoménov fut appelé à pratiquer la laparotomie pour deux tumeurs kystiques, situées l'une à droite et l'autre à gauche, incluses toutes deux dans le ligament large et ayant contracté des adhérences étendues avec l'épiploon et l'intestin. Après avoir énucléé la tumeur gauche, le chirurgien aborda celle du côté opposé, procédant ici avec d'autant plus de prudence que les parois du néoplasme étaient infiltrées et semblaient dénoter l'existence d'un contenu purulent. Afin d'énucléer la tumeur sans endommager ses parois, M. Fénoménov s'attacha à poursuivre la dissection, à une certaine distance du néoplasme, dans l'épaisseur des tissus environnants. Il ne tarda pas à constater, au niveau de la loge occupée par la tumeur, la présence d'un liquide clair qui se reproduisait au fur et à mesure qu'on l'épongeait. Le néoplasme une fois extirpé, on put se rendre compte que ce liquide provenait d'une section complète de l'uretère droit. Une portion de ce canal se trouvait même excisée, de sorte que la *restitutio ad integrum* était absolument impossible. S'inspirant alors de certaines données de la pathologie expérimentale relatives à l'occlusion rapide et complète de l'uretère, et tenant compte de l'état normal du rein gauche, susceptible de suppléer, au besoin, son congénère, M. Fénoménov décida d'effectuer la ligature de l'uretère. Après avoir saisi le bout central du canal et l'avoir étiré, en vue d'éviter la formation consécutive d'un diverticule, il posa sur lui deux solides ligatures à 3 centimètres d'intervalle et le replaça dans sa situation habituelle. Le péritoine fut suturé; on établit ensuite un drainage vaginal à la gaze iodoformée, on sutura complètement la plaie abdominale et on fit un pansement compressif. Les suites opératoires ne présentèrent rien d'irrégulier; la malade accusa seulement quelques douleurs vagues à la région lombaire droite. Au bout de sept jours, le drainage fut supprimé et, quatre jours plus tard, on enleva les points de suture. Un mois environ après l'intervention, la patiente quitta l'hôpital sans qu'on eût pu constater le moindre trouble dans le fonctionnement de l'appareil urinaire.

A l'heure actuelle, plus d'un an après l'opération, cette femme se porte très bien et l'examen de la région des lombes ne dénote, chez elle, rien d'anormal; il en est, du reste, de même pour l'analyse des urines.

Ainsi donc, en présence d'une blessure accidentelle de l'uretère, la ligature de ce canal peut, le cas échéant, être indiquée de préférence à l'urétérostomie abdominale et à la néphrectomie. (*Journ. akouch. i jénsk. boliézn.*, juillet et août 1900.) — L. CH.

Ecoulement menstruel par le vagin et par la peau des paupières de l'œil gauche, par M. V. Dolganov.

La déviation des règles peut se manifester soit par des hémorrhagies ayant pour point de départ des organes parenchymateux, soit par des écoulements sanguins qui se produisent à la surface du corps. Les premières accompagnent la menstruation plus ou moins troublée, tandis que dans le second cas le flux menstruel normal est complètement aboli. Or, le fait relaté par M. Dolganov, et qui paraît unique en son genre, a trait à une jeune femme chez laquelle les règles, *très abondantes et d'une périodicité absolument normale*, coïncident avec un écoulement sanguin au niveau de la peau des deux paupières de l'œil gauche. Par son mode de production, cette hémorrhagie rappelle la sécrétion de la sueur : le sang apparaît à la surface cutanée sous forme de fines gouttelettes, comme s'il provenait des vaisseaux des glandes sudoripares. Le microscope y décèle un grand nombre d'hématies non altérées, et relativement peu de globules blancs. Du côté des yeux, on ne constate pas de phénomènes susceptibles d'expliquer ces hémorrhagies périodiques. A l'examen gynécologique on note l'existence d'une endométrite chronique avec péri-oophorite et dégénérescence kystique de l'ovaire gauche; toutefois, il importe de faire remarquer que le début des pertes sanguines par la peau des paupières remonte à une époque où la malade était encore indemne de toute affection des organes génitaux. Ces hémorrhagies oculaires ne sont, par conséquent, en rapport qu'avec le flux cataménial et constituent une sorte de réflexe vasomoteur qui, en raison de sa singularité, méritait d'être signalé. (*Vratch*, 9 septembre 1900.) — L. CH.

Une tumeur mixte de l'ovaire, par M. V. Atlas.

Dans les classiques, le chapitre des tumeurs de l'ovaire se réduit, en général, à la description des néoplasmes épithéliaux, d'une part, et des tumeurs d'origine exclusivement conjonctive, d'autre part, ces dernières étant d'ailleurs très rares. Certains traités récents mentionnent, il est vrai, l'existence de *tumeurs mixtes*, mais sous ce nom on désigne le plus souvent la combinaison des kystes dermoïdes avec d'autres formations kystiques de l'ovaire. Or, M. Atlas a observé un cas dans lequel on avait affaire à une tumeur composée d'un kyste dermoïde et d'un fibrome, association qui ne paraît pas avoir encore été signalée.

Il s'agissait d'une femme âgée de cinquante-deux ans, qui fut admise à l'hôpital d'Astrakhan pour un néoplasme de l'abdomen s'accompagnant d'essoufflement et de palpitations. Trois ans auparavant, la malade avait remarqué l'existence, du côté droit de l'abdomen, d'une petite tumeur mobile dont le développement s'était effectué d'une manière très lente. Au moment de l'admission, on constata, à la région lombaire et au niveau de l'ombilic, la présence de deux tumeurs solides, très mobiles et reliées l'une à l'autre par l'intermédiaire d'un faisceau rubané. De plus, au dessus du mont de Vénus, la palpation mettait en évidence une troisième tumeur paraissant immobile et qui plongeait dans le petit bassin. On posa le diagnostic de tumeurs solides des deux ovaires avec fibrome sous-séreux de la paroi postérieure de l'utérus. Un nouvel examen ayant permis de noter un certain degré de mobilité de la troisième tumeur, ainsi que l'absence de toute connexion entre celle-ci et la matrice, le diagnostic fut modifié et on attribua à ce néoplasme une origine également ovarienne.

On pratiqua la laparotomie et, le liquide ascitique une fois évacué, toutes les tumeurs furent extirpées. Les deux premières provenaient de l'ovaire droit, tandis que la troisième s'était développée aux dépens de l'ovaire gauche et comprenait deux parties essentiellement différentes : l'une, de consistance pâteuse, renfermait du sebum et des cheveux; l'autre, dure, était constituée par un tissu « criant sous le scalpel » et qui, à la coupe, se montrait très uniformément composé de faisceaux de fibres conjonctives et de cellules fusiformes. Quant aux tumeurs de l'ovaire droit, il s'agissait ici encore d'un kyste dermoïde et d'un fibrome, mais, à l'encontre de ce qui existait à gauche où les deux productions néoplasiques se présentaient accolées l'une à l'autre, les deux tumeurs du côté droit étaient indépendantes et ne se trouvaient reliées que par le ligament large fortement distendu. (*Journ. akouch. i jénsk. boliézn.*, juillet et août 1900.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

La cocaïnisation des gros troncs nerveux comme méthode d'anesthésie chirurgicale.

Un des inconvénients de la cocaïnisation médullaire par le procédé de Bier est que l'anesthésie ainsi obtenue n'est pas limitée à la zone opératoire. Pour éviter à la fois cette insensibilisation trop étendue et les troubles qui résultent parfois de l'action directe de la cocaïne sur la moelle, M. le docteur Jaboulay, chirurgien des hôpitaux de Lyon, a eu l'idée de cocaïniser simplement les gros troncs nerveux de la région sur laquelle portera l'intervention.

Notre confrère s'est servi avec succès de ce procédé dans un cas de désarticulation scapulo-humérale où l'existence d'une septicémie empêchait l'emploi de l'anesthésie générale. Chez ce malade, l'incision pratiquée pour la ligature préalable de l'artère sous-clavière servit à l'insensibilisation du plexus brachial : dans ce but, après anesthésie locale des parties molles sous-claviculaires, on dénuda à la fois le plexus nerveux et l'artère, on lia ce vaisseau et on injecta quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 2.5 % dans les deux branches principales du plexus. Dès qu'on eut constaté que la partie supérieure du bras était devenue insensible, on procéda à la désarticulation de l'épaule qui se fit sans douleur. Le patient eut seulement une secousse au moment de la section de la partie interne du lambeau, région que contribuent à innerver les nerfs intercostaux.

C'est surtout aux membres supérieurs que l'anesthésie des troncs nerveux est facile à réaliser et peut rendre des services; mais on peut l'employer aussi aux membres inférieurs et dans d'autres régions, par exemple pour le territoire du trijumeau.

Ajoutons que M. Jaboulay n'espère pas voir cette méthode d'anesthésie locale devenir courante, ses indications se limitant aux cas où l'anesthésie générale ne saurait être mise en œuvre.

L'eau oxygénée contre l'épistaxis.

Un certain nombre de chirurgiens qui usent couramment de l'eau oxygénée pour le lavage et le pansement des plaies ont eu l'occasion de constater que ce liquide, en plus de son action antiseptique, est doué d'un pouvoir hémostatique considérable. C'est ainsi que M. le docteur Rifaux (de Châlon-sur-Saône) a pu se convaincre récemment que le peroxyde d'hydrogène est le médicament de choix de l'épistaxis. Il suffirait d'introduire dans la fosse nasale d'où provient l'hémorrhagie un tampon d'ouate imbibé d'eau oxygénée pour tarir les écoulements sanguins, même les plus graves.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La dyscrasie toxique, complication du diabète, et son traitement.

On sait depuis longtemps que dans le cas où une urine diabétique présente une odeur aigrelette très prononcée et rougit fortement par l'addition de perchlorure de fer, elle renferme, le plus souvent, non seulement de l'acétone et de l'acide diacétique, mais aussi de l'acide β-oxybutyrique (1) et une proportion exagérée d'ammoniaque. Les praticiens n'ignorent pas aujourd'hui que ce syndrome urologique — auquel se joint toujours l'accélération du pouls, ainsi que je l'ai fait depuis longtemps remarquer — est en général de mauvais augure, et qu'il faut à tout prix le combattre par une médication appropriée, si l'on ne veut voir brusquement se développer la dyspnée, bientôt suivie du coma.

I

Quelle est la pathogénie des accidents? — On la discute depuis que l'attention a été fixée sur ce syndrome.

Il est inutile de parler de l'acétone et de l'acide diacétique, substances nuisibles, sans aucun doute, mais qui ne sauraient expliquer la mort. Quant à l'acide β-oxybutyrique, qu'on s'est empressé de suspecter dès que son existence a été connue, il ne possède pas de toxicité notable : Minkowski a ingéré 9 grammes d'oxybutyrate de soude à un chien de 7 kilogrammes privé de pancréas; l'urine excrétée pendant les vingt-quatre heures consécutives renfermait de l'acétone et de l'acide diacétique, *mais l'animal n'a présenté aucun symptôme toxique.* Ce qui rend cette expérience probante, c'est que le chien diabétique a reçu *brusquement* dans les veines beaucoup plus d'*un* gramme de substance par kilogramme, c'est-à-dire une quantité qu'il est *tout à fait exceptionnel* de voir un diabétique excréter en vingt-quatre heures (2).

Mais si la toxicité spéciale de l'acide β-oxybutyrique injecté, en une fois, dans une veine se montre des plus faibles, ne se pourrait-il pas que cet acide agît à la longue, comme *acide*, et que l'imprégnation des tissus, longtemps prolongée, fût la cause d'accidents? Cette hypothèse n'a rien d'invraisemblable, et, quant à la réalité de cette imprégnation acide qu'on a appelée *acidose*, elle paraît d'autant plus certaine que l'urine renferme, comme je le disais plus haut, une très forte proportion d'ammoniaque. Or, on sait, depuis les travaux du professeur Schmiedeberg et de son élève Walter, que dans les cas d'acidose, grâce à une production surabondante d'ammoniaque ou, pour parler plus exactement, par suite d'un défaut de production d'urée *aux dépens* de l'ammoniaque, cette base vient saturer l'excès d'acide.

II

Mais l'acidose, pour réelle qu'elle soit, n'explique pas les symptômes spéciaux qui précèdent l'établissement du coma, notamment la fréquence du pouls et la dyspnée particulière. Aussi M. Klemperer soutient-il, depuis plusieurs années, que ces symptômes, y compris le coma, sont dus à la présence dans le sang d'une *toxine* inconnue. M. von Noorden (1) paraît s'être rangé à son opinion.

Dans mon petit livre sur le diabète (2), où j'expose assez longuement l'état de la science sur la *dyscrasie toxique* des diabétiques, je n'émets pas d'opinion arrêtée sur l'hypothèse de M. Klemperer; mais j'y exprime l'idée que l'insuffisance — il serait inexact de dire l'insuccès — de la médication alcaline porte à penser qu'il y a dans la dyscrasie diabétique autre chose que l'acidité.

Quelques mois plus tard, les travaux de M. Magnus-Levy, qui ont été parfaitement analysés dans le remarquable article de M. Jaquet (3), sont venus, au moins en apparence, apporter un nouvel appui à la doctrine de l'intoxication acide, et M. Jaquet est d'avis « que, dans l'état actuel de la science, la théorie de l'intoxication acide dans le coma diabétique demeure la plus vraisemblable ».

Ainsi formulée, cette conclusion me paraît créer une équivoque qu'il importe de dissiper : assurément, comme je l'ai dit plus haut, l'acidose est réelle; mais qu'elle *suffise* à expliquer les accidents, c'est ce que je ne saurais accepter, car d'autres travaux, postérieurs à la publication de mon livre, indiquent une source de toxicité auparavant ignorée.

III

Ces travaux sont, tout d'abord, le second mémoire de M. Sternberg (4), que cite M. Jaquet; puis deux publications récentes, l'une de MM. Heymans et Masoin (5) et l'autre de M. Fiquet (6). Les auteurs de ces publications n'ont pas en vue le diabète; mais ils émettent des idées fort suggestives que je considère comme applicables à l'intoxication diabétique.

Guidé par des considérations théoriques, M. Sternberg a supposé que l'acide β-oxybutyrique pouvait provenir de l'acide β-*amidobutyrique*, et il a trouvé que ce dernier corps produit, chez le chat et le chien, une accélération du pouls, de l'augmentation d'amplitude des respirations, et du coma (7). Sa toxicité dépasse de beaucoup celle de l'acide β-oxybutyrique, puisqu'il *tue* à la dose d'un gramme par kilogramme. Comme on le voit, cette intoxication ressemble à celle du diabétique, et la production de 60 grammes par jour de cet acide n'a rien que de vraisemblable.

M. Jaquet reconnaît que la théorie de M. Sternberg « est incontestablement séduisante »; toutefois il l'écarte, en raison des deux motifs suivants :

1° « On devrait, dit-il, en retrouver des quantités notables [d'acide amidobutyrique] soit dans l'urine, soit dans les organes. » Mais on sait que les corps qui se dédoublent facilement dans l'économie n'y peuvent être le plus souvent décelés. Ainsi, bien qu'on sache, à n'en pas douter, que le glucose ne se transforme pas *directement* en acide carbonique, on n'est pas d'accord sur *le* ou *les* corps intermédiaires, parce qu'on ne peut réussir à en reconnaître la présence dans l'organisme, au moins dans les conditions normales. Il se peut d'ailleurs que l'acide amidobutyrique soit décelable; mais il y a une bonne raison pour qu'on ne l'ait pas trouvé, c'est qu'on ne l'a pas encore cherché, du moins à ma connaissance.

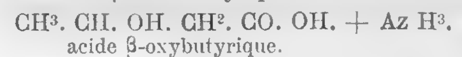
2° La théorie de M. Sternberg, dit encore M. Jaquet, « admet que l'acide amydobutyrique provient de la désassimilation des matières protéiques; or, cette hypothèse est en contradiction avec les observations de différents auteurs. » Là, il me semble y avoir confusion : il est très vrai que depuis les travaux de M. Geelmuyden, etc., on est porté à admettre que l'acide oxybutyrique *peut* provenir des graisses; mais les savants les plus compétents sur la question n'ont pas cessé de penser que, en plus des substances grasses, les matières protéiques, comme on l'admettait universellement il y a trois ans encore, sont aussi une source d'acide oxybutyrique (1), et, en conséquence, éventuellement d'acide amidobutyrique.

Je reconnais qu'il n'existe présentement pas de *preuve* directe en faveur de l'hypothèse de M. Sternberg; mais, au moins, convient-il de se rappeler que l'acide amidobutyrique possède une toxicité incontestable, qu'il produit des symptômes assez analogues à ceux qu'on observe chez l'homme diabétique, et qu'en s'hydratant il donne naissance à de l'acide β-oxybutyrique, en même temps qu'il dégage une molécule d'ammoniaque. Voilà une des sources de l'excès d'ammoniaque qu'on rencontre dans l'urine du diabétique intoxiqué :



$CH^3. CHAzH^2. CH^2 CO. OH + H^2O =$

acide β-amidobutyrique.



$CH^3. CH. OH. CH^2. CO. OH. + Az H^3.$

acide β-oxybutyrique.

IV

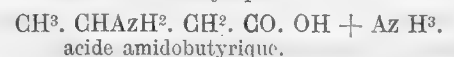
Sur la voie des hypothèses — plausibles d'ailleurs, comme on vient de voir — faisons un pas de plus, et demandons-nous d'où peut provenir l'acide amidobutyrique.

L'équation suivante — que je ne fabrique pas pour les besoins de la cause, car elle est classique — répond à cette question :



$CH^3. CHAzH^2. CH^2. CAz + 2 H^2O =$

nitrile amidobutyrique.



$CH^3. CHAzH^2. CH^2. CO. OH + Az H^3.$

acide amidobutyrique.

Ainsi l'hydratation d'une molécule de nitrile amidobutyrique donne naissance à une molécule d'acide amidobutyrique et à une molécule d'ammoniaque. Voilà une seconde source de l'excès d'ammoniaque dans l'urine des diabétiques intoxiqués (2).

Or, les substances albuminoïdes contiennent des nitriles complexes (Armand Gautier). Il est vrai que, d'après M. Fiquet, ces derniers (au moins certains d'entre eux) sont *inoffensifs;* mais, ajoute cet auteur, si on vient à faire des soustractions moléculaires, à l'aide de réactifs appropriés, ces nitriles pourront, en se simplifiant, devenir des poisons redoutables, par exemple le nitrile cinnamique, dont la toxicité est analogue à celle de l'acide cyanhydrique.

---

(1) Le professeur Hugounenq a fait récemment la remarque importante que « les diabétiques *maigres* excrètent plus facilement que les *gras* de l'acide oxybutyrique ». (*Lyon méd.*, 3 juin 1900, XCIV, p. 147.)

Pour reconnaître l'acide β-oxybutyrique, on se fonde sur le fait que ses sels dévient à gauche la lumière polarisée. En conséquence, quand dans une urine diabétique on trouve par le polarimètre une déviation très inférieure à celle qui correspond au chiffre de sucre accusé par la liqueur de Fehling, on est en droit de *supposer* l'existence d'acide oxybutyrique. Pour s'assurer du bien fondé de cette supposition, il faut distiller l'urine en présence de l'acide sulfurique; on obtient ainsi de l'acide crotonique, qu'on détermine par son point de fusion.

(2) On avait cru, d'après un cas de E. Külz, que la quantité *maxima* d'acide oxybutyrique qui peut être excrétée en vingt-quatre heures par un diabétique est susceptible d'atteindre 200 grammes; mais M. Magnus-Levy a fait justement remarquer que Külz ayant évalué cette quantité seulement d'après le pouvoir rotatoire, sa détermination n'est pas suffisamment précise. Les dosages par les méthodes chimiques ont toujours donné des chiffres notablement moindres.

(1) Von Noorden. Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung. 2e éd., p. 98. Berlin, 1898.

(2) Lépine. Le diabète et son traitement, p. 65 à 96. Paris, 1899. — On y trouvera les indications bibliographiques sur la question.

(3) Jaquet. L'intoxication acide dans le diabète. (*Semaine Médicale*, 1900, p. 183.) — J'ai aussi donné dans la *Revue de médecine*, 1899, p. 567, une analyse des consciencieuses recherches de M. Magnus-Levy.

(4) Sternberg. Chemisches und Experimentelles zur Lehre vom Coma diabeticum. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 1-2-3, p. 65.)

(5) Heymans et Masoin. La toxicité diachronique de quelques composés cyanogénés. (*Arch. internat. de pharmacodynamie.*, 1900, VII, p. 297, et *Semaine Médicale*, 1900, p. 116.)

(6) Fiquet. Sur les propriétés physiologiques des nitriles. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 2 avril 1900.) — Propriétés physiologiques des nitriles-phénols. (*Journ. de physiol. et pathol. gén.*, sept. 1900.)

(7) M. Grube (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1900, XLIV, 5 6, p. 349) a fait à des chats des injections d'acide β-amidobutyrique. Ses résultats confirment, d'une manière générale, ceux de M. Sternberg. Il insiste de plus sur la dilatation initiale de la pupille. Dans l'urine des animaux il a trouvé de l'acétone et de l'acide diacétique.

(1) Voir Hugounenq (*loc. cit.*). « Bien qu'exempt d'azote, dit-il, l'acide oxybutyrique provient, en réalité, de la destruction des albumines. »

(2) Le dégagement d'ammoniaque au moment du dédoublement des nitriles, et au moment de la production des oxyacides aux dépens des acides amidés, comme on a vu plus haut, aide à comprendre pourquoi il n'existe pas dans l'urine de parallélisme entre la quantité d'ammoniaque et le degré d'acidose. Ce défaut de parallélisme s'expliquait mal quand on supposait que la production d'ammoniaque était uniquement une *réaction* de l'organisme contre l'acidose.

Appliquant ces importantes données à la question qui nous occupe, nous dirons que si l'acide β-amidobutyrique n'est pas le véritable producteur du coma diabétique, c'est probablement à quelque autre dérivé des nitriles complexes qui font partie intégrante de nos tissus qu'il faut rapporter cet accident (1). C'est ainsi, je crois, qu'on peut préciser l'hypothèse de M. Klemperer.

Mais ce n'est pas tout : les beaux travaux de MM. Heymans et Masoin nous font comprendre comment a lieu l'intoxication par les dérivés des nitriles, alors même que l'élimination de ces toxiques se fait d'une manière suffisante; ces expérimentateurs ont, en effet, prouvé que la répétition des doses de ces substances affaiblit la résistance de l'organisme, de telle sorte qu'une intoxication peut survenir bien que l'élimination soit suffisante et qu'il ne puisse être question *d'accumulation*. D'après M. Filehne, tout poison, donné à doses répétées, déterminerait l'accoutumance; mais les résultats de MM. Heymans et Masoin montrent que ce n'est pas le cas pour les toxiques qui nous occupent.

V

Il est temps d'aborder la question thérapeutique. Quelle application peut-on tirer de la nouvelle théorie pathogénique du coma diabétique? D'après M. Fiquet, pour combattre l'intoxication par les dérivés des nitriles on peut songer aux phénols, attendu que l'introduction d'un phénol, surtout s'il est carboxylé, dans la molécule d'un nitrile, fait disparaître sa toxicité. « On peut espérer, dit-il, que ces phénols se combineront dans l'organisme aux toxines et leur feront perdre leur nocivité. »

Cette vue, du plus haut intérêt, me semble d'ores et déjà justifier *l'essai* des phénols dans la période prodromique du coma, naturellement avec la prudence nécessaire. Mais je dois dire que diverses raisons théoriques, qu'il serait oiseux de développer ici, me font douter qu'on obtienne de cette manière des succès décisifs. Néanmoins, comme certains phénols sont très peu toxiques par eux-mêmes, je ne vois pas de contre-indication à les essayer.

M. Lang a démontré l'action antitoxique de l'hyposulfite de soude vis-à-vis du cyanure de potassium (2). MM. Heymans et Masoin ont vu que l'hyposulfite est également efficace contre l'empoisonnement par certains nitriles (3). Je me borne à cette vague mention, en rappelant que Polli, il y a quelques années, a préconisé ce médicament.

VI

Tout cela, dira-t-on, c'est de la théorie. — Je l'accorde, ce n'est pas encore de la *pratique;* mais je crois que des théories de ce genre pourront conduire à une pratique éclairée et efficace : c'est cette espérance qui nous autorise à les formuler.

En attendant, et pour terminer par quelques conseils immédiatement applicables, je rappellerai les principes fondamentaux du traitement de la dyscrasie toxique du diabète :

1° Surveiller et ménager le rein, toujours atteint dans les cas qui aboutissent au coma; une eau minérale faiblement diurétique peut être utile;

2° Vu la réalité de l'acidose concomitante, administrer le bicarbonate de soude à très haute dose et pendant longtemps; inutile d'employer des doses *excessives*, telles que 100 grammes par jour, car elles ne sont pas absorbées par l'intestin; s'assurer de l'absorption de ce sel par le dosage de la soude dans l'urine, et suivre avec soin la réaction de ce liquide avec le tournesol;

3° En cas d'imminence du coma, ne pas hésiter à pratiquer des infusions (non pas sous-cutanées, parce qu'elles sont dangereuses chez les diabétiques, mais intraveineuses), d'une solution salée alcaline (10 grammes *au plus* de bicarbonate de soude par litre), faites *très lentement* en auscultant le cœur de temps en temps (1). De cette manière, 2 ou 3 litres peuvent être infusés sans inconvénients;

4° Employer les inhalations d'oxygène.

R. LÉPINE,
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Clinique Tarnier. — M. MAYGRIER.

De quelques variétés cliniques d'hémorrhagies puerpérales.

De tout temps, les hémorrhagies ont été redoutées des accoucheurs, et vous connaissez sans doute ce qu'en disait Paul Dubois qui déclarait que si jamais quelque chose devait le faire renoncer à la pratique des accouchements, ce serait l'hémorrhagie puerpérale. Les pertes de sang peuvent, en effet, être graves, soit par leur soudaineté, soit par leur abondance, soit par leur répétition. Elles peuvent compromettre rapidement la vie, et il importe de bien connaître leur origine pour instituer au plus vite un traitement efficace.

Nous venons précisément d'observer depuis quelques jours, dans le service, trois femmes ayant présenté des hémorrhagies assez sérieuses, mais de cause et d'allure absolument distinctes. Il n'y a eu de commun entre ces malades que la perte sanguine, et le traitement qui a dû être appliqué a différé totalement dans les trois cas, comme vous allez le voir par les quelques détails que je vais vous donner.

La première observation concerne une femme de trente-cinq ans, entrée à la Clinique le 31 juillet 1900, à six heures et demie du matin, perdant abondamment du sang. C'était sa huitième grossesse. Quatre ont été normales et les enfants sont nés vivants, trois se sont terminées par la naissance d'enfants morts. Cette patiente a ressenti les premières douleurs de l'accouchement le 30 dans l'après-midi : le lendemain matin, comme elle perdait un peu de sang, on la transporta à la Clinique Tarnier; quand elle y arriva, la perte avait considérablement augmenté. A son entrée, on l'examina et on constata une tête mobile au niveau du détroit supérieur, le dos à droite; l'enfant était vivant. M. Planchon, moniteur de garde, introduisit la main dans le vagin et en retira de gros caillots; par le toucher, il trouva un col encore un peu long, mais entr'ouvert et dilatable de 3 centimètres. A travers le col, il arriva sur des membranes rugueuses; en arrière et à droite, il perçut une partie plus épaisse qui lui parut être le placenta. On fit une injection très chaude (à 48°) et l'hémorrhagie s'arrêta.

A onze heures, cette femme recommence à perdre du sang. En présence de cette nouvelle hémorrhagie, la parturiente étant une multipare et son col se laissant largement dilater, je donne le conseil au chef de clinique, M. Schwaab, de terminer l'accouchement. Celui-ci introduit la main droite dans les parties maternelles, achève facilement la dilatation, rompt les membranes et fait la version; il extrait un enfant en état de mort apparente, mais qui fut vite ranimé.

Il pratique ensuite la délivrance artificielle, et reconnaît, en examinant l'arrière-faix, qu'il s'agissait bien, ainsi qu'on l'avait pensé, d'une insertion vicieuse du placenta (variété marginale). Les suites de couches furent normales; la malade sortit en bonne santé, avec son enfant, le douzième jour.

La perte de sang était due, dans ce cas, à une insertion vicieuse du placenta (*placenta prævia*). Elle avait présenté nettement les caractères habituels de cette sorte d'hémorrhagie, étant apparue brusquement chez une femme multipare, la nuit, sans cause apparente.

Toutefois, le plus souvent la perte sanguine a des allures un peu différentes et débute, non pas au moment du travail, mais dans le cours de la grossesse, ainsi que le montre bien l'observation suivante que j'emprunte à mon service de la Charité.

Il s'agit d'une femme secondipare, entrée à l'hôpital le 20 août 1900, à une heure du soir, venant de Saint-Louis où elle était soignée depuis douze jours.

A son arrivée, elle est pâle, les lèvres seules sont un peu colorées; elle dit avoir perdu beaucoup de sang, mais ne perd pas au moment de son entrée.

L'examen obstétrical permet de reconnaître une grossesse de six mois environ. L'enfant est vivant, le col court, perméable au doigt.

L'interrogatoire fournit les renseignements suivants :

Rien à signaler dans les antécédents. Le premier accouchement a été normal et s'est fait à terme. En ce qui concerne la grossesse actuelle, les dernières règles ont eu lieu du 12 au 15 février 1900; aucun incident jusqu'au 27 juillet. Ce jour-là, à quatre heures du soir, cette femme a chez elle, sans cause apparente, sans douleurs, une hémorrhagie assez abondante. D'elle-même elle se met au lit et prend une injection chaude. L'hémorrhagie s'arrête, mais, les trois jours suivants, il persiste un léger écoulement continu.

Le 30 juillet, la patiente se présente à la consultation de Lariboisière; on lui ordonne le repos et des injections chaudes. La perte sanguine persiste cependant, minime mais sans arrêt.

Le 8 août, deuxième hémorrhagie abondante, sans douleurs. La malade, conduite à Saint-Louis, est reçue au dortoir des femmes enceintes. On la met au lit et on lui donne des injections chaudes. Peu après, troisième hémorrhagie.

Trois jours plus tard, les membranes se rompent spontanément à cinq heures du matin, sans douleurs.

Au bout de quatre jours, quatrième hémorrhagie abondante; injections chaudes.

Depuis, la malade a peu perdu, mais elle a souffert de douleurs dans le ventre et les reins.

Le 20 août, à une heure de l'après-midi, elle arrive à la Charité. L'examen ayant permis de constater un col encore long, la femme ne perdant pas et ayant des contractions régulières, on se contente de soins antiseptiques; la patiente est mise au dortoir après administration d'un lavement contenant 30 gouttes de laudanum. Vers quatre heures et demie, les douleurs s'accentuent; le col atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Une heure plus tard, la parturiente expulse spontanément un fœtus de 950 grammes, vivant; la délivrance a lieu cinq minutes plus tard.

Immédiatement après, grand frisson; les dents claquent, la face pâlit, les lèvres bleuissent; le pouls est un peu rapide; cependant il n'y a pas

(1) Ce n'est pas, en tout cas, *un nitrile;* car la symptomatologie de l'empoisonnement par les nitriles diffère profondément de celle de la dyscrasie toxique du diabète.

(2) LANG. Studien über Entgiftungstherapie : Ueber Entgiftung der Blausaüre. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1895, XXXVI, 1-2, p. 7.) — MM. Heymans et Masoin (*Arch. internat. de pharmacodynamie*, 1897, III, p. 359) ont précisé le fait en montrant que cette action est *préventive*, mais non curative.

Il n'est pas sans intérêt de connaître les étapes de cette découverte. GIACOSA (*Zeitsch. f. physiol. Chemie*, 1882-83, VIII, p. 95) a constaté de l'acide acétique et de l'ammoniaque dans l'urine de chiens intoxiqués par l'acétonitrile. LANG (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1894, XXXIV, 3-4, p. 472) a observé que l'acide cyanhydrique et les nitriles passent, en partie, dans l'urine à l'état d'acide thiocyanique. PASCHELES (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, 1894, XXXIV, 3-4, p. 281) a vu qu'une solution d'albumine, en présence d'un cyanure, cède une partie de son soufre pour former le même acide. C'est alors que Lang a eu l'idée d'administrer un hyposulfite pour empêcher la perte en soufre de l'albumine de nos tissus, qui entraîne sa destruction.

(3) HEYMANS et MASOIN. Etude physiologique sur les nitriles normaux. (*Arch. internat. de pharmacodynamie*, 1897, III, p. 160.)

(1) J'ai vu parfois survenir un bruit de galop, à cause de la surcharge du cœur par le liquide. Il suffit, dans ce cas, d'en interrompre quelques instants l'entrée dans la veine.

eu de perte de sang depuis l'arrivée, même pendant l'expulsion. L'utérus est bien rétracté; on fait tout de suite deux injections d'éther, on donne une potion de Todd, on enveloppe la femme de linges chauds et de boules chaudes, puis on pratique une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum physiologique.

La malade se remonte et reste depuis lors dans un état satisfaisant. Sa température, qui était de 38°4, est de 37° à minuit; le pouls est régulier et plein.

L'examen de l'arrière-faix confirme le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta.

Vous voyez que, dans ces deux observations, quoique nous ayons eu affaire à des hémorrhagies dues à une insertion du placenta sur le segment inférieur, la marche des accidents a différé. Dans le premier cas, nous avons eu une hémorrhagie du travail; dans le deuxième, il s'est produit des hémorrhagies répétées dans le cours du sixième mois.

Il est évident que le pronostic est essentiellement variable suivant les circonstances et selon le traitement employé. Je n'ai nullement l'intention de discuter aujourd'hui devant vous la question du placenta prævia. Aussi me bornerai-je simplement à vous indiquer sommairement les différents modes de traitement qui ont été préconisés.

Pendant la grossesse, faire garder le repos absolu au lit, donner des injections chaudes, et, si l'hémorrhagie est trop abondante, pratiquer le tamponnement vaginal antiseptique (méthode de Leroux), que l'on devra surveiller avec grand soin et ne laisser en place que quelques heures.

Lorsqu'on a affaire à une multipare, dont le col est souple, facilement perméable, on peut employer la méthode de Puzos et de Pinard, c'est-à-dire la rupture large des membranes, associée, dans certains cas, à la version bipolaire (procédé de Braxton Hicks).

Quand la femme est en travail au moment où survient l'hémorrhagie, tout le monde est actuellement d'accord sur la conduite à tenir : il faut terminer l'accouchement le plus rapidement possible, soit qu'on ait recours aux ballons dilatateurs (ballons de Champetier, de Boissard), soit qu'on s'adresse à la dilatation manuelle, méthode de plus en plus en faveur depuis quelques années. On a reconnu, en effet, que la présence du ballon dans le segment inférieur produit parfois une contracture spasmodique de l'anneau de Bandl, complication qui rend fort difficile l'extraction de l'enfant.

C'est donc à l' « accouchement méthodiquement rapide » de Tarnier que je vous conseille d'avoir recours; après dilatation du col, vous terminerez par le forceps ou la version, suivant les circonstances; mais c'est le plus souvent la dernière de ces deux opérations que vous aurez à pratiquer, car la tête est rarement engagée.

Dans le cas où l'enfant est mort, on fait l'embryotomie.

Je viens de vous rapporter deux cas d'hémorrhagies dues à l'insertion du placenta sur le segment inférieur; mais il est des circonstances où les pertes de sang ont une tout autre étiologie, ainsi que vous allez le voir par les deux observations que je vais résumer maintenant.

La première a trait à une femme de vingt et un ans, primipare, entrée à la Clinique le 17 juillet 1900, et n'offrant rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ni personnels. Elle a eu ses dernières règles du 19 au 24 décembre 1899. Sa grossesse avait fort bien évolué, lorsque le 8 juillet dernier, étant enceinte de six mois environ, elle a fait dans un escalier une chute d'une hauteur de 5 à 6 marches. Deux heures après, elle éprouva de violentes douleurs dans le ventre et, au bout de quelques instants, elle eut une hémorrhagie abondante qui se calma assez rapidement.

Les jours suivants, elle continua à vaquer à ses occupations, tout en ayant un suintement sanguin continuel.

Le 12 juillet, elle perd brusquement une assez grande quantité d'eau et, du 12 au 16, elle continue à perdre de l'eau et du sang mélangés. A ce moment apparaissent des contractions douloureuses et la malade se décide à venir à l'hôpital.

Elle entre à la Clinique le 17 juillet, perdant du sang en abondance.

L'examen permet de constater que le fœtus, petit, de sept mois à peine, se présente par l'épaule. Par le toucher, on arrive sur un col dilaté de 1 centimètre. Le vagin et le col sont remplis de caillots que l'on retire, mais en aucun point on ne sent le placenta.

La dilatation ne mesurant qu'un centimètre, la femme étant primipare et la vie de l'enfant paraissant déjà très compromise, on se décide à attendre : mais comme l'hémorrhagie continue, on applique un tamponnement cervico-vaginal et on fait une injection sous-cutanée de 300 grammes de sérum.

Deux heures après, le tampon est imbibé de sang; on l'enlève; le col n'est dilaté que de 2 centimètres, mais paraît beaucoup plus souple. Après une seconde injection de sérum, M. Schwaab procède à la dilatation rapide par la méthode de Bonnaire (procédé bimanuel) et termine l'accouchement par la version; le fœtus, qui pèse 1,530 grammes, était mort avant l'intervention. Délivrance artificielle. *Le placenta, en partie décollé, était inséré sur la face antérieure et dans le fond de l'utérus.* Dans ce cas, nous étions donc en présence d'une hémorrhagie par décollement traumatique du placenta normalement inséré.

Ici, le sang s'était fait jour à l'extérieur, mais, parfois, que le décollement soit traumatique ou qu'il tienne à une affection générale (albuminurie, etc.), il y a hémorrhagie interne sans écoulement de sang au dehors, et on ne peut faire le diagnostic que par les signes généraux : pâleur des téguments, petitesse du pouls, refroidissement, tendance aux syncopes, etc.

Quelle est la conduite à tenir dans ces cas? Elle est très discutée. Je sais bien que Goodell a rapporté des statistiques favorables à l'intervention : sur 43 femmes ayant des hémorrhagies internes, chez lesquelles on n'est pas intervenu, 33 sont mortes; au contraire, de 50 chez lesquelles on a agi, 15 seulement ont succombé. Ces chiffres sont très séduisants; mais à quel moment doit-on intervenir, et comment? Si on est en présence d'une primipare, non en travail, chez laquelle l'enfant est à peine viable, que devra-t-on faire? Tarnier a donné le conseil de se baser, pour intervenir, sur l'intensité des symptômes généraux. En somme, si la situation est grave, il faut provoquer l'accouchement, et, une fois le travail commencé, faire l'accouchement méthodiquement rapide, mais en prenant la précaution de ne pas extraire trop vite l'enfant, de façon à ne pas déterminer une syncope *ex vacuo*.

Il est bien entendu que l'on aura soin d'appliquer le traitement général ordinaire : réchauffer la femme par tous les moyens possibles (linges chauds, grogs à l'intérieur); pratiquer des injections d'éther, de caféine, etc.; mais surtout faire des injections de sérum artificiel soit sous-cutanées, soit intraveineuses : elles constituent, les dernières principalement, un remède héroïque contre l'anémie aiguë post-hémorrhagique.

Il me reste à vous parler maintenant d'une dernière variété d'hémorrhagie, dont nous avons eu un exemple chez une femme entrée à la Clinique le 30 juillet dernier.

C'est une primipare de vingt-trois ans, qui a eu ses dernières règles le 20 octobre, et chez laquelle la grossesse a évolué d'une façon absolument normale.

Dans la nuit du 29 au 30 juillet 1900, étant à terme, elle se sent mouillée et s'aperçoit que son linge est teinté d'eau et de sang. Elle se fait transporter aussitôt à la Clinique où elle est admise.

Par le palper, on constate que le fœtus se présente par le sommet, en occipito-iliaque gauche antérieure. A l'auscultation, on *ne perçoit pas les bruits du cœur*.

Le toucher permet d'arriver sur un col en voie d'effacement; le sommet est profondément engagé, le segment inférieur est mince partout; en aucun point on ne sent le placenta.

Le travail marche régulièrement, et à onze heures quinze du matin la malade accouche d'un enfant mort du poids de 2 kilogr. 300; derrière le fœtus, il s'écoule une assez notable quantité de liquide amniotique teinté de méconium.

Délivrance naturelle et complète vingt minutes plus tard.

L'examen de l'arrière-faix nous a permis de nous rendre compte de la cause de l'hémorrhagie et de la mort de l'enfant : le cordon, dissocié, s'insérait sur les membranes à 5 centimètres du bord du placenta; au point où s'était faite la rupture des membranes, il s'était produit en même temps une déchirure d'une artère ombilicale.

Il y avait donc eu, chez cette femme, une hémorrhagie d'origine fœtale. Pouvait-on en soupçonner la cause? Peut-être, en tenant compte de l'écoulement du sang au moment de la rupture des membranes et de la mort consécutive du fœtus. On pouvait, en tout cas, éliminer les hypothèses de placenta prævia — on n'en retrouvait aucun symptôme — et de décollement prématuré d'un placenta normalement inséré. Il n'y a guère qu'une source d'hémorrhagie à laquelle on eût pu songer : c'est la rupture du sinus circulaire, sur laquelle le professeur Budin a particulièrement insisté dans ces dernières années.

Cette insertion vélamenteuse du cordon a été bien décrite pour la première fois par Lobstein, puis par Benckiser, d'où les noms de placenta de Lobstein et d'anomalie de Benckiser sous lesquels on la désigne.

Lorsqu'on examine la femme au cours du travail, avant la rupture des membranes, on peut sentir parfois des vaisseaux qui rampent dans les membranes et qui battent sous le doigt. On doit alors rompre avec précaution la poche des eaux le plus loin possible des vaisseaux fœtaux, pour éviter qu'il ne se produise un accident semblable à celui que je viens de vous rapporter.

Nous avons, comme vous le voyez, passé en revue trois variétés d'hémorrhagies bien différentes, tant par leurs symptômes que par leur étiologie :

L'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta;

L'hémorrhagie par décollement prématuré du placenta normalement inséré;

L'hémorrhagie par rupture d'un vaisseau du cordon, dans l'insertion vélamenteuse.

Grave pour la mère dans les deux premiers cas, le pronostic n'intéresse que l'enfant dans le troisième.

Je pense vous avoir démontré la nécessité d'établir avec précision le diagnostic de ces diverses hémorrhagies, afin de pouvoir, ainsi que je vous le disais en commençant, instituer dans chaque cas un traitement rationnel et efficace.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 novembre 1900.

Sérothérapie des tumeurs malignes.

M. Lucas-Championnière lit, à l'occasion d'un travail de MM. Wlaïev (de Saint-Pétersbourg) et d'Hotman de Villiers (de Paris), un rapport dont voici le résumé :

Les recherches en question ont pour point de

départ la constatation dans les tumeurs malignes, les cancers en particulier, de blastomycètes qui, isolés et inoculés aux animaux, seraient susceptibles de déterminer une véritable infection cancéreuse. Les auteurs ont cherché à immuniser divers animaux avec ces blastomycètes; ils n'ont obtenu un sérum actif que chez les oiseaux (pigeons, poules, oies).

Dans le but de démontrer l'activité de ce sérum, MM. Wlaïev et d'Hotman de Villiers ont inoculé avec des blastomycètes un certain nombre de rats qu'ils ont divisés en deux lots.

Aux animaux du premier groupe on a injecté toutes les semaines de 0.5 c.c. à 1 c.c. de sérum; tous sont restés bien portants. Les rats du second lot, au contraire, qui ont été abandonnés à eux-mêmes, ont tous péri d'infection cancéreuse généralisée.

Se basant sur ces résultats expérimentaux, les auteurs ont injecté leur sérum à plusieurs cancéreux et deux de ces malades ont été présentés à l'Académie comme étant très améliorés.

Le rapporteur fait remarquer d'abord que si la nature parasitaire du cancer est probable, la démonstration n'en a pas encore été faite. On ne saurait, en effet, assimiler à de véritables tumeurs cancéreuses les néoplasies observées par MM. Wlaïev et d'Hotman de Villiers chez leurs animaux.

En ce qui concerne l'action curative du sérum dont il s'agit, M. Lucas-Championnière déclare que, d'après ses observations et celles d'un certain nombre de chirurgiens, les injections de ce sérum, si elles sont inoffensives, ne jouissent d'aucune efficacité réelle sur la marche et l'évolution du cancer; elles n'ont, en effet, donné jusqu'ici ni guérison ni rien qui indique une tendance à la guérison. Certaines tumeurs ont paru cependant modifiées dans un sens favorable, mais, outre que ces modifications ont été temporaires, on ne sait pas si elles ne se seraient pas également produites à la suite de l'emploi de toute autre médication.

L'intervention chirurgicale reste donc le traitement de choix des tumeurs cancéreuses, et c'est seulement chez les malades reconnus inopérables que la sérothérapie peut être essayée.

M. Berger confirme les faits avancés par M. Lucas-Championnière. Comme lui, il a constaté la complète innocuité des injections du sérum dont il s'agit, mais il doit à la vérité de déclarer que si quelques-uns des sujets atteints de tumeurs cancéreuses — du reste inopérables — qu'il a confiés à M. Wlaïev, ont été améliorés pendant un certain temps, aussi bien au point de vue local qu'au point de vue général, aucun cependant n'a guéri ni présenté un commencement de guérison.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 novembre 1900.

Amputation de Gritti.

M. Lejars. — M. Szczypiorski (de Mont-Saint-Martin) nous a envoyé trois observations d'opération de Gritti pratiquée pour traumatisme grave de la jambe. Dans le premier fait, il s'agissait d'un écrasement complet à la suite duquel la jambe avait été presque entièrement détachée. Dans les deux autres cas, l'amputation en question fut faite secondairement; chez l'un des malades, notre confrère avait pratiqué tout d'abord, également pour un écrasement, une amputation au lieu d'élection, suivie de gangrène du moignon; pour l'autre, il avait adopté au début une thérapeutique conservatrice; mais une hémorrhagie secondaire s'étant produite, avec gangrène du membre et abcès du creux poplité, il fallut encore faire le sacrifice de la jambe.

L'amputation de Gritti est très peu en faveur dans notre pays; on lui a surtout reproché de donner souvent un moignon sur lequel l'opéré ne peut pas s'appuyer, pour peu que la rotule, par suite d'une déviation secondaire, ne se soit pas soudée exactement à la face inférieure de l'extrémité fémorale. Mais les résultats de la suture osseuse dans les amputations ostéoplastiques sont actuellement meilleurs, au point de vue de la coaptation, que lors des débuts de l'opération de Gritti; et si l'on peut, par ce moyen, assurer la soudure exacte de la rotule avec la surface osseuse de la section fémorale, l'amputation en question ne peut évidemment qu'offrir des avantages.

M. Poirier. — J'ai fait, il y a une dizaine d'années, une opération de Gritti qui m'a donné un résultat excellent; j'avais réalisé la suture en clouant simplement la rotule sur la surface de section du fémur. Je crois que, comparée à la désarticulation du genou, l'amputation de Gritti donne un moignon mieux disposé pour supporter les pressions.

M. Delbet. — J'ai appliqué 4 fois le procédé d'amputation ostéoplastique de la jambe que j'ai imaginé; chez un de mes malades, on a dû faire ultérieurement une amputation de cuisse, ce qui m'a permis de constater la solidité parfaite de la suture osseuse réalisée dans mon opération; pour les 3 autres cas, j'ai pu m'assurer également par la radiographie de l'excellence du résultat.

M. Berger. — Quoique j'aie défendu autrefois la désarticulation du genou, je dois avouer que cette opération m'a donné des mécomptes; à plusieurs reprises, j'ai observé, à la suite, des ulcérations au niveau du moignon.

M. Routier. — J'ai eu pour ma part l'occasion de voir maintes fois les résultats éloignés de la désarticulation du genou, et je les ai toujours trouvés très satisfaisants.

M. Tuffier. — J'ai pratiqué, il y a six ou sept ans, une amputation de Gritti avec un succès complet.

M. Bazy. — J'ai fait, en 1895, une désarticulation du genou pour un ostéosarcome de la jambe; mon opéré marchait parfaitement en s'appuyant sur son moignon.

M. Peyrot. — J'ai été plus heureux que M. Berger dans les désarticulations du genou que j'ai pratiquées, car je n'ai jamais observé les accidents d'ulcération du moignon que notre collègue vient de nous signaler.

Plaie pénétrante du crâne par arme à feu.

M. Potherat. — J'ai observé naguère un fait de plaie pénétrante du crâne par projectile de très petit calibre, qui montre combien, dans certains cas, la conduite du chirurgien peut être hésitante. Au mois de décembre 1899, je fus appelé à examiner un homme qui avait été victime d'un accident de chasse; il portait à la région temporale droite trois petites plaies qu'on attribua tout d'abord à une chute par hémorrhagie cérébrale. Après une perte de connaissance qui dura quatre jours, le malade ne recouvra qu'imparfaitement la parole; quelques jours plus tard, il présentait nettement, outre de la fièvre, une hémiplégie droite avec aphasie. On ne crut pas devoir mettre ces troubles sur le compte d'une lésion cérébrale déterminée par la pénétration d'un grain de plomb. Or, le patient ayant succombé, l'autopsie permit de constater une perforation de la boîte crânienne par un grain de plomb de petit calibre, avec un abcès au niveau de la circonvolution de Broca. Le siège du projectile ne put être déterminé, car on ne retrouva le corps étranger que par la filtration de la substance cérébrale.

M. Nimier présente une radiographie relative à un cas de plaie pénétrante du crâne par une balle de fusil Mauser.

M. Hue (de Rouen) montre des radiographies stéréoscopiques se rapportant à une fracture du calcanéum par arrachement.

M. Brin (d'Angers) communique deux observations de résection de cancer du gros intestin, avec une mort et un succès.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 novembre 1900.

Embolies pulmonaires et phlébites.

M. Vaquez. — Dans la dernière séance, M. Merklen a appelé l'attention sur les différentes espèces d'embolies qui peuvent survenir au cours des phlébites et sur leur gravité respective. Il les a divisées en deux catégories — embolies phlébitiques précoces et embolies phlébitiques tardives — qui n'ont pas, à mon avis, la même origine.

Les premières proviennent de la désintégration d'un caillot qui, par sa composition même, comme l'ont montré MM. Cornil et Marie, n'a que peu de tendance à l'organisation. Elles appartiennent à cette phase de la phlébite que j'ai nommée « période préoblitérante » et souvent révèlent seules l'existence de la phlébite (phlébite latente à début embolique). Ces embolies précoces étant toujours fragmentaires ne sont pas dangereuses par leur volume, mais elles peuvent être infectieuses.

Il en est tout autrement des embolies tardives, vraiment massives, qui peuvent tuer par asphyxie et qui résultent de la migration d'un caillot prolongé n'ayant contracté avec la veine que des adhérences insuffisantes.

Toutefois, je crois que cette classification, exacte au point de vue anatomo-pathologique, ne doit pas être transportée sur le terrain de la clinique. Il peut arriver, en effet, que, sous l'influence de poussées phlébitiques successives, des embolies fragmentaires se produisent après quinze, vingt, trente jours ou même plus tard; d'autre part, une embolie massive peut coïncider avec l'oblitération définitive du vaisseau, quelques jours seulement après le début apparent de la phlébite.

M. Merklen a également demandé pendant combien de temps on devait immobiliser un malade atteint de phlébite.

J'ai eu plusieurs fois l'occasion de constater des raideurs articulaires et des atrophies musculaires avec contractures secondaires, consécutives à une immobilisation trop prolongée. Pour éviter ces accidents, voici comment je procède : pendant les vingt jours qui suivent le début d'une phlébite des grosses veines du membre inférieur, je pratique l'immobilisation absolue, au besoin dans la gouttière de Bonnet, surtout quand la phlébite est double. A partir de ce moment, si les veines accessibles ont cessé d'être sensibles, s'il n'y a pas eu de poussées fébriles nouvelles et si l'œdème est franchement en décroissance, je fais pratiquer une série de manœuvres externes ayant pour but de favoriser la circulation dans les réseaux veineux de suppléance, et consistant seulement en effleurages superficiels de la peau et en mobilisation partielle des articulations des orteils et du pied.

Plus tard, c'est-à-dire du vingt-septième au trente-cinquième jour, je fais masser les muscles et mobiliser plus activement les articulations, en évitant, bien entendu, les gros troncs veineux. Le malade peut faire dans son lit quelques mouvements de latéralité, sans fléchir le tronc.

A partir du trente-cinquième jour, la mobilisation devient de plus en plus prononcée et je permets au sujet de se lever, mais à la condition qu'il ne fasse usage ni de béquilles ni de bas élastiques; je lui conseille seulement d'appliquer une bande de crêpe autour de son membre.

Il est rare, avec ce traitement, que le patient ne soit pas entièrement et définitivement guéri vers le cinquantième jour.

S'il survient des poussées phlébitiques nouvelles, caractérisées par une élévation de température et une douleur locale avec recrudescence de l'œdème, j'ai recours d'abord à l'immobilisation, puis, au bout de vingt jours, je fais recommencer graduellement la mobilisation du membre.

M. Merklen. — Je désirerais savoir ce que devient, dans les conditions habituelles, le caillot prolongé qui, d'après M. Vaquez, serait la cause des embolies massives.

M. Vaquez. — Dans la majorité des cas, il contracte des adhérences avec la paroi veineuse; mais c'est précisément lorsque ces adhérences ne se produisent pas, ou lorsqu'elles sont insuffisantes, qu'on observe des embolies massives dites tardives. Même alors, cependant, il n'y a jamais désobstruction complète de la veine, comme l'a prétendu M. Rendu dans la dernière séance; si l'on voit quelquefois l'œdème disparaître brusquement à la suite de ces embolies, cela n'est pas dû à ce que le vaisseau principal a recouvré sa perméabilité, mais très probablement à ce qu'une veine collatérale obstruée par l'extrémité du caillot s'est trouvée dégagée.

Diathèse biliaire et hépatisme.

M. Gilbert. — Les états morbides que j'ai groupés avec M. Lereboullet sous le nom de *famille biliaire* sont bien différents de ceux que

M. Glénard a réunis sous le vocable d'hépatisme. La théorie de la *diathèse biliaire*, par laquelle nous interprêtons le lien qui unit les membres de la famille biliaire, n'a rien non plus de commun avec celle de l'hépatisme. Par diathèse biliaire nous entendons, en effet, la prédisposition des voies biliaires à l'infection, alors que le terme d'hépatisme paraît viser le trouble fonctionnel qui découle de lésions du foie déjà effectuées. M. Glénard admet que ce trouble fonctionnel existe à l'origine des maladies de la nutrition (goutte, diabète, etc.), et il cherche à établir, comme Murchison l'avait fait avant lui, la pathogénie hépatique de ces affections. Nous n'avons, au contraire, en vue que des maladies des voies biliaires ayant ce double caractère commun qu'elles relèvent d'une prédisposition familiale et d'une auto-infection d'origine intestinale; les affections du foie proprement dites, pas plus que les maladies de la nutrition, ne rentrent pour nous dans la famille biliaire ni ne dépendent de la diathèse biliaire.

De l'ictère acholurique.

M. Antony présente deux malades qui sont atteints depuis longtemps — l'un d'eux depuis deux années — d'un ictère acholurique sans lésions de l'estomac ni de l'appareil biliaire. Chez ces patients, les conjonctives ont une teinte ictérique semblable à celle de la peau, contrairement à ce qui a été observé par MM. Gilbert et Lereboullet; en outre, il n'existe aucune affection des voies biliaires dans la famille de ces deux sujets.

M. Gilbert. — Dans la grande majorité des cas d'ictère acholurique, les téguments sont moins teintés que chez les malades de M. Antony et les conjonctives demeurent normales. Aussi l'affection est-elle le plus souvent méconnue, et les troubles qu'elle engendre, dyspepsie, hémorrhagies, urticaire, etc., sont rattachés à une autre cause morbide. Il est nécessaire que les médecins connaissent bien, non seulement l'existence, mais la grande fréquence de *l'ictère acholurique simple* ou *primitif*, et qu'en face d'un sujet à teint jaunâtre, à teint de créole ou d'oriental, ils songent à la possibilité de cette affection et recherchent la présence de la bile dans le sang.

Il est d'autant plus désirable que ce diagnostic soit établi que le traitement de l'ictère acholurique est, d'ordinaire, loin d'être inefficace.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séances des 10 et 17 novembre 1900.

Rôle pathogène des corpuscules trouvés dans le sang et les organes des varioleux.

MM. Roger et **Em. Weil.** — Les pustules de variole contiennent, à côté des leucocytes, de nombreux corpuscules arrondis ou ovalaires, mesurant de 1 à 3 μ, en moyenne 1 μ 75, qui fixent très fortement les matières colorantes. Ces éléments, pris par certains auteurs pour les parasites de la variole, ont été considérés généralement comme des débris nucléaires.

Nous avons retrouvé ces corpuscules dans le sang des varioleux. Au cours des varioloïdes, on ne les y constate que difficilement; déjà plus fréquents dans les varioles graves, ils sont surtout abondants dans les formes hémorrhagiques, où l'on peut en compter 5 ou 6 par préparation. Leur aspect y est aussi plus typique: autour du noyau, on remarque une bordure bien nette de protoplasma peu colorable.

Ces éléments se rencontrent dans tous les épanchements sanguins chez les sujets atteints de variole hémorrhagique; après la mort, on les observe dans les divers organes, mais surtout dans la rate et la moelle des os.

A l'autopsie de deux femmes, enceintes respectivement de cinq et de six mois, nous les avons trouvés en grand nombre dans le liquide amniotique, où ils étaient doués de mobilité.

Chez des lapins inoculés avec du sang variolique, nous avons constaté dans le sang et les organes les mêmes corpuscules. C'est là une nouvelle analogie entre la variole du lapin et celle de l'homme; mais ce fait ne suffit pas à démontrer que les éléments en question sont bien les agents de la variole, et non pas le résultat d'altérations produites dans l'organisme vivant par le virus variolique. Il fallait donc arriver à les cultiver.

Pour cela, nous avons placé du sang d'un lapin inoculé depuis quelques jours dans l'étuve à 38°. Nous avons vu les corpuscules augmenter de nombre dans les ampoules; cette prolifération était notable, mais nullement comparable à celle des bactéries.

Partant de cette culture mère, nous avons tenté des cultures véritables. Celles-ci ont réussi sur le sang de lapin défibriné, et sur le sang total de lapin rendu incoagulable par injection préalable d'extrait de sangsue.

Nous en sommes actuellement au dix-huitième passage; les corpuscules ont conservé leurs caractères primitifs; ils sont seulement un peu plus volumineux, leur protoplasma étant devenu plus net.

L'inoculation au lapin a montré que ces cultures ont gardé toute leur virulence pour cet animal. Injectées dans la chambre antérieure de l'œil, elles déterminent la formation d'un exsudat semblable à celui que produit le pus variolique; les animaux inoculés sous la peau ou dans les veines présentent parfois des pustules discrètes; tous meurent de septicémie, après injection de très faibles doses, du huitième au trentième jour.

Ces inoculations provoquent les mêmes réactions hématopoïétiques que celles de produits varioliques; à l'autopsie, on constate la même absence de lésions macroscopiques.

Il semble donc que ces corpuscules particuliers, que l'on trouve dans l'organisme des varioleux et chez les animaux inoculés tant avec des produits varioliques qu'avec des cultures, soient bien les agents de la maladie. Ce ne peuvent être que des protozoaires, et probablement des sporozoaires, car, *in vitro*, les éléments vieillis se transforment en corps brillants à double contour, incolores, analogues à des spores.

Toxicité de la sueur de l'homme normal.

MM. Mairet et **Ardin-Delteil** (de Montpellier). — Pour recueillir de la sueur, afin d'en étudier la toxicité, nous avons placé dans une étuve en tôle galvanisée, facilement aseptisable, un sujet dont la peau avait été au préalable parfaitement nettoyée; nous avons pu obtenir ainsi de 80 à 800 c.c. de sueur. Ce liquide a été injecté ensuite à des lapins, dans la veine marginale de l'oreille.

Dans les expériences, actuellement au nombre de huit, que nous avons faites avec la sueur ainsi recueillie, nous n'avons jamais pu déterminer la mort de l'animal, ni immédiatement, ni ultérieurement, quoique les doses injectées aient atteint la proportion de 116 à 361 c.c. par kilogramme d'animal. Nous avons seulement observé chez nos animaux un abaissement constant de la température pendant l'injection avec une réaction thermique se produisant parfois dans les heures qui suivent, un ralentissement constant du nombre des battements du cœur et des mouvements respiratoires, de la diarrhée, des mictions nombreuses qui n'ont jamais été hématuriques ni hémoglobinuriques, une action irrégulière sur la pupille, quelques frissons, de l'assoupissement, enfin une diminution de poids d'une centaine de grammes durant quelques jours après l'injection.

Ces effets sont identiques à ceux que produisent les injections d'eau salée et de sérum artificiel.

De ce premier groupe d'expériences, nous croyons donc pouvoir conclure que la sueur de l'homme sain n'est pas toxique.

M. Arloing (de Lyon). — Si MM. Mairet et Ardin-Delteil ont obtenu des résultats différents de ceux que j'ai communiqués autrefois ici-même (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 514 et 1897, p. 209 et 290), cela tient, je crois, à ce que les conditions expérimentales dans lesquelles nous nous sommes placés, eux et moi, ne sont pas semblables. La sueur que j'injectais à mes animaux avait été recueillie au moyen d'une éponge promenée sur le corps d'un homme qui venait de se livrer à un exercice violent. Je maintiens que le liquide ainsi obtenu détermine toujours des accidents graves chez les chiens auxquels on l'injecte, et qu'il amène régulièrement la mort au bout d'un temps plus ou moins long.

Des variations quotidiennes de l'urée malgré la fixité du régime alimentaire.

M. G. Leven. — En faisant de nombreuses analyses d'urines chez des enfants soumis à un régime alimentaire invariable, j'ai constaté que le taux de l'excrétion de l'urée varie quotidiennement dans des proportions considérables.

Tel enfant, chez lequel je trouvais un jour 11 grammes d'urée, en rendait quelques jours plus tard 6 grammes seulement. Tel autre, après en avoir éliminé 14 gr. 02 centigr., n'en excrétait le lendemain que 9 gr. 91 centigr.

Ces variations ne portent pas exclusivement sur le chiffre de l'urée; elles se produisent aussi en ce qui concerne la quantité des urines émises, la proportion de l'azote total et des chlorures urinaires. Seul, le coefficient azoturique paraît moins variable.

Greffes thyroïdiennes.

M. Cristiani (de Genève) envoie une note dans laquelle il dit avoir réussi à greffer chez de jeunes rats des lobes entiers de corps thyroïde et avoir constaté, longtemps après, que ces lobes avaient non seulement continué à vivre, mais encore avaient subi une augmentation de volume, due à la formation de bourgeons épithéliaux provenant des alvéoles thyroïdiennes.

Injections sous-arachnoïdiennes par la voie crânienne.

M. Ombredanne dit avoir réussi à injecter directement, à travers le crâne, différents liquides dans la cavité sous-arachnoïdienne d'animaux, sans déterminer la moindre lésion traumatique de la substance cérébrale. Il s'est assuré, grâce à leur coloration, que les liquides ainsi injectés diffusaient et imprégnaient l'hémisphère correspondant. Ces résultats expérimentaux permettent donc d'espérer qu'il sera possible d'injecter directement dans la cavité crânienne des liquides médicamenteux susceptibles de modifier les lésions de la corticalité du cerveau.

Peste bubonique et colibacillose du rat.

M. Caldas (de Rio-Grande-do-Sul) envoie une note tendant à démontrer qu'il existe une véritable équivalence biologique entre le bacille de Yersin et le colibacille du rat, que la peste bubonique, dans ses foyers d'origine, est une colibacillose du rat provoquée par l'ingestion de riz contenant une moisissure spéciale, l'*Aspergillus orizœ*, et que ce colibacille, changeant ses propriétés par ses passages de rat à rat, devient un agent infectieux, pathogène pour l'homme.

M. Carlos França adresse un travail relatif au diagnostic de la rage par l'examen histologique des centres nerveux des animaux morts prématurément.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 7 et 14 novembre 1900.

Xérodermie pigmentaire.

M. Lesser présente deux sœurs, âgées respectivement de six et de douze ans, atteintes toutes deux de xérodermie pigmentaire. Une tante maternelle de ces jeunes malades a trois enfants qui présentent également la même affection. L'hérédité de la xérodermie n'est donc pas douteuse; toutefois cette dermatose ne se transmet pas directement des parents aux enfants, mais procède de façon irrégulière.

Le pronostic de la xérodermie pigmentaire n'est pas aussi redoutable qu'on pourrait le croire, car on a vu des sujets qui en étaient affectés parvenir à un âge avancé.

Le soleil exerçant une action très défavorable sur l'évolution de ces lésions, il est indiqué de conseiller aux malades le port d'un voile bleu ou jaune.

Traitement de la septicémie utérine.

M. Schäffer. — A propos de la récente communication de M. Abel sur ce sujet (Voir *Se-*

maine Médicale, 1900, p. 388), je tiens à signaler la méthode du drap mouillé, préconisée par Wachsmuth, et qui peut rendre des services.

En ce qui concerne le traitement local, je crois qu'il peut devenir nécessaire de faire l'hystérectomie quand la situation paraît grave; cette opération est alors aussi légitime que l'amputation d'un membre qui menace d'infecter tout l'organisme.

M. Gottschalk fait remarquer qu'il y a lieu de distinguer, parmi les diverses variétés de septicémie utérine, des formes septiques proprement dites et des formes putrides. Comme dans ces dernières il ne s'agit nullement d'un envahissement de l'organisme par des microbes pathogènes, c'est surtout un traitement local qu'il convient d'instituer : des lavages de la cavité utérine avec de l'eau bouillie contenant 1 % de chlorure de sodium, en entraînant les débris placentaires et autres qui servent de milieu de culture aux microbes, suffisent généralement à amener la guérison. Dans les formes septiques, au contraire, on aura recours à des lavages antiseptiques, avec de l'eau phéniquée à 3 %, par exemple.

Quant à l'hystérectomie, en cas de septicémie, l'orateur ne l'a jamais pratiquée parce qu'il estime qu'elle ne peut donner aucun résultat.

M. Bröse préconise également les lavages de la cavité utérine, auxquels il associe le drainage afin d'assurer l'écoulement des sécrétions; il ne croit pas plus que M. Gottschalk à l'utilité de l'hystérectomie dans les septicémies d'origine utérine.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(*De notre correspondant spécial.*)

Vienne, le 17 novembre 1900.

Une levure particulière rencontrée dans certains néoplasmes.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Csokor** a fait, au nom de M. Sanfelice (de Naples), une communication sur une espèce particulière de saccharomyces trouvée par cet auteur dans certains néoplasmes et désignée par lui sous le nom de *S. neoformans.* L'injection intraveineuse des cultures de cette levure détermine, au bout de quelques mois, la production de masses adénomateuses et carcinomateuses dans les ganglions et dans le pancréas. Pratiquée au niveau de la cornée, l'inoculation donne également lieu à une abondante prolifération de cellules épithéliales.

Ce saccharomyces se présente sous la forme sphérique ou ovalaire; il se colore par la méthode de Gram et se cultive bien sur pommes de terre.

Cure radicale du cancer de l'utérus.

M. Wertheim a fait remarquer que, pour éviter les récidives à la suite de l'extirpation des cancers utérins, il fallait toujours aller à la recherche des ganglions envahis par la dégénérescence cancéreuse. Cette recherche ne pouvant être réalisée quand on opère par la voie vaginale, l'orateur conseille d'avoir recours à la voie abdominale. Même dans les cas où les tissus péri-utérins semblent indemnes, on trouve dans le petit bassin des ganglions infiltrés.

En ce qui concerne la technique, M. Wertheim, après avoir ouvert le ventre, découvre les uretères et les gros vaisseaux, puis procède à l'extraction des ganglions en commençant audessous de la bifurcation de l'aorte; il isole ensuite l'utérus d'avec la vessie et le rectum et enlève en totalité la matrice et le vagin.

Sur 33 malades opérées depuis deux ans par cette méthode, 11 sont mortes des suites de l'opération; 17 survivent encore, parmi lesquelles aucune ne présente de récidive.

Spasme du triceps brachial droit.

M. Erben a présenté un homme dont la main droite, qui reste au repos quand elle est dirigée en bas, est, au contraire, animée de contractions cloniques rythmées dès que l'avant-bras est fléchi à angle droit. Ces contractions cessent lorsqu'on fait exécuter des mouvements actifs et passifs rapides aux articulations de la main ou du coude; on les arrête aussi par l'élongation du triceps. Le réflexe tricipital n'est pas exagéré.

M. E. Redlich croit que ces troubles sont d'origine hystérique.

Traitement de l'exstrophie de la vessie.

M. Pendl a montré un garçon de sept ans qui était atteint d'une exstrophie de la vessie. Une autoplastie pratiquée il y a trois ans n'ayant donné qu'un résultat incomplet (la vessie était restée ouverte dans l'étendue d'une pièce de 5 francs), l'orateur a extirpé toute la vessie, excepté le trigone qu'il a abouché avec l'S iliaque. Les premiers jours après l'opération, l'urine s'écoulait d'une façon continue par l'anus; actuellement, le petit malade peut retenir ses urines pendant trois à quatre heures. Il n'y a pas à craindre une infection ascendante des voies urinaires après une telle intervention.

M. R. Frank a pratiqué l'opération de Maydl chez un sujet qui, actuellement, peut garder ses urines durant cinq à six heures.

« Ataxie centripétale » chez l'homme et chez divers animaux.

Dans l'avant-dernière séance de la même Société, **M. E. Hering** (de Prague) a rendu compte d'expériences qu'il vient de faire pour expliquer l'ataxie des tabétiques et qui ont consisté à sectionner, chez des grenouilles, des chiens et des singes, les racines postérieures des nerfs des membres et à analyser les troubles consécutifs.

Chez les grenouilles, il a noté qu'après cette opération les pattes étaient brusquement lancées au moment du saut. Ce phénomène s'observe même quand la section n'intéresse pas toutes les racines nerveuses d'un membre, et aussi chez l'animal décapité. Il a constaté, en outre, quelques autres anomalies à l'occasion de divers mouvements, mais en réalité seule la projection brusque des pattes constitue le signe d'une ataxie chez la grenouille.

Chez le chien, lorsqu'on sectionne quelques-unes des racines postérieures d'un membre, celui-ci devient le siège d'une ataxie qui s'améliore avec le temps, mais qui s'aggrave quand on ferme les yeux de l'animal (signe de Romberg). En même temps, on observe la perte de la notion de position des membres, du relâchement musculaire, une abolition des réflexes rotuliens, des troubles trophiques, etc., phénomènes analogues à ceux qui caractérisent l'ataxie locomotrice chez l'homme.

La section des racines postérieures d'une patte, chez le singe, détermine également l'ataxie de ce membre.

Il semble bien résulter de ces expériences que la *paralysie centripétale* (paralysie des nerfs centripètes) est suivie d'ataxie, mais elles ne permettent pas de dire si cette ataxie est d'origine sensitive ou bien si elle est due à l'abolition des fonctions des nerfs centripètes, qui servent à la coordination des mouvements involontaires.

Guérison par les rayons de Röntgen d'une calvitie consécutive à la pelade.

Dans une séance précédente de la même Société, **M. R. Kienböck** a présenté un homme âgé de vingt-six ans, atteint depuis plusieurs années d'une alopécie en aires ayant abouti à une calvitie presque absolue. Chez ce malade, la radiothérapie a eu pour effet d'amener la repousse des cheveux sur la partie antérieure du vertex, qui seule fut soumise à l'action des rayons de Röntgen : après six séances ayant duré chacune quinze minutes, on vit tomber le fin duvet jaune qui recouvrait les parties glabres, puis apparaître des cheveux de couleur foncée et d'épaisseur normale, solidement implantés.

M. Neumann fait observer que la pelade peut guérir spontanément chez les jeunes sujets; par conséquent, pour se rendre compte des effets curatifs des rayons de Röntgen dans cette affection, il faut expérimenter sur des individus âgés de trente à cinquante ans.

M. Nobl estime que l'observation de M. Kienböck est absolument concluante. En effet, dans ce cas les cheveux ont repoussé seulement sur la région soumise à l'action des rayons de Röntgen, les autres parties du cuir chevelu étant restées chauves comme auparavant. Or, on sait que dans les faits de guérison spontanée de la calvitie consécutive à la pelade, la repousse des cheveux a lieu sur toutes les régions glabres à la fois.

« Manie des opérations » chez une hystérique.

Dans la séance du 14 novembre du CLUB MÉDICAL DE VIENNE, **M. Latzko** a présenté une hystérique qui, depuis quatre ans, a subi successivement trois laparotomies, une intervention sur le rein, une opération d'empyème du sinus maxillaire et une trépanation de l'apophyse mastoïde.

La première laparotomie a été faite pour une hématémèse et des troubles gastriques; l'opération montra que l'estomac était sain. La seconde laparotomie ne révéla pas davantage de lésions. La troisième, pratiquée pour des accidents d'étranglement interne, permit de découvrir un kyste de l'ovaire gauche qui fut extirpé.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Les Sarimbavy; perversion sexuelle observée en Emyrne, par M. RENCUREL.

Le domaine des perversions sexuelles, manifestations morbides qui, si elles ont existé de tout temps, n'ont été étudiées et décrites par les médecins que depuis peu, s'étend chaque jour davantage, en même temps que des observations cliniques nouvelles obligent incessamment à remanier les cadres trop étroits dans lesquels on a groupé ces psychopathies. Les faits relatés dans le présent travail prouvent une fois de plus cette insuffisance de nos classifications.

En effet, l'auteur a eu l'occasion d'observer en Emyrne deux sujets du sexe masculin qui, par leurs occupations, leur costume, leur tournure d'esprit, et même jusqu'à un certain point par leur aspect physique, ressemblaient — et s'efforçaient de ressembler — à des femmes. Les renseignements qu'il a pu recueillir à ce propos lui ont montré qu'il s'agit là d'une variété spéciale d'inversion sexuelle assez répandue en Emyrne; les individus qui en sont affectés reçoivent des Hovas le nom significatif de *Sarimbavy* (images de femme).

Au point de vue de l'étiologie — et sans doute aussi de la nature même de l'affection —, il y a deux cas à considérer; tantôt, en effet, le futur Sarimbavy manifeste spontanément, dès le plus jeune âge, et cela malgré la volonté de ses parents, des goûts opposés à ceux de son sexe; il partage les jeux des fillettes, dont il prend le costume, recherche la compagnie des femmes et fuit celle des hommes qui lui cause une certaine gêne; tantôt, au contraire, ce sont les parents qui, n'ayant que des garçons et désirant une fille (fort utile pour les occupations du ménage et pour certains travaux agricoles) s'efforcent de féminiser leur enfant, et y réussissent fort bien, semble-t-il; car si l'on voit parfois de jeunes garçons devenir Sarimbavy malgré l'opposition de leurs parents, l'inverse ne se produirait jamais.

Quoi qu'il en soit, le sujet parvenu à l'âge adulte laisse croître ses cheveux et les porte en chignon comme les femmes, dont il adopte aussi les vêtements spéciaux; il s'épile la barbe, il exerce des métiers réservés aux femmes (fabrication de la dentelle et des nattes, couture, etc.)

Au point de vue physique, il a des muscles assez peu développés; le tissu cellulo-adipeux, par contre, est abondant; les mains et les attaches sont étroites et fines. Le système pileux est normal, comme on peut s'en rendre compte aux points qui n'ont pas été épilés depuis un certain temps. La voix est haute comme tonalité, le rire aigu, de timbre féminin; cependant, les organes génitaux sont bien développés.

L'état mental rappelle absolument celui de la femme; le Sarimbavy est doux, timide, modeste d'attitude; il éprouve même en présence de l'homme un sentiment de honte, de pudeur vé-

ritable, qui est, paraît-il, assez exceptionnel chez la femme hova.

Enfin, le point le plus remarquable de l'histoire de ces individus est relatif à la sphère génitale. En effet, s'il est vrai que chez eux, comme c'est la règle chez les invertis, les rapports sexuels normaux n'offrent aucun attrait et déterminent même une certaine répulsion, d'autre part il n'existe aucune espèce d'attirance vers les individus de même sexe; en un mot, il n'y aurait pas plus de désirs *homosexuels* qu'*hétérosexuels*, et cela aussi bien chez les sujets qui sont devenus volontairement Sarimbavy que chez ceux qui y ont été contraints par leur entourage.

Si cette particularité était établie d'une manière indiscutable, elle nécessiterait la création d'un groupe à part pour les Sarimbavy qui seraient, selon l'expression de M. Rencurel, des *invertis asexués;* malheureusement, l'auteur déclare lui-même que la duplicité bien connue des Hovas ne permet pas d'ajouter entièrement foi aux dénégations des Sarimbavy en ce qui concerne les rapports sexuels anormaux, d'autant que certains de ces individus sont connus pour se livrer à la prostitution. Quoique ce fait soit exceptionnel, et qu'il ne prouve, d'ailleurs, pas l'existence des désirs homosexuels caractéristiques de l'inversion vraie, il commande une certaine réserve quant à la place qu'il convient d'assigner aux Sarimbavy parmi les pervertis sexuels. Il semble vraisemblable, en outre, que tous les sujets désignés sous ce nom par leurs compatriotes ne sont pas comparables; en particulier, il y aurait probablement lieu de distinguer, au point de vue psychopathologique, entre les Sarimbavy « congénitaux » et ceux dont l'inversion n'est qu'une conséquence de l'éducation qu'ils ont reçue et des conditions d'existence dans lesquelles ils se trouvent. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc. 1900.) — F. F.

Paralysie faciale d'origine ourlienne,
par MM. A. Couraud et G. Petges.

Comme la plupart des infections, les oreillons sont susceptibles de déterminer, par le mécanisme d'une névrite toxi-infectieuse, l'apparition de paralysies plus ou moins étendues, parfois localisées au domaine du facial. Dans ce dernier cas, il s'agit d'une paralysie très accentuée, durant de trois semaines à plusieurs mois et atteignant la majeure partie des branches du nerf intéressé. Or, à côté de cette paralysie faciale ourlienne vraie, décrite depuis longtemps, les auteurs de ce travail font connaître une forme atténuée, qui mérite le nom de parésie plutôt que celui de paralysie, et qui se distingue par son apparition beaucoup plus précoce (de trois à neuf jours après le début des oreillons), par sa guérison rapide (en six à dix jours), enfin par sa limitation habituelle aux branches extrapétreuses du facial: sur 7 cas que MM. Couraud et Petges ont observés et qui servent de base à leur description, une seule fois la luette était déviée par suite de la paralysie du grand pétreux superficiel, rameau intrapétreux du nerf en question.

Cette parésie serait loin d'être exceptionnelle, puisque les 7 cas relatés par les auteurs se rapportent à un total de 60 observations seulement de fièvre ourlienne. Quant à sa pathogénie, MM. Couraud et Petges rejettent, nous l'avons dit, l'hypothèse d'une névrite infectieuse; ils estiment qu'il s'agit en l'espèce d'une compression du facial dans son trajet intraparotidien. Mais la paralysie étant indépendante du volume de la tumeur, ils sont obligés d'admettre — gratuitement, d'ailleurs — l'intervention d'une « prolifération conjonctive plus ou moins considérable autour des acini les plus rapprochés du tronc nerveux », prolifération qui, pouvant faire défaut avec de gros oreillons, se produirait parfois malgré le peu d'importance de la tuméfaction. (*Arch. de méd. et pharmacie milit.*, septembre 1900.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

De l'abcès sous-diaphragmatique consécutif à l'appendicite, par M. J. Weber.

Sur un total de 350 malades atteints d'appendicite avec abcès, traités dans le service de M. Sonnenburg, à Berlin, l'auteur en a observé 9 dont l'abcès était sous-diaphragmatique. De ces derniers patients, 7 furent opérés, dont 4 avec succès; les 2 autres, non opérés, succombèrent.

Un examen attentif permit de reconnaître que 6 fois, chez ces sujets, l'appendice était replié vers le haut et se trouvait dans le voisinage immédiat du foie. Cette constatation corrobore l'opinion de M. Sachs, pour lequel cette position de l'appendice prédisposerait tout particulièrement à la formation d'une collection purulente sous-diaphragmatique. La voie de propagation des lésions serait donc intrapéritonéale, contrairement à l'avis de M. Maydl, qui admet le développement rétropéritonéal de cette sorte d'abcès. Dans un seul des 9 faits relatés par M. Weber, ce développement rétropéritonéal fut observé.

La fréquence de l'abcès sous-diaphragmatique en cas d'appendice dirigé vers le haut ne proviendrait pas uniquement, d'après l'auteur, de la situation de l'appendice au voisinage du foie et du diaphragme; l'absence d'anses d'intestin grêle à ce niveau y jouerait un rôle considérable, cet intestin ayant, dans les localisations habituelles de l'appendicite, la tâche de délimiter le foyer d'infection par la formation d'adhérences rapides. Or, quand l'appendice se perfore dans la région sous-hépatique, aucun organe n'est susceptible de produire ces adhérences, et l'abcès s'étend rapidement dans toute l'étendue de la face inférieure du foie; puis, la collection une fois formée en ce point, l'infection gagne facilement la face supérieure de l'organe, la région sous-diaphragmatique.

Au point de vue clinique, ces abcès ne se traduisent au début par aucun signe caractéristique, et leur développement est assez insidieux. Le premier symptôme fut généralement constitué par des douleurs siégeant dans le côté droit du thorax et dans l'hypocondre droit; dans 3 cas, ces douleurs irradiaient vers l'omoplate, l'épaule ou le bras du même côté. Plusieurs malades eurent des vomissements tenaces, même en l'absence de toute péritonite diffuse. Dans le seul fait où le développement de l'abcès fut extrapéritonéal, on nota un œdème cutané s'étendant depuis l'os iliaque jusqu'à la région de l'omoplate; aussi M. Weber attribue-t-il à ce signe une certaine importance pour le diagnostic du siège extrapéritonéal de la collection purulente.

En ce qui concerne le traitement, l'auteur estime que chaque cas présente ses indications propres; on choisira le lieu d'incision d'après le résultat de la ponction exploratrice, mais en se gardant toutefois, malgré l'opinion de M. Beck, de traverser la cavité pleurale que l'on pourrait ainsi contaminer.

M. Weber pense enfin que l'on doit se contenter au début d'une simple ponction de l'abcès suivie d'un siphonnage permanent, et ne pratiquer l'incision large que si l'intervention précédente se montre insuffisante. Pour ce qui est du traitement post-opératoire, M. Sonnenburg a renoncé au lavage de la cavité de l'abcès; il s'en tient à un drainage très étendu. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 5-6.) — F. de Q.

De quelques symptômes peu fréquents dans la paralysie agitante, par M. D. Frank.

L'auteur relate une série de cas de paralysie agitante, qui présentaient certains symptômes intéressants, tels que le « faux clonus du pied » décrit par M. Oppenheim, des mouvements associés d'un genre particulier, des troubles sensitifs, etc.

En ce qui concerne le faux clonus du pied, on provoque ce signe en maintenant le pied pendant quelques secondes dans la flexion dorsale. Le membre est alors pris d'un tremblement qui se distingue des secousses musculaires brusques du véritable clonus : il est, en effet, lent et rythmique et a son siège dans les extenseurs du pied et des orteils. C'est, en somme, le tremblement parkinsonien lui-même, mais se produisant dans des circonstances où il ne se montre pas ordinairement. Il s'agit là d'un phénomène analogue à ce qu'on observe parfois au début de la même maladie : alors que le tremblement ne survient pas encore d'une façon spontanée, on peut le voir apparaître sous l'influence de certains mouvements, quand, par exemple, on invite le malade à écarter fortement les doigts.

Les mouvements associés que décrit l'auteur se produisent dans le cas de paralysie agitante n'affectant qu'une moitié du corps. Si, à un patient atteint de cette forme de maladie de Parkinson, on commande d'exécuter des mouvements énergiques avec la main ou le pied du côté atteint, on voit les membres correspondants du côté sain s'agiter également. Lorsque, par contre, on ordonne au malade de mouvoir la main ou le pied du côté sain, les membres du côté opposé demeurent immobiles. Ces faits s'expliquent par la difficulté que rencontrent les incitations motrices à se propager aux parties atteintes, tandis que leur irradiation au côté sain est relativement facile.

Dans une des observations de M. Frank, il existait des troubles de la sensibilité, lesquels, comme on sait, ne rentrent pas dans le tableau clinique habituel de la paralysie agitante. Le sujet dont il s'agit présentait, en plus des symptômes parkinsoniens proprement dits (attitude caractéristique, raideur du cou, immobilité de la face, main d'accoucheur, phénomènes de propulsion, etc.), une insensibilité à la piqûre au niveau du membre inférieur droit et de la partie inférieure du tronc du même côté. En outre, l'application sur la peau d'un objet froid provoquait une sensation de chaleur.

Enfin, l'auteur relate deux cas dans lesquels les symptômes de la paralysie agitante se trouvaient associés à ceux de l'artériosclérose cérébrale. Dans l'une de ces observations, il n'existait pas de tremblement, mais la maladie de Parkinson n'en était pas moins bien caractérisée par un ensemble pathognomonique de symptômes (attitude spéciale, immobilité de la face, rigidité des membres sans spasme proprement dit, rétropulsion, etc.). Quant à l'artériosclérose cérébrale, elle se manifestait par de la céphalalgie, par de légers troubles bulbaires (parésie du voile du palais) et par de l'exagération des réflexes rotuliens. Chez le second malade, en plus du tremblement parkinsonien on notait une parésie spasmodique des membres inférieurs avec exagération des réflexes rotuliens et véritable clonus du pied, phénomènes qui, sans doute, étaient encore dus à l'artériosclérose cérébrale. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, septembre 1900.)

Les cobayes épileptiques de Brown-Séquard et leur descendance, par M. Max Sommer.

On connaît les expériences de Brown-Séquard, qui produisait chez le cobaye des convulsions épileptiques en pratiquant les traumatismes les plus variés de la moelle épinière, depuis la section totale jusqu'à la simple piqûre. Le même physiologiste avait obtenu des résultats sensiblement analogues en sectionnant le nerf sciatique dans sa portion tronculaire ou au niveau du sciatique poplité interne. Il avait également montré que certaines portions cutanées des membres de l'animal jouissaient de la propriété de provoquer d'abord des mouvements réflexes, puis des accès épileptiques, quand elles étaient excitées peu de temps après les mutilations citées plus haut; c'étaient donc bien des zones épileptogènes. Enfin, dans une autre série de travaux, Brown-Séquard affirma avoir vu évoluer, chez les descendants de ses cobayes rendus épileptiques, les mêmes crises de mal comitial; c'était, pensait-il, démontrer expérimentalement *la transmission héréditaire* de l'épilepsie. Toutes ces recherches, dont les conclusions sont cependant de première importance, n'ont pas beaucoup retenu l'attention des physiologistes et des médecins.

M. Sommer a entrepris leur vérification en faisant des expériences poursuivies pendant deux ans sur 40 cobayes, à la clinique du professeur Binswanger (d'Iéna). Le mode d'expérimentation a été la section unilatérale ou bilatérale du grand nerf sciatique. Sauf quelques points de détail, d'importance secondaire, l'auteur confirme les résultats de Brown-Séquard quant à la production des crises épileptiques, qu'il s'agisse de leur mode de début, de leur évolution et de leurs caractères symptomatiques proprement dits. Mais les expériences de M. Sommer restent absolument négatives quant à la transmissibilité : en effet, chez les 23 jeunes issus des 11 couples d'animaux rendus épileptiques, il ne s'est pas développé un seul cas de mal comitial. Aussi doit-on conclure que, malgré son grand intérêt au point de vue de la

physiologie et de la pathogénie générales, l'épilepsie expérimentale du cobaye ne saurait servir à élucider le problème de la nature intime de l'épilepsie humaine. Elle serait plutôt à rapprocher des épilepsies dites réflexes, qu'on observe assez fréquemment à la suite de lésions, périphériques ou viscérales, de toutes sortes. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, XXVII, 2.) — CL. P.

De l'influence du phosphore organique sur la nutrition de l'enfant, par MM. W. Cronheim et E. Müller.

Les recherches de Danilevski sur des têtards, de jeunes poulets et de jeunes chiens ont démontré que la lécithine ajoutée à la nourriture de ces animaux a pour effet de favoriser leur développement d'une manière sensible. MM. Cronheim et Müller viennent de reprendre ces expériences sur l'homme, en étudiant l'influence d'une addition de jaune d'œuf (lécithine) à la nourriture d'un enfant d'un an.

Dans ce but, l'alimentation du jeune sujet en question fut composée, tout d'abord, d'un mélange de poudre de lait, de jaunes d'œuf, de saccharose, de glycose et de farine d'avoine. Puis, dans une seconde période, on supprima la lécithine, qui fut remplacée par une quantité équivalente de poudre de lait et de beurre frais. Pendant toute la durée de l'expérience, l'urine et les fèces furent recueillies au moyen de l'appareil de Bendix pour être analysées.

La conclusion de ces recherches est que la lécithine favorise l'assimilation de l'azote et du phosphore d'une manière évidente. Pendant la première période, en effet, alors que la nourriture contenait des jaunes d'œuf, 24.21 % de l'azote et 33.33 % du phosphore résorbés par l'intestin furent retenus par l'organisme; au cours de la seconde période, au contraire, après que l'administration des jaunes d'œuf eût été suspendue, l'assimilation de l'azote ne fut plus que de 9,92 % et celle du phosphore de 17.44 %. Le poids de l'enfant, qui au début de l'expérience était de 6 370 grammes, atteignait à la fin de la première période 6,510 grammes; pendant la seconde partie de l'expérience, par contre, il tomba de 6,620 gr. à 6,590 grammes. (*Jahrb. für Kinderheilk.*, LII, 3.) — A. J.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Dilatation idiopathique de l'œsophage, par M. Max Einhorn.

L'auteur relate 10 cas de dilatation de l'œsophage qu'il a eu l'occasion d'observer chez des sujets exempts de toute affection pouvant constituer un obstacle à la déglutition et, par suite, donner lieu à une rétro-ectasie du conduit œsophagien.

Pour expliquer le mécanisme pathogénique de ces dilatations en quelque sorte spontanées et encore insuffisamment étudiées, on peut invoquer soit un relâchement paralytique de la tunique musculaire, soit une contracture spasmodique du cardia ou, tout au moins, un défaut de dilatabilité de cet orifice, sans qu'il soit pourtant possible de préciser la cause première du processus morbide.

Au point de vue symptomatologique, la dysphagie est le phénomène le plus constant. Toutefois, dans certains cas elle est tellement peu marquée que les patients sont loin de soupçonner l'existence d'une anomalie quelconque et ne s'en aperçoivent qu'accidentellement au moment où ils essaient d'avaler un morceau plus ou moins volumineux ou bien lorsqu'ils boivent tout d'un trait. Souvent on note une sensation de pesanteur au niveau de la cage thoracique; quelquefois il existe même de la dyspnée et des accès de suffocation, surtout durant les repas. Pendant la nuit et, d'une façon générale, quand les malades se trouvent dans la position horizontale, ils sont pris de quintes de toux fréquentes, se terminant la plupart du temps par l'évacuation du contenu œsophagien; il n'est pas rare non plus d'observer ces sortes de vomissements très peu de temps après les repas. La dysphagie et la crainte des crises de suffocation poussent les patients à restreindre leur alimentation et entraînent finalement une dénutrition assez marquée.

Comme signes objectifs, les bruits de déglutition font le plus souvent défaut. Si l'on introduit une sonde dans l'œsophage, on ne tarde pas à voir le contenu de ce canal s'écouler par le cathéter et parfois aussi à côté de ce dernier. La bouillie œsophagienne ainsi évacuée présente une réaction neutre ou faiblement acide et ne contient pas de pepsine. Par contre, en enfonçant la même sonde plus profondément, de façon à la faire arriver dans la cavité gastrique, on ramène un liquide renfermant de l'acide chlorhydrique et de la pepsine. Pour rendre cette exploration encore plus démonstrative, M. Einhorn fait prendre au patient une tasse de café noir et l'engage à se livrer à des inspirations profondes et à des mouvements de compression du thorax de manière à assurer la progression du liquide jusque dans l'estomac. Une heure après, le malade avale un verre d'eau. On introduit alors une sonde dans l'œsophage : l'eau ressort absolument claire et à peu près en même quantité, tandis qu'en poussant le tube plus loin on retire le café que le patient a absorbé avant l'examen. L'existence de deux cavités séparées et servant chacune de réservoir aux aliments est de la sorte mise hors de doute.

Le diagnostic différentiel n'est pas difficile. Les néoplasmes de l'œsophage ne s'accompagnent de dilatation que dans les cas où ils ont déterminé au préalable un rétrécissement de ce conduit ; de plus, dans les cas de tumeur maligne, les bruits de déglutition ne sont pas abolis et il y a, d'autre part, des symptômes généraux caractéristiques. On ne saurait soupçonner l'existence d'un diverticule de l'œsophage que lorsqu'on éprouve beaucoup de difficulté à faire pénétrer le cathéter d'emblée dans l'estomac. En pareille occurrence, il est bon, pour assurer le diagnostic, de recourir au procédé préconisé par Rumpel et qui consiste à introduire dans la cavité gastrique une sonde de la grosseur d'un doigt, munie, à son extrémité inférieure, de nombreux orifices dont quelques-uns restent au niveau de l'œsophage. Un autre tube d'un calibre plus petit (un centimètre de diamètre), et qui communique à son bout supérieur avec un entonnoir, est introduit en même temps dans l'œsophage, à côté du premier. Puis, on verse dans l'entonnoir une quantité déterminée d'eau et on abaisse l'extrémité du tube de manière à faire siphon : s'il y a dilatation de l'œsophage, l'eau pénètre par les orifices de la grosse sonde dans l'estomac, et, l'œsophage étant ainsi vidé, le liquide ne revient pas par l'entonnoir; s'agit-il, au contraire, d'un diverticule, l'eau s'y accumule et revient ensuite en grande partie par le siphon.

On complétera l'exploration par l'œsophagoscopie et, au besoin, par la radioscopie (en faisant préalablement absorber au patient une potion au sous-nitrate de bismuth).

Le traitement doit viser surtout à assurer, par un régime convenable, la nutrition du malade. On engagera, en outre, le patient à se livrer après chaque repas à une gymnastique appropriée et notamment à comprimer le thorax pendant quelques minutes en faisant précéder cette compression de plusieurs inspirations profondes, afin de faciliter l'acheminement du bol alimentaire vers l'estomac. Enfin, tous les soirs on devra procéder à l'évacuation du contenu de l'œsophage au moyen d'un tube et à un lavage soigné de l'organe dilaté. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, septembre 1900.) — L. CH.

Les injections d'eau salée dans le traitement des cas graves de diphtérie, par M. E. Laslett.

Partant de ce fait que les sujets atteints de diphtérie grave et soumis à la sérothérapie restent, cependant, exposés à des accidents de paralysie cardiaque, qui se montrent presque exclusivement dans les formes sérieuses de la maladie et sont la plupart du temps mortels, M. Birdwood a suggéré à l'auteur du présent mémoire l'idée de traiter les cas de ce genre par des injections d'une solution de chlorure de sodium employées concurremment avec le sérum antidiphtérique.

Les essais institués dans ce sens par M. Laslett ont porté sur deux séries de malades.

Dans 6 cas où l'affection était arrivée à la dernière période, le traitement, tout en ayant été impuissant à empêcher l'issue fatale, a eu pour effet de diminuer considérablement les phénomènes pénibles qui accompagnent d'ordinaire les accidents cardiaques en question, notamment la soif et l'agitation.

Dans une autre série de 15 faits, les injections d'eau salée furent pratiquées à la période aiguë de la diphtérie, au moment de l'admission du patient à l'hôpital et pendant les deux ou trois jours suivants. Il s'agissait de cas choisis parmi les plus graves et, partant, les plus exposés aux complications du côté du cœur. Or, sous l'influence des injections de sérum artificiel, les troubles cardiaques se sont montrés moins fréquents et moins prononcés que d'habitude, et 8 malades ont guéri. (*Lancet*, 20 octobre 1900.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le bromhydrate d'hyoscine contre les accidents consécutifs à la cocaïnisation de la moelle.

Après la cocaïnisation de la moelle, qu'il a pratiquée chez une trentaine de parturientes, M. le docteur S. Marx (de New-York), sans avoir jamais eu à enregistrer d'accidents graves ni durables, a cependant presque toujours noté l'existence de phénomènes plus ou moins pénibles, tels que nausées, vomissements, céphalalgie intense, etc. Afin d'éviter ces inconvénients, notre confrère a essayé d'associer la cocaïne à la morphine, mais les résultats ont été peu encourageants; dans un cas, l'injection de 0 gr. 01 centigr. de chlorhydrate de morphine dans le canal rachidien a même donné lieu à des symptômes très graves d'intoxication. Par contre, M. Marx a pu constater que le bromhydrate d'hyoscine, introduit sous la peau à la dose de 0 gr. 0003 décimilligr. en même temps qu'on procède à la cocaïnisation de la moelle ou bien dès que le sujet commence à accuser des nausées ou des vomissements, empêche l'apparition des accidents habituels ou, tout au moins, les atténue d'une manière considérable.

Liniment au chloral contre la sciatique et le lumbago.

M. le docteur A. Lafond-Grellety (de Villefranche-de-Longchapt) a guéri une dizaine de cas de sciatique ou de lumbago par des frictions énergiques des régions douloureuses avec un mélange à parties égales d'hydrate de chloral et d'huile fine.

Ces frictions, qu'on fait matin et soir pendant dix minutes environ, provoquent de la rougeur de la peau et une cuisson assez forte mais passagère; elles calment les douleurs sans jamais produire de vésication, et amènent la guérison de la sciatique et du lumbago plus rapidement que les pointes de feu ou le stypage.

Le chloral n'étant pas soluble dans l'huile, il importe de ne le mélanger à ce liquide qu'après l'avoir fait dissoudre dans une quantité minime d'eau.

On peut, d'après M. le docteur E. Masse, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, rendre le liniment encore plus homogène en dissolvant le chloral dans de l'eau de chaux; à cet effet, on prescrit comme véhicule le liniment oléo-calcaire, dont 60 grammes sont susceptibles de dissoudre 30 grammes de chloral.

Le formiate de soude dans le traitement de la pneumonie.

Un médecin militaire russe, M. le docteur A. Polénov, a eu l'occasion de soigner 13 soldats atteints de pneumonie fibrineuse par l'usage interne du formiate de soude. Ce médicament était administré d'après la formule suivante :

Feuilles d'adonis vernalis.. 2 grammes.
Faites infuser dans :
Eau bouillante.......... 180 —
Passez et ajoutez :
Formiate de soude......... 2 à 4 —

F. S. A. — A prendre par cuillerées à bouche toutes les deux heures, jour et nuit.

Dans les observations de notre confrère, cette médication eut pour effet de modérer la fièvre et d'abréger la durée de la maladie. Ce résultat thérapeutique fut particulièrement manifeste chez les patients qui prirent dès le début de leur affection du formiate de soude en quantité assez élevée, par exemple 4 grammes en vingt-quatre heures, dose qui fut toujours bien tolérée.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu. — M. le professeur S. Duplay.

Traitement des fractures de jambe simples et compliquées.

Vous avez très souvent l'occasion de voir dans le service des fractures de jambe simples ou compliquées, et je n'exagère pas en disant qu'il y a presque constamment dans nos salles une dizaine de malades atteints de ce genre de lésion. Vous retrouverez dans votre pratique cette fréquence extrême des fractures de jambe; il est donc très important pour vous de bien connaître les règles suivant lesquelles elles doivent être traitées. C'est à cette question de thérapeutique chirurgicale que je désire consacrer la leçon d'aujourd'hui; j'aurai seulement en vue la fracture de jambe la plus commune, celle du tiers moyen, ou, plus exactement, celle qui siège à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur et qui intéresse à la fois le tibia et le péroné.

Je dois tout d'abord vous dire quelques mots des soins qu'il convient de prendre pour transporter les blessés atteints de fracture de jambe, si l'on ne veut pas s'exposer à aggraver les lésions et à transformer une fracture simple en une fracture compliquée. Il importe avant tout de ne pas imprimer de mouvements au membre fracturé, et, si le transport doit être long, il est prudent d'appliquer un appareil provisoire fait avec ce que l'on trouve sous sa main; c'est ainsi que vous pourrez confectionner des attelles avec des planchettes, des baguettes de bois ou du carton que vous maintiendrez en place avec des lanières de linge, des courroies ou des cordes; vous pourrez encore réaliser un très bon appareil de transport en plaçant le membre fracturé sur un gros oreiller déprimé en son milieu sous forme de gouttière et noué solidement avec des serviettes au pied, à la partie moyenne de la jambe et au genou.

En ce qui concerne le mode de transport du blessé, vous aurez recours à un brancard plutôt qu'à une voiture, même très bien suspendue; vous improviserez facilement ce brancard avec des planches, avec une porte étroite, voire même avec une petite échelle sur laquelle vous placerez un matelas ou une couverture épaisse.

Lorsque le blessé est arrivé à destination, vous devez vous préoccuper du lit sur lequel il va être placé. Ce lit, en effet, ne doit pas être large, afin que l'accès du membre fracturé soit également facile d'un côté et de l'autre; d'autre part, il est nécessaire qu'il soit assez dur et ne se laisse pas déprimer par le poids du corps; il vous suffira de faire placer une planche sous le premier matelas pour réaliser un plan suffisamment résistant.

J'arrive maintenant au traitement proprement dit qui, de même que dans toute fracture, comporte les trois indications suivantes : 1° réduire la fracture; 2° la maintenir réduite jusqu'à consolidation; 3° instituer un traitement consécutif propre à rendre au membre son fonctionnement normal.

Contrairement à l'ancienne doctrine, d'après laquelle il existerait un certain nombre de contre-indications à la réduction immédiate, comme par exemple la contracture musculaire, l'existence d'épanchements sanguins, etc., il est aujourd'hui généralement admis que toute fracture de jambe *doit être réduite* le plus tôt possible.

Dans les conditions les plus habituelles, on devra, pour réduire la fracture, recourir aux trois manœuvres classiques : l'extension, la contre-extension et la coaptation, qui sont exécutées simultanément par le chirurgien et par ses aides. Cependant, il y a des cas dans lesquels la coaptation n'est pas nécessaire et se fait pour ainsi dire spontanément, et même, dans certaines fractures sans déplacement ou avec un très faible déplacement, la réduction est en quelque sorte inutile ou s'obtient par une légère traction sur la jambe suivant son axe normal, ou à l'aide de quelques pressions latérales sur les fragments.

Lorsque l'on doit procéder à la réduction d'une fracture de jambe s'accompagnant d'un déplacement plus ou moins considérable, comme cette réduction peut offrir certaines difficultés résultant de la contracture musculaire, je vous conseille de placer le membre blessé dans la flexion, la cuisse fléchie sur le bassin, la jambe fléchie sur la cuisse et le pied en extension sur la jambe, de façon à mettre tous les muscles dans le relâchement.

Le membre étant placé dans cette position, un aide fera la contre-extension sur la cuisse avec les deux mains entrecroisées au-dessus du creux poplité, tandis qu'un second aide, embrassant d'une main le talon et de l'autre main la face dorsale du pied, pratiquera l'extension; en même temps le chirurgien procédera à la coaptation, qui consiste à exécuter directement, au niveau de la fracture, des pressions dirigées en sens inverse du déplacement des fragments.

Une fois la réduction obtenue, il s'agit de la maintenir à l'aide d'une *contention* rigoureuse. Je n'essaierai pas d'énumérer devant vous les nombreux appareils qui ont été proposés dans ce but. A l'heure actuelle, je puis dire que, suivant les circonstances, on a recours seulement à trois appareils : la gouttière en fil de fer, le vieil appareil de Scultet à bandelettes séparées, et enfin l'appareil plâtré, supérieur à tous les autres.

Qu'on l'emploie sous forme d'attelles ou de gouttière, l'appareil plâtré doit prendre le pied placé à angle droit sur la jambe et remonter jusqu'à mi-cuisse; c'est lui qui convient par excellence au traitement de toutes les fractures de jambe, sauf dans quelques cas rares que nous préciserons tout à l'heure. Malgré cette supériorité incontestable de l'appareil plâtré, il n'en faut pas moins conserver l'usage de l'appareil de Scultet, car il est des circonstances dans lesquelles, à la campagne notamment, vous pourrez être dans l'impossibilité de vous procurer du plâtre, alors que vous trouverez toujours de quoi confectionner un appareil de Scultet.

La gouttière en fil de fer, que vous voyez employer couramment dans les hôpitaux à titre provisoire, est aussi bonne que l'appareil de Scultet, mais on n'en a pas toujours une sous la main.

Lorsque la chose sera possible, vous appliquerez donc un appareil plâtré pendant la réduction, en maintenant celle-ci jusqu'à dessiccation du plâtre.

Vous avez tous vu si fréquemment confectionner des appareils plâtrés dans le service que je crois inutile de m'arrêter sur la technique de leur application.

Dans le cas de fracture simple, auquel nous supposons tout d'abord avoir affaire, vous laisserez l'appareil en place sans le renouveler, sauf indication spéciale, pendant quarante-cinq jours chez l'adulte, temps nécessaire à la consolidation, un peu moins longtemps s'il s'agit d'un enfant.

Mais, à côté de ces fractures simples, vous en rencontrerez d'autres dans lesquelles il existe des complications de nature variable, qui obligent à apporter certaines modifications dans le traitement.

C'est ainsi que les fractures de jambe sont assez souvent accompagnées de contusion violente, avec production de phlyctènes, d'infiltration et d'épanchements de sang plus ou moins étendus. On attachait jadis une grande importance à cette complication très fréquente et on la considérait comme une contre-indication à la réduction, et surtout à l'application immédiate d'un appareil. Actuellement, il est peu de chirurgiens, je crois, qui pensent devoir tenir grand compte de cette éventualité, et, sauf dans les cas où les phlyctènes seraient extrêmement nombreuses ou l'épanchement sanguin très considérable, je vous conseille d'appliquer quand même la gouttière plâtrée, en prenant toutefois la précaution d'interposer une mince couche d'ouate entre le plâtre et les téguments et en ayant soin de serrer médiocrement l'appareil. Mais, bien entendu, cette manière de faire vous obligera à renouveler celui-ci au bout de quelques jours, soit qu'il ait été souillé par le contenu des phlyctènes, soit que, le gonflement du membre ayant diminué par suite de la résorption du sang, il soit devenu trop large et ne réalise plus la contention exacte des fragments.

Il est cependant des cas où les lésions des téguments et des parties molles sous-jacentes résultant de la contusion sont trop accentuées pour permettre l'emploi immédiat d'un appareil plâtré. C'est alors que vous devrez recourir pendant quelques jours à l'appareil de Scultet ou à la gouttière en fil de fer; puis, dès que les accidents seront suffisamment amendés, vous remplacerez cet appareil provisoire par un appareil plâtré, que vous laisserez en place jusqu'à la fin de la consolidation.

Certains chirurgiens ont conseillé d'évacuer les épanchements sanguins compliquant les fractures; à mon avis, cette conduite ne doit pas être suivie et il faut s'abstenir de toute intervention de ce genre. En ce qui concerne les phlyctènes, dont le volume est parfois énorme, vous donnerez issue à leur contenu en les ouvrant d'un coup de ciseaux, puis, après avoir saupoudré les téguments avec une poudre antiseptique, vous les recouvrirez d'une couche d'ouate, et vous pourrez alors dans bien des cas appliquer immédiatement un appareil plâtré, comme je vous le disais il y a un instant.

Une autre complication des fractures de jambe, fréquente surtout chez les alcooliques, est constituée par le spasme musculaire qui empêche la réduction ou qui, si celle-ci a pu être obtenue, reproduit le déplacement dès qu'on cesse l'extension. Il est facile de faire disparaître cette contracture en donnant du chloroforme jusqu'à résolution musculaire complète et en entretenant l'anesthésie pendant toute la durée de l'application de l'appareil et jusqu'à ce que le plâtre se soit entièrement solidifié. Il sera bon, en pareil cas, de prolonger l'effet du chloroforme à l'aide de la morphine ou du chloral.

Une troisième complication, plus grave que les précédentes, concerne l'*irréductibilité* et l'*incoercibilité* des fractures de jambe. Lorsque c'est la contracture musculaire seule qui est en cause, on en triomphe facilement à l'aide du chloroforme, comme je viens de le dire; mais j'ai maintenant en vue les cas dans lesquels, malgré l'emploi du chloroforme, il est impossible d'obtenir ou de maintenir la réduction.

Dans les fractures dites *irréductibles*, l'irréductibilité est le plus souvent due à la multiplicité des fragments, à leur engrènement et parfois à l'interposition d'un fragment déplacé ou entièrement détaché.

La fracture est dite *incoercible*, lorsque, au contraire, le déplacement se réduit bien, mais se reproduit aussitôt qu'on cesse les manœuvres de réduction; cette incoercibilité est ordinairement causée par l'obliquité extrême des fragments qui sont taillés en biseau ou en bec de flûte et peuvent ainsi glisser facilement l'un sur l'autre.

Contre ces fractures difficiles à réduire et surtout à maintenir réduites, on peut parfois recourir avec avantage à l'extension continue, pratiquée à l'aide de poids et d'une poulie, comme dans l'appareil employé pour les fractures de cuisse; mais on se trouvera bien surtout d'appliquer, en pareil cas, l'appareil Hennequin, qui donne d'excellents résultats. Malheureusement il est souvent difficile de se procurer cet appareil, de sorte qu'il est en somme peu pratique.

Je me borne à vous signaler un appareil jadis imaginé par Malgaigne, et dans lequel on

cherche à repousser le fragment saillant, irréductible par les manœuvres habituelles ou impossible à maintenir réduit, au moyen d'une pointe métallique se mouvant dans un pas de vis. Cet appareil est à peu près complètement abandonné, et, de fait, sans parler de la difficulté que l'on peut avoir à se le procurer, il est loin de remplir toujours le but cherché; dans la majorité des cas, l'extension continue donne des résultats infiniment plus satisfaisants.

Mais, pour bien des fractures irréductibles ou incoercibles, si vous ne pouvez mettre en usage l'extension continue, vous devez tenter d'arriver au but par d'autres moyens. C'est ainsi que, après avoir appliqué une gouttière plâtrée, vous pourrez essayer la compression au niveau du fragment saillant à l'aide de compresses, de tampons d'ouate, et par ce moyen vous obtiendrez quelquefois une réduction à peu près satisfaisante. Toutefois, il n'y faut guère compter et, le plus souvent, le résultat sera nul ou tout à fait insuffisant.

L'appareil de Scultet peut également rendre des services dans des cas de ce genre, à la condition de le renouveler fréquemment, en exerçant des tractions à chaque nouvelle application et en pratiquant une compression directe sur le fragment saillant; on parvient ainsi parfois à réduire graduellement le déplacement, d'une façon sinon complète, au moins assez satisfaisante.

Toutefois, il faut bien que vous sachiez que certaines fractures de jambe demeurent absolument irréductibles ou incoercibles, malgré les manœuvres de réduction les plus énergiques et les plus habiles et malgré l'emploi des moyens dont il vient d'être question, en sorte qu'il y a lieu de craindre, non pas seulement la formation d'un cal extrêmement difforme, mais encore et surtout un défaut de consolidation ou la perforation de la peau par un fragment saillant, ce qui transformerait la fracture primitivement fermée en une fracture ouverte. Dans ces cas, où il s'agit ordinairement soit de fractures comminutives, soit de fractures en bec de flûte, je considère comme une indication formelle de mettre à nu le foyer de la fracture et de se comporter comme nous le dirons tout à l'heure en parlant des fractures ouvertes qui se présentent dans ces mêmes conditions d'irréductibilité ou d'incoercibilité. Cette indication d'intervenir par une opération sanglante ne doit cependant pas être considérée comme absolue toutes les fois que la réduction n'est pas très complète et reste imparfaite, car il ne faut pas oublier que, bien souvent, la consolidation d'une fracture de jambe s'obtient malgré un chevauchement assez accentué des fragments, et que la difformité, plus ou moins choquante à la vue, qui en résulte, est sans grande importance au point de vue fonctionnel.

J'arrive maintenant au traitement des fractures *compliquées de plaie*. Il importe tout d'abord de distinguer les cas où la plaie est superficielle et ne communique pas avec le foyer de la fracture, et ceux où elle est profonde et fait communiquer ce foyer avec l'extérieur.

Pour les cas de la première catégorie, l'existence d'une plaie superficielle ne fournit pas d'indication particulière et n'empêche pas d'appliquer de suite l'appareil, et de préférence l'appareil plâtré. Il suffit de traiter cette plaie antiseptiquement, de la laver, puis de la recouvrir d'un pansement convenable, avant de réduire la fracture et de placer l'appareil. Cependant, dans certains faits où la plaie, quoique superficielle, est très étendue ou se complique de contusion, il est bien difficile de suivre cette pratique et d'appliquer immédiatement un appareil plâtré. On se comportera alors comme nous l'avons dit à propos des fractures accompagnées de lésions très larges de la peau et des tissus sous-cutanés; on placera le membre soit dans une gouttière en fil de fer, soit dans un appareil de Scultet, et on n'aura recours à la gouttière plâtrée qu'après guérison plus ou moins complète des plaies.

L'existence d'une plaie communiquant avec le foyer de la fracture, qui caractérise les fractures dites *ouvertes* ou *exposées*, crée un certain nombre d'indications thérapeutiques toutes spéciales et d'une grande importance.

Nous devons à ce propos distinguer diverses éventualités qui peuvent se présenter.

Si la plaie est *étroite*, peu contuse, et accompagne une fracture d'ailleurs simple, sans déplacement ou avec déplacement facile à réduire et sans tendance à se reproduire, vous devrez, après une désinfection soignée de la plaie et des téguments voisins, en faire l'occlusion exacte avec un peu de coton et du collodion iodoformé; puis vous appliquerez un appareil plâtré en laissant à découvert la partie où se trouve la lésion, afin de pouvoir la surveiller; pour cela, vous devrez quelquefois faire une encoche à l'appareil, avec une pince coupante, lorsque le plâtre sera sec. Dans ces conditions, si vous avez pu intervenir de bonne heure, avant que la plaie ait été infectée, la réunion se fera par première intention et tout se passera exactement comme dans le cas de fracture fermée.

Lorsque la plaie est plus large, sans être trop contuse, vous pouvez vous comporter de la même façon, à condition de faire au préalable une désinfection soignée; mais il est alors souvent nécessaire de placer quelques points de suture pour obtenir l'occlusion de la blessure. Vous ne réussirez pas toujours à avoir une réunion primitive complète, mais du moins l'étendue de la plaie sera diminuée et la réunion secondaire s'effectuera plus rapidement.

Enfin, quand la plaie est très contuse, très irrégulière ou déjà infectée, il faut bien se garder de tenter la réunion. On laissera donc la plaie ouverte, en la traitant antiseptiquement.

Après les soins donnés à la plaie dans les diverses conditions que nous avons supposées, on appliquera de suite l'appareil plâtré, en laissant toujours à découvert la région où siège la lésion.

Il n'est pas très rare que les fractures de jambe se compliquent de l'issue d'un ou des deux fragments. Le plus ordinairement, c'est le fragment supérieur du tibia qui fait saillie au dehors; parfois même on l'a vu traverser les vêtements du blessé et s'enfoncer dans le sol. Dans ces fractures compliquées d'issue des fragments, après avoir désinfecté la plaie et l'extrémité osseuse saillante, on cherchera à réduire la fracture et quelquefois on sera surpris de la facilité avec laquelle on obtiendra cette réduction. Mais souvent, au contraire, celle-ci sera impossible. En pareil cas, l'irréductibilité peut tenir à une sorte d'étranglement du fragment saillant par la peau qu'il a traversée, ce dont il sera facile de se rendre compte à ce que, pendant les efforts de réduction, on verra les téguments qui entourent le fragment osseux s'invaginer pour ainsi dire autour de lui en raison des tractions que l'on exerce. Dans ces conditions, on débridera largement la plaie avec le bistouri, en l'incisant sur un seul point ou mieux sur deux points diamétralement opposés, puis, si l'on ne réussit pas à obtenir par ce moyen la réduction de la fracture, on ne devra pas hésiter à réséquer l'extrémité osseuse qui fait saillie au dehors. Il est bien entendu que, si le péroné faisait issue à l'extérieur, on se comporterait vis-à-vis de lui comme nous venons de le dire à propos du tibia. Dès lors, la réduction devient habituellement facile, et, après avoir rétréci la plaie avec quelques points de suture, en la drainant avec une mèche de gaze aseptique si on le juge à propos, on appliquera un appareil plâtré, en s'arrangeant de façon à laisser la plaie accessible pour les pansements ultérieurs.

Jusqu'à présent, nous avons supposé que nous avions affaire à des fractures encore relativement simples. Il me reste à vous dire quelle conduite vous devrez suivre dans les cas fréquents de fractures ouvertes, compliquées de contusion violente et d'attrition plus ou moins considérable des parties molles, avec multiplicité des fragments (fractures *comminutives* ou *esquilleuses*), parfois même avec des corps étrangers venus du dehors. Telles sont certaines fractures de jambe résultant des écrasements par roues de voiture ou produites par des projectiles de guerre.

La thérapeutique applicable aux cas de ce genre était jadis considérée avec juste raison comme un des problèmes les plus difficiles de la pratique chirurgicale, et souvent la question se posait entre l'*amputation immédiate* et la *conservation*. Je dois dire cependant que, même avant l'ère antiseptique, la conservation était devenue pour la plupart des chirurgiens la méthode de choix, sauf dans quelques cas où elle paraissait inapplicable.

L'avènement de l'antisepsie et de l'asepsie a donné tout naturellement une extension considérable aux limites de la méthode conservatrice, dont les résultats sont devenus, en même temps, infiniment meilleurs.

A l'heure actuelle, les indications de l'amputation immédiate sont très restreintes et pour ainsi dire tellement évidentes qu'elles deviennent faciles à saisir même pour un chirurgien novice.

D'une manière générale, vous devrez vous rappeler que c'est sur l'état des parties molles, plutôt que sur celui des os, que se basera l'indication de l'amputation immédiate.

D'après ce principe, il est évident que cette indication s'impose, en premier lieu, dans les cas où le membre est presque entièrement détaché et ne tient plus que par des lambeaux de muscles et de peau.

En deuxième lieu, l'amputation immédiate est encore formellement indiquée dans les cas de broiement complet de la peau et des muscles avec section des vaisseaux et des nerfs, comme après les écrasements par roues de voiture, dans les accidents de chemin de fer ou dans certaines plaies par gros projectiles.

Enfin, l'amputation immédiate est de règle lorsque, sans écrasement considérable des os et des parties molles, parfois même avec une fracture relativement assez simple, il existe une plaie accompagnée de perte de substance très étendue de la peau et des muscles, avec section des vaisseaux et des nerfs; en effet, dans ces conditions la réparation des plaies est à peu près impossible et la gangrène presque inévitable; d'ailleurs, en supposant même que la guérison pût être obtenue, le membre conservé serait inutile ou même gênant.

En dehors de ces cas, vous devrez toujours tenter la conservation, quitte à recourir ultérieurement à une amputation secondaire, dans certaines fractures très compliquées, si au cours du traitement il survient quelque accident mettant en danger la vie du blessé ou devant compromettre le résultat final, ou enfin si ce résultat n'est pas satisfaisant.

Il me reste à préciser la façon dont vous devez appliquer la méthode conservatrice, qui consiste, suivant les cas, dans l'expectation pure et simple, ou dans la résection.

A une certaine époque, quelques chirurgiens, et entre autres Huguier, ont préconisé la *résection immédiate*, consistant à ouvrir largement le foyer de la fracture, à enlever les esquilles et à sectionner les extrémités osseuses irrégulières. Cette intervention me paraît devoir être rejetée comme pratique générale, mais elle est indiquée très nettement dans les fractures irréductibles ou incoercibles, telles que certaines fractures comminutives ou certaines fractures en V, en bec de flûte. Comme je vous l'ai dit, l'indication de cette intervention se pose même quelquefois en présence d'une fracture fermée irréductible et incoercible, lorsque les téguments sont menacés par un fragment faisant une saillie aiguë ou lorsque la consolidation ne paraît pas pouvoir être obtenue par un simple appareil.

Il convient, en tout cas, de pratiquer une résection aussi économique que possible et d'enlever seulement les esquilles détachées, qui sont destinées à la mortification et constitueraient ultérieurement de véritables corps étrangers s'opposant à la consolidation.

Souvent, après l'intervention, il suffit d'appliquer un appareil plâtré pour maintenir les fragments en bonne position, mais parfois la suture osseuse sera nécessaire, quand on constatera une tendance prononcée au déplacement.

L'*expectation* est, en somme, la règle de conduite que vous devrez suivre dans la grande majorité des cas; toutefois, il ne faudrait pas croire que cette expectation se borne purement et simplement à l'application d'un bon appareil; il s'agit en réalité d'une véritable *expectation armée*, dans laquelle vous êtes tenus d'exercer une surveillance assidue, depuis le début du traitement jusqu'à la guérison, afin de parer sans retard aux divers accidents qui pourraient se produire.

Voici, en quelques mots, la marche que vous devrez suivre : après avoir soigneusement désinfecté la plaie, qui sera pour cela débridée si vous le jugez utile, vous l'envelopperez d'un pansement antiseptique et vous appliquerez un appareil immobilisateur. Là encore l'appareil plâtré est supérieur à tous les autres, à condition de laisser la plaie accessible, de façon à pouvoir l'examiner et renouveler les pansements sans imprimer de mouvements aux fragments.

Dans le cours du traitement, vous aurez parfois à ouvrir un ou plusieurs abcès consécutifs à des infections locales. Dans certains cas, vous devrez extraire des esquilles en voie d'élimination; cette éventualité peut même se produire très tardivement et donner lieu à la formation d'un petit abcès, à la persistance d'une fistule.

Le plus souvent, l'expectation mène à la guérison; parfois, cependant, malgré un traitement bien conduit, la consolidation ne se produit pas, et la suppuration se prolonge, compliquée de fusées purulentes et de décollements plus ou moins étendus: cette évolution est déterminée par l'existence de lésions d'ostéomyélite et de nécrose des extrémités fracturées, qui entraînent la formation d'un ou de plusieurs séquestres. Dans ces conditions, si l'état général s'est aggravé en même temps que l'état local, et surtout s'il s'agit d'un sujet âgé, l'*amputation* sera la seule ressource à laquelle vous devrez recourir. Si, au contraire, l'état général est satisfaisant et si les lésions locales, surtout celles des os, ne paraissent pas trop étendues, il sera indiqué de pratiquer la *résection secondaire* des extrémités osseuses.

Je ne vous ai parlé jusqu'à présent que des moyens thérapeutiques exigeant le séjour au lit. Dans ces dernières années, on a fait beaucoup de bruit, en Allemagne, autour d'une méthode prétendue nouvelle, qui a pour but de permettre au blessé de marcher dès le début du traitement; c'est la méthode de traitement des fractures de jambe dite *ambulatoire*, dont l'application avait déjà été proposée en France par Bérard, en 1831, puis par mon prédécesseur Le Fort et par Raoul Deslongchamps. Je ne veux pas vous décrire tous les appareils, plus ou moins compliqués et d'une application assez difficile, qui ont été imaginés à ce propos. Je ne possède, d'ailleurs, aucune expérience personnelle sur cette méthode de traitement. Cependant, je tiens à vous dire que, pendant les vacances dernières, quelques appareils de ce genre ayant été appliqués dans mon service par un de mes internes, j'ai pu constater que les résultats obtenus étaient assez médiocres, tant au point de vue de la durée de la consolidation que de la forme et de la solidité du cal.

Au début de cette leçon, je vous ai dit que le traitement des fractures de jambe comprenait trois grandes indications : la réduction, le maintien de la réduction, et enfin le *traitement consécutif*. Il me reste donc, en terminant, à vous fournir quelques règles pratiques relativement à cette dernière indication, qui n'a pas une importance moindre que les deux premières, puisqu'il s'agit d'assurer, après la consolidation de la fracture, le rétablissement complet des fonctions du membre.

Avant d'instituer le traitement propre à réaliser ce but, vous devez tout d'abord contrôler soigneusement la solidité du cal, qui d'ordinaire devra être suffisante après quarante-cinq à cinquante jours d'immobilisation dans le cas de fracture simple, mais qui souvent ne sera complète qu'après deux ou trois mois, et même davantage, lorsque vous aurez affaire à une fracture compliquée de plaie.

Lorsque vous aurez constaté que le cal est bien solide, et qu'il ne se passe plus le moindre mouvement à son niveau, il n'en faudra pas moins vous garder de permettre trop tôt la marche, dans la crainte de voir se produire une rupture ou une déformation secondaire du cal. Quand le blessé commencera à marcher, il devra faire usage de béquilles pendant quelque temps et ensuite remplacer les béquilles par une canne. La durée de la station debout et des exercices de marche sera, d'ailleurs, réglée progressivement suivant les forces du malade.

Il faut, à ce propos, ne pas oublier que l'incapacité fonctionnelle consécutive aux fractures de jambe est souvent très longue, l'incapacité et l'invalidité se prolongeant fréquemment au-delà de cinq ou six mois après la consolidation, en raison de la raideur des articulations du genou et du pied, de l'atrophie de tous les muscles de la cuisse et de la jambe, sans compter le volume exagéré du cal qui peut persister assez longtemps en s'accompagnant d'une sensibilité plus ou moins vive qui augmente surtout lors des changements de temps. Il est aussi très fréquent d'observer du côté du pied et de la jambe un œdème persistant qui s'accuse après la station verticale et la marche, et qui parfois se prolonge plus d'un an, surtout chez les sujets atteints de varices.

A l'appui de ce qui précède, je vous citerai une statistique de Hössel basée sur un total de 182 cas de fracture suivis pendant assez longtemps, et d'après laquelle on pourrait évaluer à dix mois en moyenne le temps nécessaire à la guérison complète des fractures de jambe, et à 20 % la proportion de membres invalides. Vous voyez d'après ces chiffres quelle est l'importance du traitement consécutif, qui, soigneusement poursuivi, pourra abréger notablement la durée de la convalescence, en même temps qu'il diminuera considérablement les risques d'une infirmité permanente. Je me bornerai, néanmoins, à vous indiquer très sommairement les principaux moyens thérapeutiques qui formeront la base de ce traitement et qui, d'ailleurs, sont bien connus de la plupart d'entre vous : indépendamment de l'exercice journalier, dont vous réglerez soigneusement la progression, vous devrez prescrire la gymnastique articulaire, les massages, l'électrisation, les douches sulfureuses locales. C'est grâce à ces divers moyens dont vous surveillerez avec soin l'application que vous arriverez à hâter le rétablissement complet des fonctions du membre. J'ajoute que les blessés se trouveront toujours bien, comme complément du traitement, d'une saison thermale dans une des nombreuses stations où l'action des eaux sulfureuses ou chlorurées sodiques, jointe à celle du massage, donne généralement des résultats très satisfaisants.

MÉDECINE PRATIQUE

Détermination par la colorimétrie du volume des épanchements pleuraux.

En présence d'un épanchement pleurétique, l'opportunité de la thoracentèse se juge, comme on sait, d'après le volume de la sérosité épanchée; mais les procédés usuels (percussion, mensuration) ne permettent pas toujours de déterminer cette quantité d'une façon bien précise. Aussi nous paraît-il utile de signaler un moyen fort simple d'obtenir ce résultat, moyen que décrit M. le docteur Niclot, répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon, après en avoir reconnu l'exactitude dans 3 cas.

Pour appliquer le procédé en question, il faut préparer deux verres, une pince hémostatique, un compte-goutte, une solution de bleu de méthylène à 10 %, une seringue de Roux de 20 grammes à laquelle est adapté un tube en caoutchouc, deux tubes à essai et, enfin, un récipient gradué. Tous ces objets doivent être soigneusement stérilisés.

On commence par faire, avec la seringue de Roux, trois ponctions aspiratrices dans la cavité pleurale, de façon à recueillir 60 c.c. d'exsudat, Les deux tiers de ce liquide sont mis en réserve dans un verre; les 20 c.c. restant sont additionnés de 10 gouttes de la solution de bleu de méthylène, puis réinjectés dans la plèvre. Ces diverses manipulations sont faciles à exécuter grâce au tube en caoutchouc fixé à l'aiguille de la seringue et qu'on peut fermer ou ouvrir à volonté au moyen de la pince hémostatique.

On brasse alors le liquide contenu dans la cavité pleurale, pour qu'il se colore d'une façon uniforme, en exécutant avec la seringue une série d'aspirations et de refoulements. Ceci fait, on retire la canule et on laisse reposer le patient, en lui recommandant de changer plusieurs fois de position dans son lit. Au bout de cinq minutes environ, on aspire de nouveau une petite quantité d'exsudat, en ayant soin de pratiquer cette seconde ponction assez loin de la précédente.

On recueille ainsi un liquide coloré en bleu — d'un bleu d'autant plus pâle que l'épanchement est plus abondant — qu'on verse dans un tube à essai; à côté de ce tube, on en place un second dans lequel on laisse tomber 1 goutte de solution de bleu de méthylène à 1 % (préparée extemporanément en mélangeant 1 goutte de la solution à 10 % avec 9 gouttes de la sérosité pleurale non colorée recueillie en premier lieu), à laquelle on ajoute de cette dernière sérosité jusqu'à ce que le contenu des deux tubes ait exactement la même coloration. Il suffit alors de mesurer au moyen du vase gradué la quantité de liquide qu'on a dû employer pour obtenir ce résultat; en multipliant ce chiffre par 100 (puisqu'on a injecté dans la plèvre 10 gouttes de la solution de bleu de méthylène à 10 %, alors qu'on n'a mis dans le tube de comparaison qu'une goutte de solution à 1 %), et en ajoutant au produit de cette multiplication les 40 c.c. de sérosité mis de côté après la première ponction, on obtient le volume exact de l'épanchement pleural.

Toutes ces manipulations doivent être exécutées rapidement, avant que l'exsudat ait eu le temps de se coaguler.

Il va de soi que le procédé colorimétrique que nous venons de décrire n'est pas applicable aux pleurésies aréolaires avec épanchements cloisonnés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 novembre 1900.

De la sérothérapie des tumeurs malignes.

M. Le Dentu. — Je m'associe complètement aux réserves qui ont été formulées au cours de la dernière séance par MM. Lucas-Championnière et Berger, sur l'emploi du sérum anticellulaire de M. Wlaïev (1) dans le traitement des tumeurs malignes.

Jusqu'à présent, ce sérum n'a donné, entre les

(1) La préparation du sérum anticellulaire et les expériences sur les animaux dont il a été question dans notre dernier numéro, p. 401 et 402, ont été faites par M. Wlaïev seul. — N. D. L. R.

mains des chirurgiens qui l'ont expérimenté que des résultats incomplets et transitoires.

En outre, il n'est pas exagéré de dire que ces résultats ne diffèrent pas essentiellement de ceux qu'ont fournis les inoculations de cultures du streptocoque de l'érysipèle, pures ou associées à celles du *micrococcus prodigiosus*, les injections en pleine tumeur des mêmes cultures, les injections de sérum d'animaux inoculés avec le suc ou même la pulpe de tumeurs cancéreuses, les inoculations de levure de bière, etc.

L'efficacité très bornée, mais réelle, de ces divers moyens de traitement s'explique sans doute par ce fait que leur action s'exerce sur un ou plusieurs des éléments communs à des tumeurs malignes très différentes les unes des autres, comme les épithéliomes et les sarcomes. Or, ces éléments ne peuvent être qu'accessoires, et un agent modificateur qui ne s'adresse qu'à des éléments accessoires ne saurait avoir la prétention d'être réellement curateur.

Ces réserves faites, je reconnais volontiers que le sérum de M. Wlaïev semble influencer les tumeurs épithéliales plus constamment que ne le font les liquides précités. Toutefois, je persiste à croire que les chirurgiens doivent s'efforcer d'opérer les tumeurs malignes à une époque aussi rapprochée que possible de leur début. L'ablation hâtive de ces néoplasmes procure, en effet, aux malades une guérison sinon définitive, du moins presque toujours durable.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 novembre 1900.

Cryoscopie de la sueur de l'homme sain.

M. P. Ardin-Delteil. — J'ai déterminé, chez 15 individus normaux et dans la force de l'âge, le point de congélation de la sueur. J'ai pu m'assurer ainsi que ce point de congélation, qui oscille entre — 0°08 et — 0°46, est en moyenne de — 0°237. Ses variations sont en rapport assez régulier avec la densité de la sueur et avec la teneur de ce liquide en chlorure de sodium : il est d'autant plus bas au-dessous de 0 que la sueur contient plus de sel marin. Ceci explique que les valeurs cryoscopiques les plus faibles aient été obtenues en été, c'est-à-dire dans une saison où les glandes sudoripares, hyperfonctionnantes, éliminent une grande quantité d'eau.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 novembre 1900.

Traitement chirurgical des angiocholites infectieuses.

M. Michaux. — Je dois vous rendre compte d'une observation qui nous a été communiquée par M. Pauchet (d'Amiens). Le 25 janvier dernier, notre confrère a opéré une femme atteinte d'angiocholite à forme subaiguë, avec un certain degré de cirrhose au début; la cholécystostomie fut faite sans incident, et l'amélioration consécutive fut rapide. Sept mois plus tard, sur les instances de la malade, M. Pauchet fit la cholécystectomie sous-séreuse, suivant le procédé indiqué par Doyen.

Je ne crois pas que la qualification de cirrhose hépatique, employée par l'auteur, soit suffisamment justifiée par les détails qui nous sont fournis dans l'observation. L'examen bactériologique de la bile, pratiqué à trois reprises, ayant montré la présence du colibacille, j'estime qu'il s'agissait d'une angiocholite infectieuse légère.

Quoi qu'il en soit, il est certain que la malade a retiré de l'opération un très sérieux bénéfice; le colibacille a fini par disparaître complètement de la bile, et l'état général s'est considérablement modifié. C'est dans ces conditions que M. Pauchet a fermé la fistule sept mois après sa première intervention; il eût mieux valu, à mon avis, la laisser se fermer spontanément.

J'ai eu l'occasion d'intervenir chez un homme de trente-quatre ans pour des accidents infectieux d'origine hépatique, avec un peu d'ictère; la laparotomie exploratrice m'ayant montré une augmentation notable du volume du foie et des ganglions, je n'ai pas cru devoir faire une cholécystostomie, et l'exploration des voies biliaires a probablement suffi à les désobstruer par une sorte de massage, car mon malade a parfaitement guéri. Nos collègues Segond, Routier et Quénu ont rapporté plusieurs faits analogues.

Dans un cas de cirrhose hypertrophique biliaire avérée, j'ai pratiqué une cholécystostomie qui a été suivie d'une réelle amélioration. Le patient, dont j'ai eu récemment des nouvelles, s'est trouvé soulagé d'une façon très appréciable, mais il n'est pas guéri.

D'une façon générale, dans le traitement des angiocholites infectieuses, je rejette absolument l'abouchement de la vésicule dans l'intestin, et je considère l'établissement d'une fistule cutanée comme l'opération de choix.

M. Hartmann. — Je me demande si, dans le cas de M. Pauchet, la cholécystostomie était réellement indiquée, en raison même de ces faits auxquels M. Michaux a fait allusion dans son rapport, et où l'on a vu la guérison définitive survenir à la suite d'une simple laparotomie exploratrice. Ne peut-on pas, en pareil cas, attribuer simplement la guérison au repos au lit et au régime imposé à l'opéré? Chez la malade de M. Pauchet, il n'y avait pas d'ictère, et, par conséquent, il me semble qu'il était absolument inutile de faire une fistule biliaire, puisque l'écoulement de la bile se faisait sans obstacle.

M. Terrier. — Il ne faut pas oublier que la rétraction de la vésicule, consécutive à l'inflammation des voies biliaires, crée souvent une difficulté bien grande pour l'établissement et le maintien de la fistule biliaire.

En ce qui concerne les lésions hépatiques, pour lesquelles, il faut le reconnaître, on est intervenu dans ces dernières années un peu à tort et à travers, nous devons avouer notre ignorance complète, sauf pour ce qui a trait à la lithiase biliaire.

M. Delbet. — Je ne partage pas l'avis de M. Michaux quand il proscrit systématiquement la cholécysto-entérostomie; j'ai pratiqué quatre fois cette intervention et mes opérés en ont retiré un bénéfice certain.

Quant aux résultats de la laparotomie exploratrice dans certaines affections hépatiques, il est impossible de s'expliquer le mécanisme des améliorations et même des guérisons que l'on a pu constater dans quelques cas, notamment dans deux faits que j'ai observés moi-même et qui ont été publiés.

M. Routier. — Dans le cas de ma pratique que M. Michaux a rappelé, il s'agissait d'une femme présentant tous les signes d'une obstruction du cholédoque, qui guérit sans que j'aie fait autre chose qu'une sorte de massage des voies biliaires; il est probable que j'ai ainsi détaché un bouchon de mucus obstruant le canal cholédoque.

Plaie de la trachée et suture immédiate.

M. Picqué. — J'ai vu récemment un aliéné qui, dans une tentative de suicide par coups de rasoir, s'était fait il y a quelque temps une plaie de la trachée tout à fait irrégulière, intéressant plusieurs anneaux. Pour réunir les bords de cette solution de continuité, M. Mesnard, interne à l'hôpital Saint-Antoine, qui avait été appelé à donner ses soins à cet homme, avait employé une sorte de treillis de catgut; ce procédé a permis d'obtenir une réunion complète suivie de guérison parfaite, ainsi que j'ai eu l'occasion de m'en assurer dans l'asile d'aliénés où le malade est actuellement placé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 novembre 1900.

Du massage dans la phlébite.

M. Hirtz. — Au cours de la dernière séance, M. Vaquez a préconisé le massage dans le traitement de la phlébite. C'est là une pratique dont je soutiens les bons effets depuis déjà quatre ans, mais je diffère un peu d'avis avec M. Vaquez sur le moment où il convient d'instituer la massothérapie. D'après notre collègue, on peut commencer à mobiliser le membre vingt jours après le début d'une phlegmatia, de quelque nature qu'elle soit, si les veines accessibles ont cessé d'être sensibles, si l'œdème est franchement en décroissance et la température redevenue normale. J'avoue, quant à moi, n'avoir jamais osé recourir au massage à une époque aussi rapprochée du début de l'affection. J'attends au moins un mois ou cinq semaines pour laisser au travail d'organisation du caillot le temps de s'effectuer; je me montre encore plus réservé lorsqu'il s'agit d'une phlébite goutteuse, de certaines phlébites rhumatismales et même de quelques phlébites variqueuses.

Phlébites puerpérales multiples et infection mortelle.

M. Quelmé (du Faou) adresse une note sur un cas d'infection phlébitique grave ayant débuté le neuvième jour après un accouchement fait par une matrone. La maladie commença par une phlébite des deux membres inférieurs, puis survinrent presque simultanément une phlébite du bras et une embolie pulmonaire compliquée de pneumonie. Enfin les deux paupières furent successivement envahies par un œdème considérable, probablement dû à l'oblitération des veines ophtalmiques. Pendant tout ce temps, la fièvre restait élevée, aux environs de 41°, entrecoupée de frissons. Bientôt se montrèrent de la faiblesse du cœur, de la sécheresse de la langue et des troubles cérébraux. L'apparition d'un pemphigus purulent des jambes fut le dernier épisode de cette infection, et la malade succomba anurique sans avoir présenté d'albuminurie.

Accidents préphlébitiques, phlébitiques et postphlébitiques puerpéraux.

M. Stapfer (de Paris) envoie l'observation d'une malade qui fut prise d'un état subfébrile pendant les cinq ou six jours ayant suivi immédiatement son accouchement; après une période d'apyrexie de dix à douze jours, il survint une phlébite d'un membre inférieur avec réveil de la fièvre. Bientôt, l'autre membre inférieur et l'un des membres supérieurs furent immobilisés et alourdis par des menaces de phlébite sans œdème. Enfin, après quinze jours de fièvre continue, la température monta brusquement à 41°, en même temps que la malade était prise de céphalalgie intense avec angoisse et soubresauts des tendons. Ces accidents cédèrent aux bains tièdes et l'apyrexie complète fut obtenue au bout de deux semaines.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 novembre 1900.

De l'agglutination du bacille de Koch par les épanchements tuberculeux des séreuses.

M. P. Courmont (de Lyon). — Par l'étude du liquide de 153 épanchements de diverses natures, j'ai pu m'assurer que, tandis que les sérosités non tuberculeuses n'agglutinent pas le bacille de Koch, les exsudats déterminés par ce microbe jouissent de propriétés agglutinantes à son égard, dans la proportion de 1 : 5 à 1 : 20 et même plus.

L'épanchement des pleurésies tuberculeuses produit l'agglutination dans 74 % des cas; celui des tuberculoses miliaires pleurales, péritonéales, méningées chez l'enfant n'est pas agglutinant à cause de la virulence et de la rapidité de l'infection.

Le liquide des pleurésies expérimentales agglutine très fortement chez certaines espèces (1 : 600 chez le chien), si la culture tuberculeuse inoculée est très atténuée; au contraire, il n'y a pas agglutination avec une tuberculose très virulente.

Il résulte de ces recherches que le sérodiagnostic des épanchements tuberculeux a une grande valeur pratique. Au point de vue théorique, tous ces faits montrent que l'intensité du pouvoir agglutinant est en raison inverse de la virulence de l'infection, et que, dans la production ou l'accumulation *in loco* des agglutinines des séreuses, il faut attribuer un grand rôle à l'activité fonctionnelle pathologique de la séreuse elle-même.

Tension oculaire et sympathique cervical.

MM. Lagrange et **Pachon** (de Bordeaux). — Chez un chien qui avait subi, il y a près de deux ans, la résection du ganglion cervical supérieur du côté droit, nous avons observé que la tension oculaire, très diminuée pendant le premier mois après l'opération, s'était déjà relevée vers la sixième semaine et était redevenue normale à la fin du deuxième mois. Depuis lors, elle ne s'est plus modifiée.

Cette observation d'une durée exceptionnellement longue montre bien que cette hypotension est un phénomène essentiellement transitoire.

Du rôle des anopheles dans la propagation du paludisme.

M. Laveran. — J'ai eu l'occasion d'examiner récemment un grand nombre de moustiques qui m'avaient été adressés de différentes localités françaises, les unes indemnes de fièvre palustre, les autres plus ou moins infestées de malaria. J'ai constaté que tous les moustiques provenant des premières appartenaient au genre *culex*, tandis que ceux des secondes étaient des *Anopheles claviger*.

La loi de la coexistence du paludisme et des *anopheles*, déjà bien établie pour les pays chauds, semble donc également applicable aux contrées tempérées.

M. Mayet (de Lyon) envoie une note relative à la formule leucocytaire de la circulation générale et à celle de la veine splénique, dans un cas de fièvre typhoïde anormale terminé par la mort.

ETRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 19 novembre 1900.

Lésions aortiques et valvulaires d'origine traumatique.

M. Strassmann. — Je viens d'observer un cas d'affection aortique et valvulaire consécutive à un traumatisme. Il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans, ayant toujours joui d'une très bonne santé, qui reçut, le 24 septembre 1899, un coup de pied de cheval sur le côté gauche de la poitrine. Deux mois plus tard, on reconnut chez lui l'existence d'une insuffisance aortique.

Le malade ayant succombé au mois de mars dernier, l'autopsie permit de constater que les cinquième, sixième, septième et huitième côtes gauches avaient été fracturées à la suite de l'accident; en outre, on s'aperçut que le péricarde adhérait à la surface du cœur et que les tuniques interne et moyenne de la première portion de l'aorte avaient été déchirées transversalement dans une étendue de 2 centimètres. Une des valvules de l'aorte était aussi rompue en partie seulement.

L'origine traumatique de ces lésions n'était pas douteuse, car il n'existait aucune altération des tissus voisins.

La déchirure des tuniques internes de l'aorte est habituellement suivie de la production d'un anévrysme disséquant. Il semble que, dans ce cas, le développement de cette complication ait été rendu impossible par la diminution anormale de la pression sanguine, résultant de l'insuffisance aortique.

M. A. Fränkel. — J'ai observé autrefois un cas semblable dans le service de Traube et depuis j'ai eu plusieurs fois l'occasion de rencontrer des déchirures traumatiques de l'aorte.

Eléphantiasis consécutif à un érysipèle récidivant.

M. Max Cohn présente un homme de quarante-trois ans qui fut atteint, à la suite d'une adénite suppurée d'origine traumatique de la région inguinale gauche, d'un érysipèle ayant envahi tout le membre inférieur correspondant. Cet érysipèle a récidivé un certain nombre de fois au cours des dernières années, et il en est résulté un épaississement éléphantiasique de toute la peau de ce membre.

Il est probable que les différentes poussées érysipélateuses ont été provoquées par la réviviscence des streptocoques de l'ancienne adénite, car c'est toujours au niveau de la cicatrice qu'elles ont débuté.

M. Lipman-Wulf relate un certain nombre d'expériences concernant les conditions qui président à l'élimination du bleu de méthylène par les reins; il en conclut que ces organes ne jouent pas simplement le rôle de filtres, mais qu'ils sont doués, en outre, d'un véritable pouvoir d'excrétion.

Dr VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 24 novembre 1900.

De la cure radicale du cancer de l'utérus.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Schauta** a fait remarquer, à propos de la communication faite dans la séance précédente par M. Wertheim, qu'il est inutile d'aller à la recherche des ganglions lorsque ceux-ci ne paraissent pas dégénérés : outre les difficultés inhérentes à une pareille recherche, il est toujours malaisé de reconnaître si les ganglions sont ou ne sont pas envahis par la dégénérescence cancéreuse; et vouloir les enlever tous systématiquement augmente beaucoup les dangers de l'opération.

Quand les tissus péri-utérins ne sont le siège d'aucune altération, c'est à la voie vaginale qu'il faut donner la préférence, et même lorsque ces tissus sont infiltrés, on doit encore se borner à enlever l'utérus sans les ganglions, car le faible avantage que présenterait l'extirpation de ceux-ci ne compenserait pas les risques qu'on ferait ainsi courir à la malade.

M. Herzfeld croit aussi qu'il est impossible d'enlever complètement les ganglions infiltrés, cette infiltration pouvant s'étendre à la fois aux ganglions iliaques, hypogastriques, sacrés, lombaires et inguinaux; d'ailleurs, il ne faut pas oublier que les vaisseaux lymphatiques de l'utérus sont en communication avec ceux de la vessie, du rectum et du vagin; or, comme on ne saurait avoir la prétention d'enlever à la fois ces ganglions et ces vaisseaux, l'hystérectomie abdominale ne devient plus qu'une opération palliative, dont les résultats immédiats sont, du reste, assez mauvais.

M. Chrobak estime également que les dangers du procédé préconisé par M. Wertheim sont plus grands que ceux de l'opération vaginale; il pense que, même en tenant compte des progrès réalisés chaque jour dans la technique opératoire, jamais on ne parviendra à extirper tous les ganglions.

M. Latzko veut, au contraire, que l'on tente cette extirpation. A son avis, les risques de l'opération abdominale ne sont pas tellement grands, lorsqu'on a la précaution de placer les uretères en dehors du champ opératoire, que l'on doive renoncer à cette voie dans tous les cas de cancer de l'utérus.

M. von Erlach soutient que l'hystérectomie vaginale donne de meilleurs résultats que l'opération par la voie abdominale, qu'il s'agisse d'un cancer au début ou d'un cancer déjà avancé.

M. Wertheim reconnaît que l'extirpation de tous les ganglions infiltrés ne sera probablement jamais possible, mais cela n'empêche pas son procédé d'être plus radical et, partant, de donner de meilleurs résultats que les autres opérations.

Dr SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Du siège de la douleur provoquée par la percussion unguéale, au cours de la tuberculose pulmonaire, par M. ROUSSEL.

Au mois de mars dernier, M. Roussel, dans un travail où il étudiait un certain nombre de symptômes peu connus de la tuberculose pulmonaire au début, tels que les réflexes idio-musculaire (contraction du grand pectoral par la percussion de ce muscle), neuro-musculaire (flexion de l'avant-bras par contraction du biceps quand on percute le grand pectoral), inhibitoire (immobilité relative de la moitié du thorax correspondant à la lésion pulmonaire), etc., etc., faisait connaître un signe non encore décrit de la première phase de la tuberculose, consistant en ce que, lorsqu'on percute légèrement la poitrine avec l'extrémité du médius ou de l'index recourbé en crochet (*percussion unguéale*), on éveille une douleur plus ou moins vive. Cette couleur est manifeste surtout dans la région sous-claviculaire, au niveau d'une zone limitée en haut par la clavicule, en bas par la troisième ou la quatrième côte, et s'arrêtant en dedans à 3 ou 4 centimètres de la ligne médiane; en dehors, la région douloureuse en question s'étend souvent sur le moignon de l'épaule pour se continuer avec une zone d'hyperesthésie occupant la fosse sus-épineuse; plus rarement, la fosse sous-épineuse est également sensible à la percussion.

Diverses considérations avaient amené l'auteur à admettre que, dans ce cas, les phénomènes douloureux ont pour siège non la peau, mais les masses musculaires sous-jacentes. En effet, la pression, le pincement, voire la torsion des téguments seuls ne se montraient pas douloureux; de plus, la percussion déterminait toujours une douleur plus vive dans les espaces intercostaux que sur les côtes elle-mêmes, malgré la présence, dans ce dernier cas, d'un plan osseux immédiatement sous-jacent. Somme toute, cette localisation de l'hyperesthésie était une hypothèse, mais une observation nouvelle vient d'en apporter à M. Roussel une démonstration fort élégante.

Il s'agit d'une jeune femme présentant au sommet droit des signes non douteux de tuberculose pulmonaire à la première période (respiration rude, expiration prolongée, submatité prononcée, diminution des vibrations thoraciques). Or, bien que cette malade, qui est hystérique, présente une hémianesthésie complète de toute la moitié droite du corps, au point que l'on peut traverser avec une aiguille un pli de la peau sans déterminer même une sensation de contact, la percussion immédiate légère pratiquée selon le procédé de l'auteur provoque une vive douleur dans la région sous-claviculaire et dans la fosse sus-épineuse du côté droit.

Cette hyperesthésie cutanée est attribuée par M. Roussel soit à une névrite réflexe, soit à une myosite par propagation ; elle se superposerait exactement, dans tous les cas, à des lésions de pleurite sèche du sommet. (*Loire méd.*, octobre 1900.) — F. F.

L'opération de Nassilov, par M. ANDRÈS F. LLOBET.

C'est en 1888 que Nassilov, après avoir étudié sur le cadavre l'accès de la portion thoracique de l'œsophage par le médiastin postérieur, a proposé d'utiliser cette voie dans la thérapeutique des affections siégeant sur la portion médiastinale de l'œsophage. Rehn a mis en pratique cette indication pour un cas de cancer et pour une sténose cicatricielle de l'œsophage. A son tour, M. Llobet a employé la même méthode, en suivant exactement la technique de Nassilov, chez une jeune fille atteinte d'un rétrécissement de l'œsophage siégeant à 26 centimètres des incisives; la lésion, consécutive à l'ingestion d'un liquide caustique, avait déjà nécessité la gastrotomie.

Ayant fait une incision verticale à quatre travers de doigt de la colonne vertébrale, du côté gauche, réséqué les quatrième, cinquième, sixième, septième et huitième côtes sur une longueur de 5 centimètres, et décollé la plèvre pariétale sans l'ouvrir, l'auteur put, en se guidant sur une sonde olivaire introduite dans l'œsophage, inciser successivement deux rétrécissements placés l'un au-dessus de l'autre. Une sonde molle en caoutchouc fut amenée par les fosses nasales jusque dans l'estomac, de façon à maintenir le calibre de l'œsophage, qui ne fut pas suturé. L'intervention fut terminée par une suture partielle des plaies musculaires et de la peau, en laissant un drain à la partie moyenne de l'incision.

L'opération fut laborieuse, en raison du siège des rétrécissements sur le segment de l'œsophage qui s'incline à droite, l'incision ayant été faite à gauche, et, pour le deuxième rétrécissement surtout, M. Llobet pense qu'il aurait été préférable d'opérer du côté droit. La malade a succombé au huitième jour à une pleurésie purulente.

L'auteur, à propos de cette observation, déclare que l'opération de Nassilov lui paraît indiquée pour les rétrécissements peu perméables ou infranchissables de l'œsophage, pour l'extraction de corps étrangers et l'ouverture des abcès du médiastin postérieur, et enfin pour l'ablation de certaines tumeurs; mais il pense qu'elle est inapplicable à la plupart des cas de cancer de l'œsophage, à cause des difficultés d'une large exérèse et surtout d'une suture

parfaite des deux bouts du conduit réséqué. Comme Nassilov, il conseille de faire l'incision à gauche pour la partie supérieure de l'œsophage thoracique et à droite pour sa partie inférieure. (*Rev. de chir.*, nov. 1900.) — M. C.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Die Aetiologie der geburtshülflichen Dammverletzung und der Dammschutz — Les déchirures du périnée pendant l'accouchement et leur prophylaxie, par M. Krantz. In-8°, 108 p. Wiesbaden, 1900.

La monographie que M. Krantz vient de consacrer aux déchirures obstétricales du périnée est divisée en deux parties :

Dans la première, l'auteur étudie toutes les causes, lointaines ou immédiates, susceptibles de déterminer cet accident. Il les distingue ainsi en causes *indirectes*, se faisant sentir pendant que la présentation traverse le bassin osseux, et en causes *directes* qui entrent en jeu seulement au moment de la rotation de dégagement; au point de vue de leur origine, toutes ces causes se rapportent à des cas de dystocie, agissant tantôt par le mécanisme indirect (viciations pelviennes, trouble des forces expulsives), tantôt par le mécanisme direct (anomalies de la présentation ou des parties molles du détroit inférieur), tantôt enfin des deux manières à la fois (présentations vicieuses).

Nous ne suivrons pas M. Krantz dans l'examen détaillé qu'il fait de chacune de ces dystocies envisagée comme source de déchirures du périnée; mais, pour donner une idée de la complexité des facteurs qui interviennent dans la pathogénie de cette lésion, nous résumerons l'étude qu'il fait du mode d'action des bassins viciés à ce point de vue :

D'abord, la viciation pelvienne, en entravant l'engagement de la présentation à la fin de la grossesse, aboutit fréquemment à la production de présentations anormales (face, siège, épaule) que vient encore compliquer parfois la procidence d'un membre ou du cordon; ensuite, la difficulté de l'accouchement produit des troubles des contractions utérines qui, trop violentes, précipitent l'expulsion d'une façon dangereuse, ou bien, trop faibles, nécessitent une intervention, — deux éventualités également fâcheuses pour le périnée. D'autre part, au cours du travail, le séjour prolongé de la tête dans la cavité pelvienne, par suite du rétrécissement de celle-ci, provoque souvent un œdème qui, intéressant d'abord les parties internes seules, ne tarde pas à se propager à la vulve et au périnée, dont il diminue la résistance. Enfin, les difficultés que rencontre le mouvement de descente de la tête facilitent la transformation de la présentation normale du sommet en occipito-postérieure, ce qui diminue également les chances de conserver le périnée intact.

Nous n'insisterons pas davantage sur les indications qui découlent, au point de vue spécial qui nous occupe, des particularités de chaque cas de dystocie, car elles se confondent avec le traitement de la dystocie elle-même. Nous ne ferons que relever quelques points dignes d'intérêt : l'auteur conseille d'essayer toujours l'expression du fœtus (manœuvre de Kristeller) avant l'application du forceps. Les tractions exécutées avec les fers sur une tête haute étant régulièrement funestes pour le périnée, M. Krantz pratique l'« impression de la tête » par la paroi abdominale (procédé de Hofmeier), de façon à pouvoir appliquer le forceps sur la tête basse. En cas d'œdème du périnée, des scarifications lui paraissent utiles. Enfin, il estime que, quelque défavorables que soient les conditions dans lesquelles on se trouve, une épisiotomie pourra et devra toujours empêcher la production d'une déchirure *complète*, entamant le sphincter et la muqueuse du rectum.

Dans la seconde partie de son livre, M. Krantz décrit en détail la technique de la préservation du périnée; il pose en règle générale qu'il faut empêcher que la rotation finale de la tête, première ou dernière, ne se fasse trop rapidement; en outre, il faut se placer, et placer la parturiente, de telle sorte qu'on puisse s'assurer *de visu* à chaque instant comment se comporte le périnée.

En cas d'extraction du fœtus la tête dernière, voici la manœuvre qu'il préconise : la femme est couchée sur le bord du lit; après avoir, par le procédé de Mauriceau-Levret (Veit-Smellie), abaissé la tête et dégagé la face jusqu'aux orbites, l'accoucheur, qui s'est placé un peu de côté, confie les pieds de l'enfant à la sage-femme qui les attire en haut; alors sa main inférieure quitte la bouche fœtale pour se poser sur le périnée, tandis que deux doigts de l'autre main, le coude étant tenu relevé, sont introduits dans la bouche et s'appuyent sur la mâchoire inférieure. Dans cette position, l'opérateur a la force nécessaire pour régler la rotation finale, tandis que le périnée reste bien visible. L'enfant ayant, de plus, la tête basse et la bouche hors de la vulve, dans une position qui est favorable à l'évacuation des glaires aspirées et qui lui permet même, sans danger d'asphyxie, de commencer à respirer, on n'a pas besoin de précipiter ce dernier temps, si funeste, en général, pour le périnée. M. Krantz emploie aussi la manœuvre de Rubeska, qui n'est qu'une modification de la précédente : le pouce de la main inférieure, introduit dans la bouche de l'enfant, s'appuie sur le maxillaire supérieur, tandis que les quatre autres doigts de la même main sont placés sur le périnée postérieur, comme dans la manœuvre de Ritgen; avec cette même main qui maintient le plancher périnéal, on peut alors diriger le mouvement terminal de la tête. La manœuvre de Ritgen est recommandée pour terminer la rotation finale de la tête première, en cas d'extraction par le forceps, ce dernier étant enlevé dès que le front se trouve assez bas pour qu'on puisse le saisir à travers le périnée postérieur.

Pour les accouchements normaux, l'auteur préconise la position de Sims, qui rend facile l'inspection du périnée. L'accoucheur est assis derrière la parturiente, sur un siège bas; il place une main sur la tête fœtale qui se présente à l'anneau vulvo-vaginal, de façon que les bouts des doigts se posent sur l'occiput, au-dessous de la symphyse pubienne, tandis que la bosse séro-sanguinolente, d'abord, et, plus tard, les diverses parties de la tête à mesure qu'elles se présentent, est saisie dans la paume de la main; de la sorte, la tête du fœtus est maintenue solidement et l'opérateur peut résister à toutes les tentatives d'expulsion rapide faites par la parturiente. Les doigts, placés comme il vient d'être dit, exercent, pendant chaque contraction utérine, une pression en avant et en bas ayant pour but de faire avancer l'occiput, tout en retenant la partie antérieure de la tête jusqu'à ce que la nuque soit entièrement dégagée. A ce moment, la seconde main exerce, à travers le périnée postérieur, une pression sur le front ou le menton fœtal et provoque ainsi la rotation de dégagement.

M. Krantz conseille de s'opposer au passage simultané des deux pariétaux par le détroit inférieur; il faut, au contraire, diriger la tête de manière qu'ils passent l'un après l'autre, la tension transversale étant ainsi notablement diminuée.

En ce qui concerne les épaules, on doit seulement, à son avis, favoriser le mécanisme naturel; par conséquent, si l'épaule antérieure se présente d'abord, ce qui est le cas le plus fréquent, on retient l'épaule postérieure dans l'excavation sacrée jusqu'à ce que la première ait entièrement franchi le détroit; dans le cas contraire, on facilite le passage de l'épaule postérieure en soulevant énergiquement la tête fœtale. Enfin, quand l'extraction présente des difficultés, la manœuvre externe de Kristeller est indiquée. — E. W.

Dilatation aiguë du cœur et cœur mobile, par M. A. Hoffmann.

La question de la dilatation aiguë du cœur a acquis dans ces derniers temps une importance particulière, Henschen l'ayant constatée dans les maladies les plus différentes, ainsi que chez des individus sains après un effort musculaire considérable; cette lésion se traduit par une déviation du choc de la pointe à gauche et par l'augmentation en largeur de la matité cardiaque.

D'autre part, certains auteurs ont émis l'opinion que la dilatation cardiaque constatée si fréquemment chez les chlorotiques n'est qu'apparente, et qu'il s'agit, en réalité, d'une rétraction des bords du poumon, combinée avec une élévation du diaphragme; M. Hoffmann a pu mettre directement en évidence cette position anormale de la moitié gauche du diaphragme à l'aide des rayons de Röntgen. Mais on n'a pas, jusqu'à présent, retrouvé cette anomalie dans d'autres affections que la chlorose, bien qu'elle existe en réalité et qu'il soit nécessaire de se mettre en garde contre l'erreur qu'elle peut déterminer, et qui consisterait à prendre un cœur dévié pour un cœur dilaté.

Pour que ce déplacement se produise, il faut, d'ailleurs, que le cœur présente une mobilité exagérée. M. Hoffmann cite une observation assez démonstrative à cet égard : le malade qui en fait l'objet souffrait depuis plusieurs mois de troubles qu'il attribuait à une affection cardiaque : mauvais sommeil, sensation de lourdeur à la tête, agitation et symptômes nerveux, palpitations surtout nocturnes, avec angoisse précordiale mais sans dyspnée; cet état cessait dès que l'on réussissait à fixer l'attention du patient. A l'examen, M. Hoffmann constata une zone relativement mate, limitée en haut par le bord supérieur de la troisième côte, atteignant à droite le milieu du sternum et s'étendant, à gauche, jusqu'à 2 centimètres en dehors de la ligne mamillaire, où l'on percevait le choc de la pointe. A l'auscultation, tous les bruits étaient normaux. Pas de souffle, pouls fort, régulier, battant 76 fois à la minute. La matité du foie commençait à droite au niveau du bord inférieur de la cinquième côte et s'étendait jusqu'à la limite supérieure du thorax. Quand le malade se couchait sur le côté gauche, la pointe du cœur battait à 5 centimètres de plus à gauche, tout en restant dans le cinquième espace intercostal. Le sujet pouvait exécuter des exercices de gymnastique sans que son pouls s'accélérât d'une façon anormale. Il ne présentait, en outre, ni cyanose, ni aucun signe de stase veineuse.

Au bout de deux jours de régime combiné avec l'emploi de laxatifs, la matité du foie ne s'étendait plus que jusqu'à la sixième côte, le choc de la pointe était perceptible en dedans de la ligne mamillaire et la matité cardiaque avait diminué en proportion.

Dans ce cas, la dilatation apparente du cœur était due à l'élévation du diaphragme associée à une mobilité cardiaque anormale; ce qui le prouve bien, c'est qu'on pouvait à volonté reproduire chez ce malade l'état décrit ci-dessus — de même que chez un second patient observé par l'auteur —, en distendant l'estomac par l'administration de bicarbonate de soude et d'acide tartrique.

Il est donc nécessaire, avant de diagnostiquer une dilatation du cœur, de s'assurer de la position du diaphragme ainsi que de la mobilité cardiaque; mais il est difficile de déterminer exactement la position de la moitié gauche du diaphragme autrement que par la radiographie, la voûte diaphragmatique étant généralement plus élevée de 1 centimètre et demi à 2 centimètres à gauche qu'à droite. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 mai 1900.) — A. J.

De la stase veineuse par compression du thorax, par M. G. Perthes.

L'auteur avait attiré l'attention des chirurgiens, il y a peu de temps, sur un syndrome particulier produit par la compression violente de l'abdomen et du thorax, et consistant en une forte hyperémie veineuse de la tête et du cou avec formation d'ecchymoses multiples (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 334). Une nouvelle observation, recueillie dans le service de M. Trendelenburg, à Leipzig, vient confirmer la valeur de ce syndrome.

Une femme de vingt-sept ans fut serrée au niveau du thorax entre deux parties d'une machine à filer. Un témoin de l'accident remarqua qu'au moment de la compression la figure de la blessée se cyanosa et que ses yeux devinrent proéminents. La machine s'arrêta spontanément, et la patiente put être délivrée au bout de trente secondes environ.

A son arrivée à l'hôpital, elle avait un pouls petit, mais régulier, battant 104 fois à la minute; la tête était tuméfiée, les lèvres épaisses, les yeux saillants, les paupières enflées; la face présentait une teinte bleuâtre foncée diffuse, avec de nombreuses sugillations miliaires. Cette coloration remarquable s'étendait jusqu'au milieu du cou et contrastait nettement avec la peau normale. On pouvait constater aussi, au niveau des clavicules et de l'épaule droite, de nombreuses petites ecchymoses dont la disposition formait un dessin reproduisant les coutures et les plis de la chemise de la blessée.

Un examen plus minutieux permit de noter encore la présence de petites ecchymoses sous-conjonctivales. Le méat auditif renfermait des deux côtés du sang frais, et le *speculum auris* révéla la présence de nombreuses ecchymoses miliaires dans les deux tympans, une extravasation plus étendue à la périphérie du tympan gauche, et la rupture du tympan droit. Les muqueuses buccale et pharyngienne étaient cyanosées et présentaient de nombreuses ecchymoses. La clavicule gauche était fracturée en son milieu, ainsi que les septième et huitième côtes du côté droit. L'abdomen n'offrait rien de particulier; les urines ne renfermaient pas d'albumine.

La tuméfaction de la tête diminua rapidement et disparut complètement au bout de huit jours; les extravasations sanguines, qui pâlirent également très vite, persistèrent le plus longtemps au niveau des paupières et des conjonctives. L'état général s'améliora bientôt et la guérison survint sans complication.

Des recherches faites sur le lieu de l'accident démontrèrent que le thorax, qui mesurait à l'état normal, au niveau de la partie comprimée, 33 centimètres de diamètre, avait été réduit à 20 ou 25 centimètres. La compression n'avait pas pu porter sur l'abdomen. Le dessin des coutures et des plis de la chemise, que nous avons mentionné plus haut, s'explique par le fait que ce vêtement, étroitement appliqué sur le corps au moment de l'accident, avait empêché par sa pression les extravasations sanguines de se produire au niveau de ses plis.

Des expériences que M. Perthes institua sur des lapins ne réussirent qu'à amener la formation de très légères ecchymoses des oreilles. L'auteur attribue ce résultat négatif à ce que la veine jugulaire, chez cet animal, est munie de fortes valvules, contrairement à ce qui a lieu chez l'homme. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 3-4.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS ITALIENNES

L'action de certains cardiotoniques et de quelques pratiques hydrothérapiques sur la pression artérielle au cours des infections, avec quelques considérations sur le traitement de la fièvre, par M. F. Mercandino.

Dans nombre de maladies infectieuses, peu graves en elles-mêmes, c'est au cœur qu'est le danger et le collapsus cardiaque est une des causes de mort les plus habituelles. De là l'importance du rôle joué par les cardiotoniques dans le traitement de ces affections. Mais l'efficacité des médicaments en question n'est rien moins qu'indiscutable, et, pour certains auteurs, ils seraient même souvent plus nuisibles qu'utiles. Aussi M. Mercandino a-t-il eu l'idée d'étudier, au moyen du sphygmomanomètre de Riva-Rocci, l'effet des cardiotoniques les plus usités sur la pression cardiaque dans quelques infections, plus spécialement dans la fièvre typhoïde et la pneumonie.

Le résultat de ces recherches est peu encourageant. C'est ainsi que, chez 10 malades, le camphre, sur lequel de si brillantes espérances ont été fondées, est resté 3 fois sans action sur la pression artérielle; chez les 7 autres sujets, l'élévation qu'il a déterminée a varié de 3 à 10 millimètres de mercure. En ce qui concerne le pouls, il a le plus souvent été légèrement ralenti (diminution de 2 à 14 pulsations); dans un cas il n'a pas été influencé, dans un autre il a été accéléré de 2 pulsations.

La caféine n'a pas donné de meilleurs résultats. Sur 8 cas, elle est 3 fois demeurée inactive au point de vue de la pression sanguine; chez les 5 autres malades, cette dernière a subi une élévation comprise entre 3 et 8 millimètres. Le pouls, non influencé dans un cas, a été augmenté de 4 pulsations dans 2 autres faits, et quelque peu ralenti (de 4 à 11 pulsations) dans les 5 derniers.

Nous ne pourrions que nous répéter au sujet du strophantus (qui, chez un pneumonique au cinquième jour, a même légèrement abaissé la pression artérielle), de l'éther, presque toujours inactif, de l'alcool administré sous forme de vin de Marsala. Ce dernier médicament aurait cependant une influence assez marquée sur la pression : sur 10 cas, il l'a accrue 2 fois de 20 millimètres, 1 fois de 14; malheureusement cet effet utile est inconstant.

La conclusion que l'auteur tire fort légitimement de ces recherches, c'est que les cardiotoniques, dans les maladies infectieuses, ont une action peu marquée, d'autant moins marquée que l'infection est plus grave, et, partant, l'indication plus urgente.

Il n'en va pas de même, heureusement, des pratiques hydrothérapiques. M. Mercandino a étudié à ce point de vue le bain froid, le bain progressivement refroidi, le bain tiède (à 30°), enfin les enveloppements humides.

Avec le premier de ces moyens, la pression a toujours été relevée (en moyenne, sur 13 cas, de près de 13 millimètres), tandis que le pouls manifestait une diminution moyenne de 15 pulsations. Le bain progressivement refroidi et les enveloppements humides ont un effet analogue, mais moins énergique; l'action du bain tiède est plus faible encore, et, d'ailleurs, inconstante.

De ces données, l'auteur a cru pouvoir déduire un traitement rationnel de la fièvre, dont voici les éléments : selon l'âge du sujet, sa constitution, la façon dont il réagit, la gravité de l'infection, le degré de la température, il met en œuvre soit le bain froid, soit le bain refroidi, soit même le bain tiède, réservant les enveloppements humides pour l'intervalle des bains (il n'en peut donner, pour des raisons de service, plus de trois par jour) et pour la nuit.

Quand la température rectale, malgré le traitement hydrothérapique, se maintient quelques jours aux environs de 40°, il fait prendre, le soir, de 1 gramme à 1 gr. 50 centigr. de chlorhydrate de quinine. Il prescrit aussi ce médicament lorsqu'il existe une contre-indication à l'emploi des bains : hémorrhagie intestinale, par exemple. (*Gazz. med. di Torino*, 19 et 26 juillet, 2 et 9 août 1900.) — F. F.

Sur la présence, dans le sang, de globules rouges colorables à froid par le bleu de méthylène, par MM. L. D'Amato et P. Villari.

Il y a plus de deux ans, un auteur italien, M. Poggi, publiait les observations d'un certain nombre de sujets atteints d'anémie grave, dans le sang desquels il avait trouvé des globules rouges remarquables par ce fait qu'ils se coloraient à froid sous l'influence du bleu de méthylène. Ce seraient là des éléments jeunes et imparfaits témoignant d'une régénération incomplète du sang et dont la présence serait, pour M. Poggi, l'indice des formes les plus sévères d'anémie. Les très rares auteurs qui ont fait, depuis 1898, des recherches sur ce point ont, d'une façon générale, confirmé les données que nous venons de rappeler, tout en signalant l'existence accidentelle des hématies en question chez des individus normaux.

C'est l'étude de cette question que viennent de reprendre MM. D'Amato et Villari dans le service de M. le professeur Cardarelli (de Naples).

Les résultats auxquels ils arrivèrent tout d'abord confirmaient ceux de M. Poggi. En effet, ils rencontrèrent les globules *cyanophiles*, comme ils les appellent fort heureusement, chez 3 jeunes filles atteintes d'anémie essentielle. Ces éléments étaient encore plus nombreux dans un cas de maladie de Banti; ils existaient également dans 2 autres faits d'anémie secondaire, l'un par cirrhose paludéenne, l'autre par cachexie syphilitique, ainsi que chez un leucémique.

Les auteurs, poursuivant leurs recherches, examinèrent ensuite le sang de plusieurs sujets atteints d'affections ne retentissant pas d'une façon spéciale sur les fonctions hématopoiétiques (syphilis hépatique, polyadénite tuberculeuse, cancer de l'estomac, sténose duodénale, cancer secondaire du foie, diabète grave), et chez tous ils purent constater la présence d'éléments cyanophiles.

Mis en défiance par ce fait, ils eurent alors l'idée de rechercher les mêmes éléments dans le sang d'individus normaux : or, chez 21 personnes qui se prêtèrent à cet examen, ils trouvèrent toujours des hématies cyanophiles. Il est juste d'ajouter, d'ailleurs, qu'elles y étaient beaucoup moins nombreuses que chez les anémiques.

Bien que MM. D'Amato et Villari estiment que le nombre des globules dont il s'agit peut, dans certains cas, apporter quelque lumière au diagnostic, il semble bien que la présence *constante* de ces éléments dans le sang d'individus sains leur enlève presque entièrement la valeur diagnostique que leur avait attribuée M. Poggi. (*Riv. critica di clinica medica*, 28 juillet et 4 août 1900.) — F. F.

PUBLICATIONS RUSSES

Kraurosis vulvæ, par M. G. Himmelfarb.

Le *kraurosis vulvæ* est une affection rare, puisque M. Himmelfarb n'en a trouvé, dans la littérature médicale, que 68 cas, y compris les faits simplement mentionnés au cours de discussions dans les Sociétés savantes et ceux pour lesquels le diagnostic a été plus ou moins douteux.

Le cas relaté par l'auteur a trait à une femme de trente-quatre ans ayant eu trois enfants et une fausse couche, celle-ci trois ans auparavant. Dès lors, la menstruation, jusque-là régulière, modérée et indolore, devint très abondante et douloureuse. Il y a deux ans, la patiente a commencé à ressentir, au niveau des organes génitaux externes, du prurit, en même temps qu'elle éprouvait une certaine difficulté à uriner. Depuis six mois, ces phénomènes se sont fortement accentués, et il est venu s'y ajouter de l'incontinence des urines ainsi qu'une sensation de tension, parfois même de véritables douleurs, du côté des parties génitales. A l'examen, les grandes lèvres apparaissent sous forme de deux plis peu saillants et qui se perdent insensiblement du côté du périnée endommagé par une déchirure ancienne. Les petites lèvres ne sont plus représentées que par deux lambeaux à peine visibles. Le vestibule est béant par suite de la déchirure du périnée. Les tissus de la région offrent une teinte nacrée, surtout marquée au niveau du capuchon du clitoris. La peau des organes génitaux, sèche et friable, présente un grand nombre de gerçures et se déchire à la moindre tension. Les parois du vagin sont hyperémiées et dépourvues de plis. La portion vaginale de la matrice est sensiblement diminuée de volume. La muqueuse utérine saigne facilement et les parois de l'organe paraissent amincies.

L'examen microscopique d'un fragment de peau de l'une des grandes lèvres a décelé l'existence d'une hyperplasie de l'épiderme (hyperkératinite) avec atrophie très accusée du chorion (disparition des papilles et du tissu élastique, absence complète des glandes sébacées et sudoripares, lésions dégénératives des vaisseaux, etc.).

A propos de ce cas, M. Himmelfarb fait une étude générale du *kraurosis vulvæ* et montre tout d'abord combien est encore obscure l'étiologie de cette affection qu'on a observée à tous les âges, pendant la grossesse aussi bien que chez des vierges et des femmes ayant dépassé l'âge critique. Veit a cherché, il est vrai, à établir un rapport de cause à effet entre le prurit vulvaire et le *kraurosis*, mais dans nombre de cas le prurit fait défaut ou n'apparaît qu'à une époque tardive, lorsque le ratatinement et l'atrophie des organes génitaux sont déjà très marqués.

Au point de vue symptomatologique, les sensations de tension, de brûlure et de gêne du côté des parties génitales, les douleurs à l'occasion du coït et pendant la miction, la vulnérabilité particulière des téguments existent presque toujours, tout en variant comme degré d'intensité. Le diagnostic n'offre pas de difficulté sérieuse dans les cas où les lésions sont assez avancées pour communiquer aux tissus, même examinés à l'œil nu, l'aspect caractéristique décrit ci-dessus.

L'affection évolue très lentement, mais il importe de tenir compte qu'elle peut s'aggraver de lésions cancéreuses à l'égard desquelles le *kraurosis vulvæ* semble constituer une condition prédisposante.

En ce qui concerne le traitement, l'excision de la vulve, proposée par Martin, paraît d'autant plus indiquée que, à en juger d'après les faits publiés jusqu'à présent, elle met à l'abri de récidives. (*Journ. akouch. i jénsk. boliézn.*, septembre 1900.) — L. CH.

Guérison durable d'un cas d'ictère grave, par M. S. Roudsky.

A l'heure actuelle, l'ictère grave est loin d'être considéré comme une maladie fatalement mortelle. Toutefois, certains auteurs ont émis, et récemment encore, l'hypothèse que les prétendues guérisons de cette affection ne seraient que des arrêts du processus morbide, celui-ci restant susceptible de reprendre son évolution sous l'influence d'une condition prédisposante quelconque. Le cas publié par M. Roudsky vient

à l'encontre de cette opinion et mérite, à ce titre, d'être signalé, d'autant plus que la guérison de l'ictère grave, sans être une rareté, ne s'observe cependant que dans la proportion de 2 à 4 % des faits.

Il s'agissait d'une femme, âgée de vingt-quatre ans, qui fut prise, au cours d'une grossesse, de troubles digestifs et cérébraux (délire, état soporeux et inconscience) avec ictère. Ces symptômes, joints à la présence d'amas globulaires de leucine dans les urines, à l'hypertrophie de la rate et à une diminution considérable de la matité hépatique, ne pouvaient laisser aucun doute sur la nature de l'affection : on avait évidemment affaire à une atrophie jaune aiguë du foie. Au second jour de la maladie, la patiente accusa des contractions utérines douloureuses et accoucha au septième mois d'un enfant vivant, mais qui ne tarda pas à succomber. A la suite de cet accouchement prématuré, on constata, dans l'état général de la malade, une amélioration assez sensible; cependant, la diminution de la matité hépatique, loin de rétrocéder, devint encore plus accusée, si bien qu'au sixième jour de l'affection, cette matité ne mesurait plus, dans le sens vertical, que 3 centim. 1/2 sur la ligne médiane et 8 centim. 1/2 sur la ligne mamelonnaire. Puis, le foie reprit, en l'espace de huit jours, son volume normal, en même temps que la convalescence se poursuivait sans encombre. Or, trois mois après avoir quitté l'hôpital, cette femme redevint enceinte; elle accoucha à terme, sans que la grossesse — qui avait joué le rôle de facteur étiologique à l'égard de l'ictère grave — eût eu, cette fois, le moindre retentissement sur la glande hépatique. La guérison se maintient depuis un an et demi. (*Vratch*, 28 octobre 1900.) — L. CH.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Substitution du charbon stérilisé à l'iodoforme dans le traitement des tuberculoses chirurgicales.

Depuis six mois environ, M. le docteur A. Fränkel, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Vienne, a substitué à l'iodoforme la poudre de charbon stérilisée dans le traitement des tuberculoses locales.

Après évidement des fragments osseux et de tous les tissus tuberculeux, notre confrère remplit la plaie opératoire avec de la glycérine contenant en suspension 10 % de poudre de charbon animal préparée exclusivement avec des os et stérilisée pendant dix à douze heures à l'autoclave à 150° ou 160°; puis il suture l'incision cutanée aussi hermétiquement que possible et applique un pansement aseptique qu'il laisse en place pendant deux à trois semaines.

Lorsque l'occlusion complète de la solution de continuité au moyen de sutures est impossible, il introduit dans la plaie des bandelettes de calicot blanc imprégnées d'un mélange de glycérine, d'alcool et de poudre de charbon stérilisée; ces bandelettes sont stérilisées encore une fois dans un appareil de désinfection à vapeur. Au bout de huit jours, il enlève le pansement et procède à l'extraction du tampon.

Ce qui frappe d'abord chez les sujets traités de la sorte, c'est qu'on n'observe pas les élévations considérables de température qu'on voit d'habitude survenir et persister pendant plusieurs jours à la suite des injections de glycérine iodoformée. Dans quelques cas seulement, M. Fränkel a noté une fièvre passagère et ne dépassant pas 38°.

Quant à l'influence exercée par le charbon sur la plaie opératoire, elle a été, dans les observations de notre confrère, tout aussi favorable que celle de l'iodoforme. De même que ce dernier médicament, la poudre de charbon a pour effet de tarir les sécrétions, de favoriser la prolifération cellulaire et d'amener une cicatrisation rapide, laquelle jusqu'ici n'a jamais été suivie de récidive locale.

Dans les essais de M. Fränkel, la poudre de charbon ne s'est montrée inférieure à l'iodoforme que comme agent de désodorisation. Aussi, lorsqu'il s'agit de cure radicale d'otorrhée chronique ou de nécrose maxillaire avec écoulement fétide, y a-t-il avantage à employer l'iodoforme. Mais, abstraction faite de ce cas spécial, partout où il s'agit de stimuler le développement des bourgeons charnus ainsi que la cicatrisation des plaies récentes et de tarir les sécrétions, la poudre de charbon doit être préférée à l'iodoforme.

Un seul inconvénient, d'ailleurs évitable, de la méthode, c'est qu'elle détermine parfois une pigmentation noirâtre de la cicatrice, due à ce que, au moment du pansement, des grains de charbon ont pu pénétrer dans l'épaisseur du derme.

Le formol contre les hémorrhagies utérines.

Au commencement de l'année, nous avons eu l'occasion de signaler à nos lecteurs la pratique de M. le docteur Ranelletti, assistant aux hôpitaux de Rome, qui traite le cancer inopérable du col utérin par des badigeonnages avec une solution formalinée (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 10). Un des avantages attribués à cette médication par notre confrère italien serait précisément de mettre fin aux hémorrhagies qui accompagnent toujours cette forme de néoplasmes.

M. le docteur Gerstenberg (de Berlin) vient d'étendre les indications du formol en gynécologie. Il déclare, en effet, avoir pu arrêter des métrorrhagies d'origine diverse au moyen d'applications d'une solution d'aldéhyde formique.

Voici comment il procède à ces applications : après avoir saisi avec une pince-érigne la lèvre antérieure du col, il fait pénétrer dans la cavité utérine une sonde portant à son extrémité un tampon de ouate imbibé de la solution de formol à 40 %, à laquelle il imprime un mouvement de rotation entre les doigts. Selon les cas, il répète cette manœuvre deux ou trois fois. Après avoir retiré la sonde, il ne reste qu'à placer un tampon dans le vagin pour prévenir l'action irritante du caustique sur la muqueuse vaginale, et à recommander à la patiente de garder le lit pendant deux jours, si possible.

Ce mode de traitement, employé par notre confrère dans 6 cas avec le plus heureux succès, se montrerait particulièrement efficace contre les pertes sanguines de l'âge critique et contre celles que provoque l'endométrite hémorrhagique consécutive à l'avortement.

Outre son effet hémostatique, le formol agirait favorablement en excitant puissamment les contractions utérines.

L'ischémie artificielle comme procédé d'anesthésie chirurgicale pour les grandes opérations sur les membres.

On savait depuis longtemps que la compression circulaire d'un membre, telle qu'on la pratique d'après Esmarch lorsqu'on veut opérer sans effusion de sang, a pour effet d'insensibiliser les régions situées au-dessous du lien constricteur, cette anesthésie étant due à la fois à l'ischémie des tissus et à la compression des gros troncs nerveux ; on utilise même parfois cette méthode pour pratiquer sans douleur de petites interventions sur les doigts ou les orteils.

Mais ce qu'on paraissait ignorer jusqu'ici, c'est que l'analgésie obtenue de la sorte intéresse également tous les tissus de la partie rendue exsangue, même les os, de sorte qu'elle permet d'exécuter, sans faire souffrir le patient, les plus grandes opérations sur les membres. M. le docteur Jaboulay, chirurgien des hôpitaux de Lyon, a été à même de s'en assurer récemment dans 2 cas.

En effet, notre confrère a pu pratiquer sans la moindre douleur, après application du tube d'Esmarch à la racine du membre, une amputation de la jambe au tiers supérieur, ainsi qu'un curettage des os du poignet et de trajets fistuleux de la face dorsale de l'avant-bras. Même le sciage des os, chez le premier malade, n'a produit qu'une simple sensation d'ébranlement. Chez les deux patients, la guérison des plaies opératoires s'est effectuée sans encombre.

Lavements calmants contre l'éclampsie.

Il est reconnu que l'association de plusieurs médicaments doués d'une action thérapeutique analogue renforce la puissance curative de chacun d'eux. C'est ainsi qu'un mélange de chloral, de bromure de potassium, d'extrait de jusquiame et d'extrait de chanvre indien est employé couramment par les neurologistes comme hypnotique dans tous les états où l'éréthisme du système nerveux empêche le sommeil.

M. le docteur Popescul, assistant à la Maternité de Czernowitz, a eu l'idée d'utiliser une préparation analogue contre les crises d'éclampsie. Voici la formule préconisée par notre confrère :

Bromure de potassium. / Chloral	ââ 30 grammes.
Extrait de jusquiame .. / — de chanvre indien	ââ 0 gr. 25 centigr.
— de réglisse liquide (1).......	90 grammes.
Essence d'écorces d'oranges amères................	V gouttes.

On administre ce mélange en lavements, à la dose d'une cuillerée à bouche; il est rare qu'une quantité plus élevée soit nécessaire.

M. Popescul aurait employé cette médication dans un grand nombre de cas d'éclampsie ayant débuté avant ou pendant le travail, et toujours avec un succès complet.

L'acide iodique dans le traitement du trachome.

D'après un médecin militaire russe, M. le docteur Schiele, un procédé particulièrement efficace pour combattre la conjonctivite granuleuse et ses complications consisterait en des applications locales d'acide iodique — médicament introduit dans la thérapeutique par M. le docteur Ruhemann (Voir *Semaine Médicale*, 1894, p. 196) —, concurremment avec l'administration interne d'iodure de potassium ou d'iodate de soude.

Tout au début de la conjonctivite trachomateuse, notre confrère prescrit des instillations d'une solution d'acide iodique de 1 à 3 % dans le sac conjonctival; il obtient par ce moyen l'affaissement des follicules et des infiltrations, ainsi que la disparition de la photophobie et du larmoiement. A une période plus avancée de la maladie, M. Schiele badigeonne la conjonctive palpébrale avec une solution contenant 6 % d'iodure de potassium et 5 % d'acide iodique, puis il touche les granulations avec un crayon d'acide iodique comprimé; il pratique aussi le massage de la muqueuse atteinte, préalablement saupoudrée d'un mélange ainsi formulé :

Acide iodique	1 gramme.
Iodate de soude	5 grammes.
Acide borique porphyrisé.....	100 —

En ce qui concerne le traitement interne, notre confrère russe administre l'iodure de potassium aux doses usuelles ou bien, s'il existe des phlyctènes et des infiltrations de la sclérotique et de la cornée, il fait des injections hypodermiques d'un demi à un c.c. d'une solution d'iodate de soude à 10 %. Sous l'influence de ces injections, les complications scléro-cornéennes ne tarderaient pas à se dissiper.

L'opothérapie surrénale dans le traitement des affections broncho-pulmonaires.

Les effets vasoconstricteurs des capsules surrénales ont été utilisés dans le traitement de l'asthme avec congestion bronchique et dans celui des hémorrhagies gastro-intestinales (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 190 et p. 390). C'est sans doute par le même mécanisme qu'il faut interpréter les bons résultats que cette médication aurait donnés à M. le docteur S. Floersheim (de New-York) dans un certain nombre d'affections des voies respiratoires, telles que trachéo-bronchite aiguë, bronchite chronique, bronchectasie, congestion et œdème du poumon, hémoptysies, etc.

Dans toutes ces maladies, l'administration de 0 gr. 18 centigr. de substance surrénale desséchée, sous forme de tablettes, amènerait en quelques minutes un soulagement notable : la toux cesserait, l'expectoration, la dyspnée et les signes physiques de la lésion (râles, matité, etc.) s'amenderaient, les douleurs disparaîtraient; en cas d'hémoptysie, la perte sanguine serait rapidement enrayée.

Cette action du remède, parfois assez durable, est le plus souvent passagère; aussi, pour prolonger l'effet obtenu faut-il répéter d'heure en heure ou toutes les deux heures les prises de substance surrénale, toujours par doses de 0 gr. 18 centigr.

(1) On peut remplacer, dans cette formule, l'extrait de réglisse liquide par n'importe quel véhicule, voire par de l'eau.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu. — M. le professeur Brissaud.

Linite plastique; pylorectomie; guérison.

Depuis quelques années, les autopsies de linite plastique deviennent plus nombreuses. Nous entendons par là que, si les cas ne sont pas plus fréquents — ou moins rares —, on sait mieux les distinguer du squirrhe et les désigner sous leur véritable nom. En dépit de sa bizarrerie — peut-être même à cause de sa bizarrerie —, ce nom de *linite plastique*, proposé par Brinton, a eu la bonne fortune d'échapper à la critique. Il a le grand mérite de ne désigner qu'une seule chose, une seule lésion, sans prétendre décider de la nature de cette lésion. S'agit-il d'une tumeur, d'une inflammation, d'une sclérose, d'un œdème chronique? Sans doute, Brinton a une opinion et il n'en fait pas mystère. Il est disposé à croire que les faits groupés par Habershon sous le titre de *Maladie fibreuse du pylore* appartiennent à la catégorie des cirrhoses, et il déclare que le terme de *cirrhose stomacale* lui paraît le plus propre à exprimer cette assimilation. Mais il se méfie « des découvertes de l'avenir »; et, pour ne pas consacrer par un mot trop significatif une erreur dont « les découvertes de l'avenir » feraient justice, il propose d'emprunter le nom de la prétendue *maladie fibreuse du pylore* à ses deux caractères anatomiques les plus tranchés.

Quels sont ces caractères ?

1° La paroi de l'estomac est épaissie et ses vaisseaux paraissent enveloppés d'un tissu de lin (*rete ex lino factum*). La trame en est plus ou moins compacte. Elle n'est pas seulement superficielle; elle s'insinue dans la profondeur. Elle ne se limite pas au pylore; elle peut s'étendre à toutes les parties de l'estomac. Elle en triple, elle en quintuple l'épaisseur; elle peut la décupler.

2° Ce n'est pas une infiltration séreuse ou fibrineuse; c'est comme la formation spontanée d'un tissu non préexistant : voilà en quoi cette linite est *plastique*. Car, pour être capables de produire des éléments nouveaux, les milieux liquides devaient, selon l'ancienne doctrine, posséder l'*activité plastique*, « cette force qu'on supposait présider aux phénomènes de nutrition ».

Il faut savoir gré à Brinton d'avoir apprécié et prévu la toute-puissance d'un mot. Toutefois ce n'est pas à lui qu'on doit attribuer la priorité d'une découverte, qu'il n'a d'ailleurs jamais revendiquée, puisque déjà Habershon avait étudié la « Maladie fibreuse du pylore », et Handfield Jones la *sclérose fibroïde des tissus sous-jacents à la membrane muqueuse*. Il faut même remonter beaucoup plus haut dans le passé, car l'observateur incomparable qui nous a révélé la linite plastique, c'est Andral. La description qu'il en a donnée peut toujours être relue avec profit; pour être parfaite, il ne lui a manqué qu'un nom. Mais personne aujourd'hui ne disconvient qu'Andral en soit le père légitime; Brinton n'est que le parrain. Voici la description de la linite par Andral :

« Des différents points de l'estomac, celui dont le tissu cellulaire s'hypertrophie le plus souvent, c'est sans contredit son extrémité pylorique, ainsi que le pylore lui-même proprement dit. Pour peu qu'on se soit livré à des recherches d'anatomie pathologique, on a rencontré de ces cas où, dans une étendue de deux ou trois travers de doigt en deçà du pylore, existe une tumeur qui n'est appréciable qu'à l'intérieur de l'estomac, et, bientôt saillante extérieurement, peut être reconnue à travers les parois abdominales; cette tumeur est le résultat d'une hypertrophie cellulaire. Diverses lésions peuvent coïncider avec cette hypertrophie, puis modifient la nature de la tumeur, mais elles n'en déterminent ni la forme, ni le volume. Sensiblement en se rapprochant de la portion splénique de l'estomac, on voit le tissu cellulaire diminuer peu à peu d'épaisseur et reprendre par degrés son aspect normal. Quelquefois, l'hypertrophie est exactement bornée à l'anneau pylorique, et, au delà, on n'aperçoit rien de morbide dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Dans ces divers cas, l'orifice duodénal peut se présenter avec trois conditions différentes : 1° l'orifice peut avoir conservé son diamètre accoutumé; 2° il peut être rétréci; 3° il peut être dilaté. »

Il ressort de ce dernier passage que l'hypertrophie en question peut n'être qu'une lésion de rencontre, en d'autres termes qu'elle peut évoluer sans symptômes. Andral le laisse entendre lorsqu'il dit : « Pour peu qu'on se soit livré à des recherches d'anatomie pathologique, *on a rencontré de ces cas.* » Ne semble-t-il pas indiquer par là que l'autopsie a mis à jour quelque chose d'imprévu, de non soupçonné? D'ailleurs, lorsqu'il énumère méthodiquement les conséquences de l'hypertrophie, il prend soin de nous avertir que la lésion peut n'être pas oblitérante. Si l'orifice conserve son diamètre accoutumé, la circulation n'est pas interrompue entre l'estomac et le duodénum. A plus forte raison ne l'est-elle pas si l'orifice est dilaté; mais s'il est rétréci, les symptômes habituels de la rétention se manifestent nécessairement.

Cette dernière éventualité est de beaucoup la plus intéressante au point de vue pratique. Il ne s'agit plus, en effet, de constater sur le cadavre une simple modification de structure de la paroi gastrique. Il s'agit de rapporter à sa véritable cause un syndrome défini. Or, les conditions anatomiques d'où procède ce syndrome sont multiples. Quelles qu'elles soient, les accidents qu'elles entraînent sont de la dernière gravité. La chirurgie peut en avoir raison. Encore faut-il que le choix du procédé opératoire soit subordonné à un diagnostic solidement établi. Nous n'en sommes pas encore là. Aujourd'hui, pas plus qu'il y a trente ans, le médecin ne saurait dicter au chirurgien sa conduite; car c'est le médecin qui est consulté le premier, et il hésite toujours à affirmer l'existence de la linite plastique, « maladie rare, à symptomatologie confuse ».

Néanmoins, la difficulté n'est plus actuellement la même qu'au temps d'Andral et même de Brinton. Si nous ne sommes pas pleinement édifiés sur la nature de la lésion, nous savons d'abord qu'elle n'est pas primitivement cancéreuse, puis, qu'elle se comporte à la manière d'une *gastrite chronique*, du moins pendant un certain temps; nous savons ensuite qu'elle a un foyer d'origine constant : le pylore; et que, si elle peut s'étendre de proche en proche à la totalité de l'estomac, c'est toujours l'anneau pylorique qui est son point de départ (le nom de maladie fibreuse du pylore, proposé par Habershon, trouve dans ce fait sa justification). Nous savons, en outre, que la transformation « fibreuse » ou « fibroïde » ou « scléreuse » du pylore se propage au péritoine, comme l'avait déjà signalé Brinton, et que l'épaississement progressif de la séreuse peut ajouter au syndrome de la sténose simple un ensemble de symptômes abdominaux attribuables à la *rétropéritonite calleuse*. Tous ces progrès, nous les devons à Hanot et Gombault qui, dans un mémoire capital, ont posé les termes du double problème histologique et clinique.

Depuis la publication du travail de Hanot et Gombault, ce problème a-t-il du moins reçu un commencement de solution? Cela même est encore un problème. Les lésions sont invariables et identiques dans tous les cas; et tous les observateurs sont d'accord sur les faits. Tous reconnaissent l'exactitude rigoureuse de la description de Hanot et Gombault. Mais s'il s'agit d'interpréter ces faits, l'accord cesse. Et pourquoi le désaccord? Parce que, dans le tissu « fibreux » ou « fibroïde » ou « scléreux » qui forme la masse compacte du pylore hypertrophié, on aperçoit toujours des traînées plus ou moins nombreuses de cellules épithélioïdes sur la nature desquelles on n'est pas près de s'entendre. Les uns disent : ces cellules épithélioïdes sont des éléments *métatypiques;* donc la *tumeur* est *cancéreuse;* et les autres : ces cellules épithélioïdes sont des éléments gonflés et déformés d'*endothélium lymphatique;* donc la *tuméfaction* est *inflammatoire*. La première de ces opinions, brillamment défendue par Bret et Paviot, se fonde principalement sur un cas dans lequel les ganglions renfermaient des éléments de « cancer épithélial ». La seconde, émise d'abord par Hanot et Gombault, puis soutenue par Bouveret, repose sur la constatation bien plus fréquente d'un fait diamétralement contraire : « Les ganglions sont petits, rétractés, durs, atteints d'inflammation interstitielle. »

Quel parti prendre? — Pour le moment, il n'y en a qu'un : le parti d'attendre. Il faut compter sur des observations nouvelles, et la difficulté finira bien par s'aplanir. Il convient aussi, pour patienter, de revoir de plus près les cas déjà publiés, et de se demander si l'évolution clinique de la linite est plus conforme à celle du cancer qu'à celle de la gastrite, ou inversement. Il est certain que si la maladie n'avait que des symptômes à elle spéciaux, une marche à elle spéciale, la question ne se poserait pas.

Devons-nous la considérer toujours comme « une maladie rare à symptomatologie confuse »? Elle n'est pas si rare, avons-nous dit, qu'on le suppose; d'autant que les autopsies de cancer gastrique sont souvent négligées. On constate l'induration du pylore, et l'on s'en tient là. Qui sait si, parmi tant d'examens faits à la légère, la *Maladie fibreuse du pylore* n'a pas été quelquefois méconnue? Quant à la symptomatologie confuse, nous la voyons se dégager chaque jour plus nettement de certaines observations cliniques soigneusement recueillies. Il suffit d'en lire quelques-unes pour reconnaître des caractères dont la presque absolue constance peut nous mettre sur la voie. D'ailleurs, la meilleure preuve que la difficulté n'est pas insurmontable, c'est que le diagnostic de linite plastique a été déjà, non pas affirmé, mais présumé et vérifié. Témoin le cas recueilli par M. Deguy, dans le service de M. Gingeot, et publié dans les bulletins de la Société anatomique.

Nous avons étudié nous-même un malade très analogue à celui de MM. Gingeot et Deguy, et nous allons résumer son histoire :

C'est un homme de trente-quatre ans, chétif, maigre, d'une pâleur extrême, épuisé comme par une abondante perte de sang. Il entre à l'Hôtel-Dieu le 8 février 1900 pour des troubles gastriques, des vomissements, des douleurs abdominales. Il a de l'œdème malléolaire, se tient à peine debout tant il est faible, et dit que c'est la misère et la faim qui l'ont réduit à cet état. Ses explications et ses réponses sont difficiles à comprendre. Il a une manière de s'exprimer très spéciale, quelque chose comme le parler nègre. Nous devions apprendre plus tard, par sa mère, qu'il avait été, dès son enfance, inintelligent, fantasque, « pas comme les autres ». Il écrit aussi étrangement qu'il parle; et cependant il n'est pas maladroit. Il était gaucher, maintenant il est ambidextre; il exerce le métier de cartonnier et déclare avec une satisfaction enfantine qu'il y est passé maître. Sa débilité intellectuelle jointe à sa vanité lui ont fait gaspiller ses petites ressources et perdre son temps et sa santé. Il a fait quatre voyages en Algérie; il n'en sait plus exactement les dates. Il y est devenu alcoolique et syphilitique. Le chancre date de six ans. Les excès de boisson, et en particulier d'absinthe, remontent à treize ans.

A partir du commencement de 1899, ce malheureux, qui trouvait difficilement l'emploi de sa bonne volonté, resta sans travail et subit de terribles privations. Il ne mangeait pas tous les jours, mais il buvait. Au mois de mars de la même année, il eut la jaunisse. On le reçut à

l'Hôtel-Dieu annexe, où il resta deux mois. Il en sortit complètement guéri. Mai, juin, juillet se passent sans incident. En août, de nouvelles privations l'obligent à retourner à l'hôpital. Il est admis à l'Hôtel-Dieu en septembre. Pour la première fois à cette époque il eut des *douleurs gastriques et des vomissements;* il n'en avait pas eu lorsqu'il avait été soigné pour un ictère, six mois auparavant.

Les *vomissements* survenaient à la suite des repas, soit immédiatement, soit après une ou deux heures. Ceux qui se produisaient à la fin du repas étaient alimentaires; ceux qui se faisaient attendre étaient purement *aqueux* ou *glaireux*. L'horaire variait suivant les jours et, par conséquent, la nature du vomissement variait aussi. Jamais le liquide ainsi rejeté n'a renfermé de sang rouge ni de matières noires.

Les *douleurs* étaient, comme les vomissements, consécutives aux repas. C'étaient des sensations de fer chaud dans l'estomac, mais non des «douleurs en broche». D'ailleurs, il est assez difficile d'obtenir du malade des renseignements précis sur le passé, même peu éloigné. Il affirme qu'il n'a jamais eu de selles sanglantes ni de melæna. Pendant les deux mois passés à l'Hôtel-Dieu, il se rappelle n'avoir pris que du bicarbonate de soude et du charbon végétal; on ne lui ordonna même pas une alimentation spéciale.

Sorti de l'hôpital en novembre, voici qu'il y revient après quatre mois à peine, et nous venons de voir en quel état.

Les *vomissements* sont incessants; toute substance ingérée est rejetée, et, longtemps encore après le vomissement alimentaire, se produisent des vomissements aqueux, parfois très abondants. *L'estomac n'est pas dilaté.* La constipation est presque absolue.

Le malade est dans l'inanition. Il pèse 45 kilogrammes (avec de l'œdème des membres inférieurs et un peu d'ascite). Il émet en vingt-quatre heures 580 c.c. d'urines renfermant 4 gr. 75 centigr. d'urée, sans sucre ni albumine.

Nous l'immobilisons au lit et le soumettons au régime lacté — un verre de lait toutes les deux heures — auquel on associe une injection sous-cutanée quotidienne de cacodylate de soude.

Sous l'influence de ce régime, les troubles dyspeptiques s'amendent, la nutrition se relève et, dans l'espace d'une semaine, l'augmentation de poids est de 350 grammes.

Peu à peu, la ration de lait est portée à 3 litres. *Le malade absorbe et digère sans aucune difficulté.* Il cesse bientôt de souffrir et reprend des forces. Mais s'il veut essayer de tout autre aliment que le lait, les vomissements recommencent, ainsi que les douleurs. Après deux mois de ce régime, le 20 mai, il se permet un morceau de pain. Les anciens accidents éclatent de nouveau; une heure après l'ingestion du pain, il vomit; il passe toute la journée à souffrir; puis, le lendemain matin, il vomit encore et se sent soulagé.

Cependant la palpation de la région épigastrique produit une sensation de tension pénible. Les muscles droits antérieurs se défendent fortement. De temps en temps, une tuméfaction apparaît sous les fausses côtes gauches et s'avance vers la ligne médiane, comme une *onde* verticale, qui va mourir vers le bord externe du grand droit. Cette *onde péristaltique* revient périodiquement, de minute en minute. C'est la première fois que nous la constatons; mais le malade prétend l'avoir déjà vue et sentie plusieurs fois.

L'estomac est peut-être *légèrement dilaté*, si l'on en juge par la sonorité qui atteint presque une ligne horizontale passant par l'ombilic. Mais on ne peut pas provoquer de clapotage, tandis que, par certains mouvements brusques, le malade peut faire éclater des bruits de succussion.

Enfin, vers le point où vient disparaître l'onde péristaltique, entre le bord du muscle droit antérieur et le prolongement fictif de la dixième côte, on sent une *tuméfaction* dure, difficile à délimiter, *très peu mobile et non douloureuse.* Le foie est petit (9 centimètres de matité sur la ligne mamelonnaire); la rate n'est pas perçue à la percussion.

Jusqu'à cette date, le diagnostic inscrit en tête de l'observation était : *gastrite alcoolique.* La constatation d'une tumeur dans l'hypocondre droit, l'intolérance absolue de l'estomac survenue à la suite d'un écart de régime insignifiant, la contraction impuissante de la paroi se manifestant par l'onde péristaltique, tout enfin s'accordait pour rendre indubitable la présence d'un obstacle mécanique occupant le pylore. Diverses hypothèses furent passées en revue. La *gastrite alcoolique* fut maintenue, quoique au second plan; la lésion oblitérante occupait le premier plan. Mais de quelle nature était-elle?

La gastrite alcoolique et l'ulcère simple du pylore vont très souvent ensemble, relevant de la même origine et présentant les mêmes alternances d'aggravation et d'amélioration. Lorsque l'ulcère du pylore se cicatrise, la périgastrite est la règle et il en résulte une sténose analogue à celle dont notre malade avait tous les symptômes. Cependant l'anamnèse ne permettait pas d'affirmer ici l'existence antérieure de la phase ulcéreuse. Bien plus, elle la rendait improbable. M. de Massary (qui s'intéressait au malade et l'avait étudié avec le plus grand soin), se fondant sur l'ictère survenu six mois auparavant, considérait comme un *reliquat de duodénite* la tuméfaction perçue dans l'hypocondre droit et il diagnostiquait : gastrite chronique avec sténose fibreuse pylorique ou sous-pylorique.

Ce diagnostic qui devait être presque entièrement confirmé par la suite entraînait, pour sanction thérapeutique, l'intervention opératoire. Néanmoins, on pouvait attendre encore; d'autant que le malade, qui avait gagné du poids grâce à l'immobilité absolue et à une alimentation suffisante, demandait à renouveler la première expérience, cette fois sans écarts de régime.

La tentative ne fut pas heureuse. Les vomissements ne s'arrêtèrent plus. Le patient recommença à maigrir, malgré la persistance de l'appétit; les jambes s'infiltrèrent de nouveau. Le «passage en chirurgie» fut proposé et accepté. M. Delbet voulut bien examiner à son tour le malade; et, en présence d'une tumeur si volumineuse, si dure, si franchement pylorique, il parut ne pas comprendre les hésitations du diagnostic médical.

L'intervention fut donc décidée, et M. Delbet pratiqua la pylorectomie le 8 juillet 1900.

Au cours de l'opération, il apparut avec une entière évidence que l'ablation de la totalité de la tumeur était impossible. La masse indurée qui occupait le pylore se prolongeait, en effet, bien au delà de l'anneau, *à la face antérieure de l'estomac.* Toutefois, elle diminuait peu à peu d'épaisseur et de consistance, de droite à gauche, et il semblait ainsi que, partie du pylore, elle procédât à la façon d'un squirrhe envahissant. L'intervention paraissait donc ne pas devoir être heureuse. Nous allons voir bientôt qu'il en fut tout autrement.

Le néoplasme excisé, lorsqu'on l'eut entre les mains, se présentait sous la forme d'un cylindre coriace, de 5 à 6 centimètres de longueur sur autant de diamètre. La lumière du canal rétréci ne mesurait pas plus de 5 millimètres. La consistance des parois rappelait celle du myome ou du fibrome. Enfin, la section longitudinale, de la surface extérieure à l'axe du conduit central, permettait de distinguer immédiatement la superposition de trois couches concentriques où il était facile de reconnaître la musculeuse, la celluleuse et la muqueuse. L'épaisseur de ces trois couches atteignait, dans son ensemble, *deux centimètres et demi.* La muqueuse ne présentait ni ulcérations, ni érosions, ni ecchymoses, ni végétations, ni bosselures. On pouvait donc supposer encore — à l'extrême rigueur — que la tumeur était de nature squirrheuse. Mais la régularité parfaite des trois plans superposés laissait déjà présumer une lésion d'un tout autre ordre.

La conviction s'imposa dès le premier examen microscopique. Tous les éléments essentiels de la structure de la paroi étaient représentés et répartis suivant leur disposition normale. La seule différence (monstrueuse, il est vrai) consistait dans l'incroyable hypertrophie des deux tuniques externes.

Les descriptions histologiques de la linite plastique sont devenues, depuis le mémoire de Hanot et Gombault, assez nombreuses et assez précises pour qu'il nous paraisse inutile de reprendre par le menu l'énumération de faits universellement connus. Les coupes que notre interne, M. R. Monod, a préparées et étudiées avec nous démontrent l'identité de notre cas avec tous ceux qui ont fait l'objet de publications antérieures et qui sont, avons-nous dit, invariablement conformes aux constatations de Hanot et Gombault. Cependant il y a toujours dans chaque fait nouveau quelque particularité dont on croit pouvoir tirer parti pour conclure à la nature de la lésion. C'est encore cette question de *nature* qui reste la plus difficile à trancher dans le cas présent comme dans tous les autres. Or, deux points méritent d'être signalés :

1° Sous la tunique muqueuse, *dont les culs-de-sac glandulaires sont absolument normaux*, et qui ne se distingue d'une muqueuse saine que par une infiltration (par places très abondante) d'éléments embryonnaires entre les conduits des glandes pyloriques, on voit s'insinuer, à travers la *muscularis mucosæ*, des traînées de cellules épithélioïdes. Ce sont des *lymphatiques*, il n'y a pas à en douter; le réseau, formé par ces traînées anastomosées, est tout à fait caractéristique : il part de la muqueuse elle-même, et c'est dans les agglomérations interstitielles d'éléments embryonnaires qu'il a ses origines les plus nombreuses. Les cellules épithélioïdes paraissent augmenter de volume à mesure que les mailles du réseau s'éloignent de la muqueuse. Parvenues dans la sous-muqueuse, ces traînées d'éléments épithélioïdes forment, en de certains points, de véritables cylindres pleins et comme bourrés de cellules métatypiques (?). Pourtant quelques-uns d'entre eux ont, au centre de leur section transversale, un vide circulaire, très régulier et limité par une couche unique de cellules cubiques. A ne considérer que cette disposition, il est certain qu'on serait tenté de croire à une néoplasie d'origine épithéliale;

2° L'autre particularité consiste en ceci : la couche *sous-muqueuse* est proportionnellement beaucoup plus hypertrophiée que la musculeuse. Elle est formée, non plus d'un tissu lâche comme à l'état normal, mais d'un tissu compact. Elle adhère fortement à la tunique musculeuse, dont elle sépare les faisceaux sans les atrophier : s'il s'agit d'une sclérose primitive, ce n'est donc pas, comme le voulait Brinton, une *cirrhose* au sens ordinaire de ce mot. En effet, non seulement les faisceaux musculaires ne sont pas atrophiés, mais ils sont hypertrophiés. Il n'est pas douteux que cette hypertrophie de la couche musculaire, abstraction faite de son envahissement par la sous-muqueuse, eût été suffisante pour produire à elle seule un très notable épaississement de la paroi gastrique. Néanmoins, c'est l'hypertrophie de la sous-muqueuse qui constitue, dans le cas actuel, la *tumeur du pylore.* Il n'est même pas besoin du microscope pour s'en rendre compte.

La biopsie que nous devions à l'heureuse intervention de M. Delbet devait rester incomplète. Nous avons constaté que la muqueuse du pylore était presque absolument normale et saine; nous nous sommes rendu compte que la tumeur était simplement le fait d'une hypertrophie de la sous-muqueuse et de la musculeuse, celle-ci paraissant n'avoir été intéressée qu'en second lieu. Mais nous n'avons été renseigné que très médiocrement sur l'état du

péritoine. Existait-il, en arrière du pylore, des cicatrices ou une rétraction de l'épiploon gastro-hépatique?

La *rétropéritonite calleuse* signalée et décrite par Hanot et Gombault est inconstante. La linite plastique peut évoluer sans elle; plusieurs autopsies le démontrent formellement: c'est déjà là une preuve que l'envahissement de l'arrière-cavité des épiploons par la maladie fibreuse du pylore est secondaire à la lésion du pylore lui-même. Il n'en est pas moins vrai que le péritoine pylorique est toujours épaissi, et notre cas le prouvait une fois de plus.

Du fait que la production de tissu fibreux était surtout sous-muqueuse, est-il permis de conclure qu'il s'agissait de la linite plastique véritable, c'est-à-dire de la *sclérose hypertrophique sous-muqueuse primitive?* Toutes les lésions de gastrite interstitielle sont nécessairement plus accusées dans celle des trois tuniques de l'estomac qui est le mieux disposée pour leur évolution; et cette tunique est la sous-muqueuse.

Mais d'abord, peut-il être question de linite plastique quand on a affaire, en somme, à une *tumeur du pylore?*

La limitation de l'hypertrophie à la région pylorique est loin d'être exceptionnelle. Il est, en tout cas, certain que le maximum d'intensité de la lésion occupe toujours le pylore, dont la seule constitution est déjà comme une condition favorable à l'hypertrophie fonctionnelle. Nous répéterons que cette localisation prédominante au pylore est une règle absolue, et même que l'anneau pylorique est le foyer initial d'où se propage par la suite l'irritation hypertrophiante. Il faut donc se souvenir que la linite plastique peut, lorsqu'elle est encore limitée, simuler un cancer ou un rétrécissement par sclérose hypertrophique du pylore. Même circonscrite au sphincter pylorique, la linite est suffisamment différenciée par l'ensemble de ses caractères anatomiques et histologiques pour qu'on ne soit pas tenté de contester son existence ou qu'on hésite sur sa nature. En présence d'un fait de ce genre, M. Chaput se refusait à admettre qu'il eût sous les yeux une linite authentique: « Ce n'est pas à proprement parler, disait-il, la *vraie linite plastique* dans laquelle l'estomac *tout entier* est très épaissi et à peu près *uniformément* » (1).

Sans doute, le cas s'écartait du type des descriptions classiques. Mais pour ne pas accepter l'hypothèse d'un fait qui lui paraissait exceptionnel, M. Chaput recourait à l'hypothèse d'un fait plus exceptionnel encore. Il avait intitulé d'abord son observation: *rétrécissement musculaire du pylore.* En réalité, ce titre convenait à la lésion, puisque l'hypertrophie intéressait plus spécialement la couche moyenne de l'estomac. Il n'en est pas moins vrai que l'hypertrophie spontanée et primitive de la tunique musculeuse, sans irritation préalable, sans ulcération chronique de la muqueuse, sans dilatation ni coudure de la poche gastrique, est une lésion qui ne s'explique guère, et dont — chose plus grave — la réalité est encore problématique. Dans une communication ultérieure, et avec la collaboration de Pilliet, M. Chaput (2), édifié sur la nature du rétrécissement par l'examen des coupes microscopiques, ne reculait plus devant le diagnostic véritable: « Il s'agit d'une linite plastique de Brinton sans cancer apparent. »

Si j'insiste sur l'observation si complète et si instructive de M. Chaput, ce n'est pas pour critiquer le premier diagnostic — d'ailleurs provisoire — porté par mon collègue: c'est parce que la linite dont il a, en définitive, constaté l'existence était un des spécimens les mieux caractérisés et même les plus communs de l'espèce; c'est aussi et surtout parce que les symptômes et les lésions étaient en quelque sorte identiques aux symptômes et aux lésions en présence desquels nous avons hésité nous-même.

Mais la démonstration histologique est-elle péremptoire? Lorsque la linite est circonscrite au pylore, qu'y a-t-il qui la distingue des rétrécissements simples? Quelle différence a-t-on reconnue entre un rétrécissement quelconque (d'origine interstitielle) et le processus de la linite?

Tout d'abord, une question: Existe-t-il un rétrécissement primitif du pylore, sans cancer, sans ulcère, sans gastrite chronique? Et, seconde question: Si un tel rétrécissement existe, toutes les tuniques de la paroi pylorique y participent-elles en même temps et au même degré? En d'autres termes existe-t-il une *sclérose en masse du pylore?*

Les classiques ne fournissent pas, sur ce point, de renseignements très explicites. C'est là déjà une preuve que le rétrécissement primitif du pylore est rare. Les articles consacrés à la *sténose* ne mentionnent qu'incidemment la *sclérose*. Il n'y a guère qu'une maladie qui produise de ces scléroses en masse: la syphilis.

Ainsi, on serait tenté de croire que la syphilis — qui est capable de tout — n'oublie pas le pylore et qu'elle y produit des rétrécissements scléreux comme au larynx, à l'œsophage, au rectum. Certes, il ne manque pas d'observations de syphilis gastrique. M. Galliard en a réuni un certain nombre (1), mais la plupart sont relatives à des formes érosives et superficielles, et, comme elles appartiennent presque toutes à la période secondaire de l'infection, M. Galliard considère qu'il s'agit de véritables syphilides *muqueuses*.

Les *gommes* sont plus exceptionnelles. On n'en compte guère qu'une douzaine de cas authentiques. D'ailleurs, elles sont, en général, exclusivement sous-muqueuses. Elles ont quelquefois pour conséquence des ulcérations et, ultérieurement, des cicatrices. C'est en vertu de cette évolution qu'est réalisée la sténose du pylore, processus secondaire dont la localisation est subordonnée à celle de l'ulcération primitive. Il peut se faire que le pylore en soit le siège, mais fortuitement. Tel fut un cas dont M. Cornil a donné la description détaillée, et dans lequel le pylore était rétréci par de petites tumeurs aplaties, faisant relief à la surface, ulcérées au dedans et développées dans la couche celluleuse (2).

On voit qu'il n'y a rien, dans les faits de ce genre, qui rappelle les grands rétrécissements scléreux du rectum ou de l'œsophage. Et, pourtant, certaines observations cliniques font penser que le pylore ne jouit pas d'une immunité spéciale à l'égard d'un des processus dont la syphilis est le plus coutumière. Cette année même, Einhorn rapportait l'histoire d'un malade de trente-sept ans, chez lequel, quatre ans après l'infection syphilitique, avaient commencé à se manifester des troubles dyspeptiques assez complexes. Le chancre était survenu à trente ans. Pendant trois ans, cet homme fut sujet à des vomissements douloureux. Il ne pouvait se nourrir que d'aliments liquides, et encore ceux-ci n'étaient-ils pas toujours conservés. Dans le cours de la dernière année, il perdit 28 livres de son poids. L'estomac était dilaté démesurément. Une tumeur, grosse comme un œuf de pigeon, était perceptible sous le bord costal droit. Les ondes péristaltiques étaient très visibles. Il ne s'agissait certainement pas d'une dyspepsie vulgaire. Rien ne faisait supposer une ulcération, et tout permettait d'affirmer une sténose du pylore; la tuméfaction perçue dans la région de l'hypocondre droit éveillait l'idée que l'obstacle était la conséquence d'un néoplasme, et que ce néoplasme était de nature bénigne, car le malade n'était pas cachectique. Une tumeur du pylore peut être de nature bénigne et faire périr d'inanition. La localisation seule en fait la malignité.

Les analogies de cette observation avec la nôtre sont très frappantes. La seule différence consiste dans la dilatation gastrique, considérable chez le malade d'Einhorn, très faible chez le nôtre — à supposer même que le clapotage *à volonté* provoqué par le malade ait été un signe de dilatation.

Le sujet d'Einhorn, soumis au traitement, fut guéri en quinze jours. Tous les symptômes s'amendèrent et la tumeur disparut.

Les cas de ce genre sont malheureusement exceptionnels. La plupart des sténoses pyloriques résistent au mercure et à l'iodure.

Les lésions oblitérantes du pylore — quand elles sont purement scléreuses — ne relèvent pas de la syphilis; du moins, on ne trouve rien de tel dans les classiques (qui négligent avec juste raison les cas exceptionnels).

Par contre, on y trouve des descriptions fort complètes de rétrécissements déterminés par les substances caustiques, par les cicatrisations d'ulcères et, d'une manière générale, par les gastrites *muqueuses*. C'est dans la même catégorie de faits qu'on voit figurer les productions polypeuses, les kystes glandulaires, etc.

Il en est de même des lésions de la *séreuse*. Une péritonite limitée à la région du pylore peut faire bride. « Parmi les sténoses, disent MM. Hayem et Lion, celles qui sont produites par des néomembranes et des adhérences, reliquats de péritonites localisées (périgastrite, périduodénite, cholécystite), sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le soupçonne généralement; elles sont ordinairement incomplètes, difficiles à reconnaître, et présentent, au point de vue pratique, un intérêt de premier ordre. » Il ne s'agit donc plus d'une maladie à évolution déterminée. Toutes ces variétés de sténose sont autant de complications fortuites d'une cicatrisation en quelque sorte vicieuse.

Si la muqueuse et la séreuse sont parfois le siège et le point de départ d'un rétrécissement pylorique, les deux couches interstitielles, la celluleuse et la musculeuse, peuvent, elles aussi et toujours à titre exceptionnel, produire le syndrome de la sténose. Dans la *celluleuse*, deux espèces de productions ont été observées: le sarcome et la tumeur mycosique. Il n'y a guère à insister sur le sarcome pour la simple raison que sa diffusion est, en général, très rapide. Quelque prédilection qu'il affecte pour la celluleuse pylorique, il ne tarde jamais à s'étaler en surface. Quant à la tumeur mycosique, elle peut rester limitée au pylore. Tel était le cas chez un malade mort au quatorzième mois d'une affection gastrique avec apepsie, et à l'autopsie duquel MM. Hayem et Lion trouvèrent un épaississement considérable de la région pylorique: « Sur la coupe à l'œil nu, cet épaississement paraissait dû au développement de la couche celluleuse. La surface de la muqueuse à ce niveau était érodée. Nous crûmes à un cancer en nappe. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'une production parasitaire, caractérisée par la présence dans les veines et les artérioles de mycéliums et de spores... Autour de tous les vaisseaux dans lesquels on rencontrait des mycéliums ou des spores s'était faite une accumulation de cellules polyédriques par pression réciproque, à gros noyaux, très voisines des cellules sarcomateuses... Le tissu cellulaire était œdématié et infiltré d'une fine poussière, qui était vraisemblablement composée de spores. » Il va sans dire que cette observation est des plus curieuses. Mais ce n'est pas sur des faits d'une pareille rareté qu'il faut compter pour schématiser l'histoire anatomo-clinique du rétrécissement primitif du pylore.

Reste la tunique *musculeuse*. Au premier

(1) Chaput. De la gastro-entérostomose, etc. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, janv. 1896, p. 22.)

(2) Chaput et Pilliet. Linite hypertrophique non cancéreuse; gastro-entérostomie par le bouton de Chaput; examen histologique. (*Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, fév. 1896, p. 154.)

(1) Galliard. Syphilis gastrique et ulcère simple de l'estomac. (*Arch. gén. de méd.*, 1886. T. 1er, p. 66.)

(2) Cornil. Note sur les lymphangites pulmonaires à propos d'une lymphangite du poumon observée dans la syphilis viscérale. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 28 mai 1874.)

abord, celle-ci paraît plus apte que les autres à produire la sténose. Et, d'abord, le pylore étant un sphincter à sa façon, n'est-il pas aussi, par cela seul, sujet à la contracture? Le *spasme* ne lui revient-il pas de droit? MM. Hayem et Lion (1) nous laissent dans l'incertitude: « L'existence d'une névrose caractérisée par ce seul phénomène est bien problématique, mais nous devons rappeler que dans certaines crises gastriques (celles des tabétiques, par exemple), le spasme pylorique fait partie d'un complexus qui paraît bien être d'origine centrale. » Passe pour le tabes. Et souvenons-nous également que le *spasme* en question n'est qu'un symptôme transitoire. Ce qui le caractérise, peut-être plus encore que l'intolérance douloureuse de l'estomac, c'est l'intermittence des crises.

Nous nous sentirions sur un terrain plus solide si, au lieu d'évoquer la possibilité, toute théorique, d'un spasme, nous avions la preuve matérielle que le sphincter pylorique est capable d'hypertrophie primitive et pour ainsi dire essentielle, à la façon de presque tous les appareils à fibres lisses. Stimulés par des excitations d'ordres divers, proches ou lointaines, les faisceaux contractiles augmentent de volume par le seul fait de leur suractivité fonctionnelle. Or, il faut convenir que la démonstration de cette variété d'hypertrophie est encore à faire. Il existe bien, il est vrai, une *sténose hypertrophique du pylore* dans laquelle on a pu croire que la musculeuse était seule en cause. Il n'en est pas ainsi en réalité. D'autre part, les observations relatives à cette lésion ne concernent guère que des enfants, et même plus spécialement des nouveau-nés. La plupart ont été réunies dans un récent travail de Meltzer (2), et s'il convient d'en parler ici, c'est en raison, non pas seulement de l'actualité du sujet, mais des grandes analogies anatomiques qui rapprochent la sténose pylorique infantile de la linite plastique de l'adulte. Dans un des derniers numéros du *British Medical Journal*, Nicoll, chirurgien de l'hôpital des enfants de Glasgow, relatait encore un fait de ce genre (3), qui vaut la peine d'être reproduit.

A la date du premier examen, l'enfant n'était âgé que de cinq semaines. Il était né bien constitué et, pendant les huit premiers jours, sa santé avait été excellente. Toutefois il était sujet à des vomissements, et il rejetait sans aucun effort la totalité du lait qu'il venait d'ingérer. Dans l'intervalle des crises il ne manifestait pas le moindre malaise. Mais, peu à peu, les vomissements se répétant et ayant cette conséquence que l'enfant restait absolument à jeun, on le vit rapidement maigrir, s'émacier; et alors, à travers la paroi abdominale devenue très mince, on put distinguer la forme de l'estomac, dont la face antérieure était soulevée et parcourue, de temps en temps, par une onde péristaltique. Une opération fut proposée comme le seul moyen de salut. Les parents n'y consentirent pas. Huit jours s'écoulèrent encore. L'enfant, cachectique, réduit à une affreuse maigreur, paraissait près de succomber. Les parents se ravisèrent et ce furent eux qui réclamèrent l'intervention du chirurgien. La vie durait encore après six semaines d'inanition! Mais la faiblesse et le dépérissement étaient tels qu'une pylorectomie parut par trop dangereuse. Il fut décidé qu'on s'en tiendrait à une incision du pylore suivie d'une divulsion analogue à celle de l'opération de Loreta.

Le pylore ayant été trouvé constitué par un *anneau massif de tissu musculaire*, une incision fut faite à la paroi antérieure. Par cette ouverture le chirurgien introduisit une pince à pansement dont il ouvrit les branches de façon à dilater largement le canal pylorique épaissi et virtuellement oblitéré. Suture de la paroi stomacale; suture des parois abdominales.

Cette opération bâtarde, tentée *in extremis* comme une mesure suprême en présence du péril imminent, eut pour résultat la guérison complète. On ne peut prévoir assurément ce qui adviendra de la cicatrice dans ce *myome* incisé. Se produira-t-il une « recontraction » du pylore? Quel que soit l'avenir, l'intervention a produit le maximum d'effet que la chirurgie pouvait attendre d'une situation désespérée.

Au dire de Meltzer, cette sténose pylorique par hypertrophie de la musculeuse serait relativement fréquente. Il faudrait lui rapporter un grand nombre d'observations intitulées *marasme infantile*. Trente cas bien étudiés permettent déjà d'en esquisser la nosographie. Mais nous ne parlerons ici que de l'anatomie pathologique, et nous résumerons les caractères principaux de ladite sténose.

C'est bien, en effet, une sténose par hypertrophie simple qu'on a invariablement observée. La question est de savoir si la musculeuse seule augmente d'épaisseur. Qu'elle s'hypertrophie plus que les autres tuniques, cela n'est pas étonnant; sa constitution même l'y prédispose. Et, cependant, toutes les autopsies qu'on a faites — au nombre d'une vingtaine — permettent de reconnaître de grandes ressemblances entre le processus de la *sténose infantile* et celui de la *linite plastique*. Parmi ces ressemblances, la plus importante consiste en l'hypertrophie simultanée de la musculeuse et de la celluleuse, à tel point qu'on en vient à se demander si la lésion n'est pas, dans les deux cas, rigoureusement la même.

Nous emprunterons au travail de Nicoll la description macroscopique et microscopique de cette lésion.

Le pylore a la forme d'un entonnoir à parois épaisses, dont la longueur varie d'un demi-pouce à deux pouces. Sa petite extrémité se termine au pylore lui-même ou, parfois, le dépasse, de telle sorte que le bout pylorique proémine dans le duodénum comme le col de l'utérus dans le vagin. La lumière du canal peut rendre le passage imperméable, mais on n'a jamais constaté l'atrésie complète. La membrane muqueuse est tantôt normale, tantôt rouge et vascularisée, tantôt sillonnée de plis longitudinaux. Quant à la lésion microscopique, elle est caractérisée par l'hypertrophie de la tunique musculeuse et principalement des faisceaux de la couche circulaire. Mais la *muscularis mucosæ* peut elle-même participer à l'hypertrophie. Enfin la celluleuse ou sous-muqueuse est également hypertrophiée, et, de celluleuse qu'elle était, est devenue fibreuse.

Tout cela n'est-il pas la linite plastique? Pour compléter la ressemblance, il faut ajouter que, si la lésion est le plus souvent localisée au pylore, on la voit dans certains cas s'étendre à *toute l'étendue de l'estomac lui-même*, dont les parois sont très notablement hypertrophiées.

En résumé, exception faite pour la syphilis, les sténoses pyloriques ne résultent pas d'une hypertrophie en bloc de toutes les tuniques de l'estomac. Elles ne sont pas dues non plus à l'hypertrophie d'une seule tunique (nous négligeons la tumeur mycosique). La lésion englobe généralement la celluleuse et la musculeuse, et c'est l'augmentation d'épaisseur de ces deux couches qui produit le rétrécissement. Quant à la muqueuse et à la séreuse, leur hypertrophie paraît secondaire et fait défaut dans un grand nombre de cas.

Qu'il s'agisse de la sténose pylorique des nouveau-nés ou de la linite plastique de l'adulte limitée au pylore, cette hypertrophie singulière affecte, à un moment donné, tous les caractères anatomiques et cliniques d'une tumeur. Nous ne prétendons pas en déterminer la nature; et, cependant, l'étude microscopique de notre cas nous apprend qu'il n'y a aucune différence entre la transformation avec hypertrophie de la sous-muqueuse et une sclérose quelconque, d'origine inflammatoire; que, dans cette production de tissu, rien n'évoque l'idée d'un stroma de cancer; que *nulle part* le tissu morbide nouveau ne *nuit* à la vitalité d'aucun élément normal: pas de compression, pas de déformation, pas de dislocation; tout est respecté.

Si l'hypertrophie produit la sténose, les troubles qui surviennent sont d'ordre purement mécanique. Mais l'hypertrophie peut ne pas entraîner fatalement la sténose. Andral a signalé l'hypertrophie du pylore sans rétrécissement. Qu'advient-il alors de la lésion et de la maladie? La lésion est certainement de celles qui gagnent de proche en proche; mais la rapidité de l'envahissement est variable. La rétropéritonite calleuse ne se forme pas chez tous les sujets au même moment; elle peut même faire défaut totalement, comme en témoignent quelques observations très démonstratives.

Si donc l'hypertrophie de la paroi gastrique entraîne le rétrécissement du pylore et détermine exclusivement le syndrome de la rétention par sténose, on conçoit que la pylorectomie ou la gastro-entérostomie aient pour résultat une guérison peut-être définitive. A supposer que la rétropéritonite calleuse ne vienne pas compliquer la linite, comme la fonction sécrétoire de l'estomac n'est pas foncièrement altérée, puisque la muqueuse demeure intacte, il n'y aura plus à redouter que l'insuffisance de la fonction musculaire. Evidemment cette autre complication est à craindre, et même dans un assez bref délai, si l'envahissement de la « sclérose » immobilise la tunique musculeuse. Il est malheureusement probable que les choses se passent ainsi le plus souvent, même en l'absence de la rétropéritonite calleuse. Et cependant encore, rien ne nous interdit de croire que la lésion puisse avoir une évolution très lente.

C'est cette hypothèse la plus favorable qu'il faut, en bonne logique, envisager de préférence à toute autre, si l'on veut intervenir utilement par les moyens chirurgicaux. Aujourd'hui, nous ne sommes plus autorisés à différer une opération telle que la pylorectomie, sous prétexte qu'on a vu la linite plastique dégénérer en cancer épithélial. Bien loin de là; et s'il est en notre pouvoir de prévenir cette dégénérescence, c'est en faisant promptement appel à la chirurgie, le procédé opératoire restant, bien entendu, subordonné à l'étendue et au siège de la lésion. La chirurgie peut même avoir la surprise doublement agréable de réformer un diagnostic médical et de compter un succès de plus en faisant réellement curative une opération jugée d'abord simplement palliative. Qui sait, encore une fois, si un certain nombre de squirrhes du pylore, qui figurent dans les brillantes statistiques opératoires de ces dernières années, ne doivent pas être attribués à la linite circonscrite au pylore, à la *Maladie fibreuse du pylore* d'Habershon? Seul, le diagnostic histologique trancherait la question.

Il serait assurément préférable de ne pas attendre l'examen microscopique des pièces pour se prononcer. Mais cette difficulté-là est de beaucoup la plus grande, et les éléments de présomption qui ont permis parfois de soupçonner la nature de la lésion pendant la vie sont encore loin de réaliser l'ensemble de symptômes *constants* sur lequel la conviction se fonde. Nous croyons cependant qu'on peut déjà concevoir un groupement de signes assez fréquemment associés pour que la probabilité dans tel cas déterminé, se transforme en certitude.

Au début, la maladie consiste en une dyspepsie dont les caractères se rapprochent de ceux qu'on attribuait, il n'y a pas encore bien longtemps, à la gastrite chronique. Toutefois, les pituites matutinales sont exceptionnelles. En outre, lorsque surviennent les vomissements, on s'aperçoit que les aliments rendus sont en grande partie *digérés*. Ces vomissements, en tout cas, ne sont pas spécialement alimentaires, tant que le syndrome de la sténose pylorique n'est pas définitivement constitué. Une particularité très remarquable est que l'état

(1) Hayem et Lion, *in* Traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel et Gilbert, t. IV, p. 542.

(2) Meltzer. On congenital hypertrophic stenosis of the pylorus in infants. (*Med. Record*, 20 août 1898.)

(3) Nicoll. Congenital hypertrophic stenosis of pylorus; with an account of a case successfully treated by operation. (*British Med. Journ.*, 1er septembre 1900.)

général se modifie rapidement dès les premiers vomissements, malgré la conservation de l'appétit et la persistance de la digestion gastrique. La pâleur extrême, sans hématémèses, sans melæna, fait songer à la *forme anémique du cancer* signalée et décrite par M. Hayem. Les membres inférieurs sont infiltrés d'œdème, et pourtant le malade n'est pas affaibli proportionnellement à son apparence cachectique (l'intégrité de la muqueuse et des glandes de l'estomac nous explique en partie cette contradiction). Enfin, dans la région du pylore, apparaît une *tumeur*, et c'est bien en effet le pylore qui en est le siège. Elle n'est ni bosselée, ni limitée nettement; elle donne la sensation d'un simple épaississement de la paroi gastrique. Il n'est pas douteux que cette tumeur soit la cause de l'atrésie pylorique, mais, contrairement à ce qu'on observe dans les obstructions à peu près complètes du pylore, l'estomac n'est que très peu dilaté; il peut *n'être pas dilaté du tout*, et même il est parfois *petit et comme rétracté:* tel est le cas des linites totales et, en particulier, de celles qui se compliquent de rétropéritonite calleuse. L'infiltration de la paroi rend la cavité inextensible et la sclérose du petit épiploon maintient la fixité de l'organe. Enfin, à l'inverse de ce qu'on voit si souvent dans le cancer du pylore, la tumeur garde indéfiniment sa localisation première. On sait que le cancer pylorique est la plupart du temps mobile, qu'il entraîne quelquefois l'extrémité droite de l'estomac bien loin de son siège normal : à telle enseigne qu'on a pu le prendre pour une tumeur du rein, du côlon ou de l'S iliaque. La tumeur pylorique de la linite plastique n'abandonne jamais l'hypocondre droit.

Nous convenons immédiatement qu'il y a quelque chose d'un peu schématique dans cet essai de diagnostic différentiel. Mais nous ne signalons que les faits les plus importants, en attendant mieux.

Il y a près de cinq mois que notre malade a subi la pylorectomie. Cette grave opération l'a ressuscité.

Le jour de l'opération (5 juillet), il pesait 40 kilos; son poids atteignait, le 24 juillet, 41 kilogrammes 200; le 31 juillet, 43 kilogr. 100; le 7 août, 45 kilogr. 300; le 13 novembre, 50 kilogrammes 620.

Aujourd'hui, il est méconnaissable; quoiqu'il souffre encore, il ne vomit jamais, mange avec appétit sans observer aucun régime spécial; il se promène sans fatigue, du matin au soir, en fumant sa pipe, et se montre très impatient de quitter l'hôpital pour chercher du travail.

Qu'adviendra-t-il de lui?

Nous n'osons pas espérer encore que sa guérison soit définitive. L'examen histologique de la tumeur nous ayant permis de reconnaître dans la couche sous muqueuse l'existence de ces *traînées épithélioïdes* qu'on a jugées caractéristiques de la transformation cancéreuse, il est bien difficile de se prononcer. Quand bien même les éléments en question ne seraient que des cellules gonflées et distendues de l'endothélium lymphatique, nous devons nous souvenir que toutes les gastrites chroniques — ulcéreuses ou non — peuvent dégénérer en cancer. Il existe aussi, à l'extrémité supérieure de la cicatrice, sous le tégument, une induration limitée, non douloureuse, dont la nature exclusivement fibreuse ne nous est pas démontrée. Mais, ces réserves faites, nous ne pouvons que nous déclarer satisfait du résultat actuel; même s'il doit n'être que temporaire, ce résultat est encore une guérison.

MÉDECINE PRATIQUE

Un procédé pratique d'application du bleu de méthylène contre les métrites.

On a souvent essayé d'utiliser en thérapeutique gynécologique les propriétés bactéricides du bleu de méthylène, que l'on emploie soit en solution aqueuse concentrée, soit sous forme de crayons; mais l'usage de ce médicament ne s'est pas généralisé, surtout à cause des douleurs intenses que provoque parfois son application sur le col de la matrice et dans la cavité utérine.

Ayant pu se convaincre que cet inconvénient n'est pas inhérent au bleu de méthylène lui-même, mais bien aux impuretés qu'il contient d'ordinaire, notamment à du chlorure de zinc, et qu'il suffit, par conséquent, pour l'éviter, d'employer un produit chimiquement pur, M. le docteur Chaleix-Vivie (de Bordeaux) a imaginé un procédé d'application gynécologique du bleu de méthylène plus pratique que tous ceux qui ont été utilisés jusqu'ici, et qu'il a expérimenté dans un grand nombre de cas avec le concours de M. D. Kohler.

Ce procédé est basé sur l'emploi de bleu de méthylène délayé, à l'état pulvérulent, dans de l'huile de vaseline stérilisée.

S'agit-il de traiter un ectropion du col? On commence par donner une injection vaginale, puis on introduit le spéculum et, après avoir nettoyé la surface cervicale avec de la gaze aseptique trempée dans une solution de sublimé, on prend un petit tampon de coton hydrophile, on l'imprègne légèrement de vaseline liquide, on le saupoudre de bleu de méthylène et, le tenant avec une pince, on en frotte légèrement le museau de tanche. Ceci fait, on enlève l'excès de topique en essuyant le col et les parois vaginales avoisinantes avec de l'ouate et on tamponne le vagin au moyen de coton ou de gaze aseptiques, qu'on n'imbibe pas de glycérine, comme on le fait d'habitude, mais qu'on laisse, au contraire, absolument secs afin d'éviter une trop grande diffusion et l'issue à l'extérieur de la matière colorante.

Si l'on a affaire à une lésion de la muqueuse intra-utérine, on procède, sous le couvert des précautions usuelles d'asepsie — et, quand il existe en même temps un ectropion du col, après l'avoir traité comme il vient d'être dit —, à une application de bleu de méthylène dans la cavité de la matrice. Pour cela, on fixe le col avec une pince et on reconnaît, au moyen de l'hystéromètre, la direction de l'axe utérin et l'état de l'orifice interne. Lorsque ce dernier n'est pas perméable, on procède immédiatement à la dilatation du canal cervical à l'aide de tiges métalliques graduées. Puis on prend une sonde de Playfair munie à son extrémité d'une couche d'ouate hydrophile qu'on trempe d'abord dans de l'huile de vaseline stérilisée, ensuite dans un flacon contenant du bleu de méthylène en poudre, et on l'introduit lentement dans la cavité de l'utérus. L'orifice interne une fois franchi, on procède à un véritable badigeonnage de la muqueuse utérine en imprimant à la sonde des mouvements de va-et-vient et de rotation. Si les sécrétions sont très abondantes, il est parfois nécessaire de répéter cette manœuvre deux ou trois fois dans la même séance.

Avec ce procédé de traitement, MM. Chaleix-Vivie et Kohler ont obtenu, chez les femmes atteintes de métrite, la suppression rapide des pertes sanguines, de la leucorrhée et des douleurs, notamment de la dysménorrhée liée à des altérations de l'endomètre. L'action décongestionnante exercée sur le col de l'utérus par le bleu de méthylène a été particulièrement manifeste : après la deuxième ou la troisième application de ce médicament, le museau de tanche devenait presque exsangue, de sorte que des scarifications pratiquées à son niveau amenaient à peine l'issue de quelques gouttelettes de sang.

Traitement du prurit sénile par le brossage.

Les démangeaisons des vieillards sont considérées comme échappant aux ressources actuelles de la thérapeutique, car tous les moyens internes ou externes employés jusqu'ici pour les combattre se montrent inefficaces, ou du moins n'amènent qu'un soulagement passager.

Ayant remarqué que la peau des sujets atteints de prurit sénile est sèche, fanée et luisante par suite d'une nutrition défectueuse, M. le docteur Jänicke, médecin de l'hôpital des sœurs de Sainte-Elisabeth, à Breslau, s'est demandé si en enlevant mécaniquement les couches épidermiques superficielles on ne parviendrait pas à amender les démangeaisons dont souffrent ces malades. Cette supposition se trouva pleinement confirmée par l'expérience.

Notre confrère a pu s'assurer, en effet, que, pour obtenir la disparition presque complète des démangeaisons, il suffit de brosser les régions prurigineuses avec une brosse molle pendant dix à vingt minutes, en faisant ces brossages d'abord trois fois, puis deux fois, ensuite une seule fois par jour et, enfin, tous les deux jours seulement.

La brosse fait tomber, sous forme d'une poussière fine, quantité de débris épidermiques manifestement altérés dans leur structure; son contact augmente d'abord le prurit qui ne se calme que lorsque l'opération est terminée, contrairement à ce qui se produit avec une brosse dure — qu'il faut, d'ailleurs, soigneusement se garder d'employer.

On peut augmenter l'effet calmant du brossage en le faisant suivre immédiatement d'une lotion avec de l'alcool qu'on laisse ensuite s'évaporer. Toutefois, ces lotions alcooliques ne doivent être pratiquées que pendant les deux ou trois premiers jours du traitement, car, au delà, elles déterminent chez les patients des sensations désagréables, voire douloureuses. On peut les remplacer alors par des onctions avec de l'axonge ou de la lanoline; la vaseline a une action moins favorable. Il importe aussi de savoir que les bains chauds ou tièdes, en faisant gonfler et en ramollissant l'épiderme, annulent l'effet du brossage.

Sans être absolument radicale, la méthode que nous venons de décrire n'en serait pas moins fort précieuse, car elle calmerait toujours le prurit, et souvent même le ferait disparaître pour plusieurs mois.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 décembre 1900.

La phosphaturie terreuse des dyspeptiques.

M. Robin. — Je désire attirer votre attention sur un symptôme qui, pour n'être pas extrêmement fréquent, n'en présente pas moins un réel intérêt. Je veux parler des émissions d'urine laiteuse, contenant en suspension un excès de phosphate de chaux.

Les malades dont l'urine offre ce caractère ont été considérés à tort jusqu'ici comme des calculeux, des phosphaturiques ou des neurasthéniques, alors qu'en réalité ce sont de simples dyspeptiques hypersthéniques, périodiques ou permanents, chez lesquels s'exagère et devient constant un phénomène qui existe d'une façon atténuée et irrégulière chez la plupart des hypersthéniques.

On peut diviser ces malades en deux catégories, suivant que leurs mictions sont simplement laiteuses ou constituées, au contraire, par un liquide crayeux, d'aspect plâtreux, dont l'expulsion provoque des crises vésico-uréthrales souvent très douloureuses.

En dehors des mictions laiteuses et des crises douloureuses, les symptômes le plus fréquemment observés sont d'ordre nerveux, cardiaque, cutané et musculaire. Ils forment un ensemble très précis et tout à fait caractéristique quand on les relie aux troubles gastriques ordinairement méconnus qui ne manquent jamais chez ces malades.

L'analyse du contenu stomacal dénote une hyperchlorhydrie intense, peu de fermentations, une peptonisation suffisante, mais une digestion très mauvaise des féculents.

Les échanges généraux et les échanges azotés ne sont pas troublés dans leur essence. Cependant l'évolution et les transformations des matières ternaires sont sensiblement retardées.

Ces patients ne sont pas des phosphaturiques au sens absolu du mot, parce qu'il est exceptionnel que l'acide phosphorique total par vingt-quatre heures et par kilogramme du poids, ainsi que son rapport à l'azote total, soient accrus. Ce qui est augmenté, c'est l'acide phosphorique lié aux terres, dont le rapport à l'acide phosphorique total croît dans d'assez fortes proportions. Le dépôt laiteux de phosphate bicalcique dans l'intérieur des voies urinaires reconnaît donc pour conditions l'augmentation des phosphates terreux et la diminution de l'acidité de l'urine.

La précipitation des phosphates bicalciques dans la vessie, et peut-être aussi dans les bassinets et dans les tubes de Bellini, constitue une condition favorable au développement de la cystite, de la pyélite, de la pyélo-néphrite et des hématuries chez les sujets prédisposés, surtout quand intervient une cause occasionnelle, comme un cathétérisme intempestif. La présence presque permanente de globules blancs dans le sédiment démontre bien que la muqueuse des voies urinaires de ces malades est en perpétuel état d'opportunité morbide. L'albuminurie apparaît, en outre, chez eux avec une fréquence qu'elle n'atteint dans aucune des autres variétés d'hypersthénie et une seconde complication souvent observée est une anémie plus ou moins intense par déglobulisation.

Le traitement de cette phosphaturie doit viser en premier lieu la dyspepsie hypersthénique avec hyperchlorhydrie qui en constitue le fondement; dans ce but, on soumettra le malade, pendant une huitaine de jours, au régime lacté absolu; pour combattre ensuite la phosphaturie proprement dite, on prescrira la mixture de Coutaret, qui est un mélange d'acide sulfurique et d'acide azotique alcoolisés (Voir *Semaine Médicale*, 1891, Annexes, p. XXX). Les crises douloureuses seront traitées simplement par l'administration de 2 ou 3 verres d'une eau minérale indifférente et enfin, contre les complications, on aura recours aux reconstituants de la nutrition générale (arsenicaux, hypophosphites, ferrugineux, etc.).

Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus traitée sans immobilisation.

M. Lucas-Championnière. — Voici un homme de soixante-trois ans qui m'a été amené, il n'y a guère qu'un mois, pour une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Bien que le bras n'ait jamais été immobilisé, ce sujet commence à se servir convenablement de son membre qui, comme vous pouvez le voir, n'est que très légèrement déformé.

La plupart des chirurgiens traitent encore les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus au moyen d'appareils qu'ils laissent en place pendant cinq à six semaines; quand, au bout de ce temps, on examine le membre, on trouve généralement l'épaule raide et douloureuse.

Il se produit même parfois une déformation si considérable du membre qu'il n'y a plus aucun moyen de lui rendre ses fonctions normales.

C'est ainsi que, chez un sujet dont le bras avait été placé pendant six semaines dans un appareil plâtré, j'ai dû pratiquer une résection de l'épaule au mois de juillet dernier.

Depuis que je traite les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus par la mobilisation et le massage, je les considère comme extrêmement bénignes, à la condition, toutefois, d'appliquer cette méthode de traitement immédiatement après le traumatisme et non pas au bout de quelques jours.

M. Hallopeau présente un malade qui est atteint d'un nævus très volumineux de la lèvre supérieure. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, cette tumeur ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel appréciable; la mastication et la phonation s'accomplissent normalement, bien que le maxillaire soit considérablement déformé.

M. Lancereaux donne lecture d'un travail sur les *hémorrhagies névropathiques des voies digestives*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 novembre 1900.

Œdème idiopathique aigu des paupières.

M. Galliard communique deux cas d'œdème idiopathique des paupières qu'il a observés chez des enfants ayant des antécédents arthritiques.

Le premier concerne une fillette de quatre ans et demi qui, étant au bord de la mer, présenta de l'œdème palpébral unilatéral sans lésion de l'œil ni injection de la conjonctive. Cet œdème disparut au bout de vingt-quatre heures pour reparaître six semaines plus tard; depuis lors, il a récidivé huit fois. Il se montre tantôt à droite, tantôt à gauche, atteignant d'emblée des proportions énormes et disparaissant en vingt-quatre ou trente-six heures.

La seconde malade est une petite fille âgée de trois ans et demi qui, après un gros rhume, fut atteinte d'une hydarthrose aiguë du genou droit, sans fièvre. Cinq jours plus tard, elle eut un érythème papuleux des membres inférieurs; le surlendemain matin, après une nuit calme, on constata que l'œil droit était complètement fermé; à midi, le gonflement des paupières était colossal à droite, mais peu marqué à gauche; il n'existait ni catarrhe conjonctival, ni fièvre. Deux jours après, on ne trouvait plus trace de cet œdème, mais l'enfant présentait du purpura au niveau des fesses et à la racine des cuisses. Le douzième jour, tous les accidents avaient disparu.

M. Barié. — Il me semble que, chez l'une au moins des petites malades dont M. Galliard vient de nous communiquer l'observation, on pourrait penser à une éruption ortiée des paupières accompagnant un érythème papuleux, ces accidents étant liés, sans doute, à des troubles digestifs.

J'ai eu récemment l'occasion d'observer un malade qui a présenté une bouffissure passagère de la face pendant la convalescence d'un érythème polymorphe. Outre une éruption rubéolique sur les avant-bras et scarlatiniforme sur le dos et le tronc, le patient présentait des placards d'urticaire siégeant au tronc et à la face. Malgré la diversité de leurs caractères extérieurs, ces manifestations cutanées étaient vraisemblablement dues à une intoxication alimentaire.

M. Du Castel. — Je crois également que l'œdème aigu des paupières est souvent une localisation de l'urticaire, dont la cause doit être attribuée à une intoxication alimentaire ou médicamenteuse : ce qui tendrait à faire croire qu'il s'agissait bien d'un urticaire de la paupière chez l'une des petites malades de M. Galliard, c'est que cette fillette a été atteinte pendant un séjour au bord de la mer.

Troubles de la parole et de la motilité chez un convalescent de fièvre typhoïde.

M. Siredey montre un jeune homme de dixneuf ans, qui présente des troubles de la motilité et de la parole survenus pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde grave.

Les troubles moteurs affectent surtout les membres inférieurs, particulièrement le gauche; ils s'accompagnent d'une exagération des réflexes rotuliens et du phénomène des orteils de Babinski.

Les modifications de la parole consistent en une sorte de scansion rappelant celle qu'on observe dans la sclérose en plaques; aussi, malgré l'absence de tremblement intentionnel, de nystagmus, etc., l'orateur incline-t-il à croire que c'est de cette maladie qu'est atteint son patient. Il faut noter qu'on ne relève aucun stigmate d'hystérie.

M. Souques ne pense pas qu'on puisse attribuer à une autre affection qu'à la sclérose en plaques les accidents observés chez le malade de M. Siredey. Les caractères de la dysarthrie et de la paraplégie spasmodique ne laissent aucun doute à cet égard. Seule, l'hystérie pourrait réaliser le même complexus symptomatique, mais cette névrose ne semble pas pouvoir être incriminée ici. C'est donc bien d'une sclérose en plaques, avec prédominance des lésions au niveau des régions lombaire et bulbaire, qu'il s'agit dans le cas présent. Du reste, le fait que tous les accidents se sont manifestés à la suite d'une maladie infectieuse, plaide encore en faveur de cette opinion.

M. Duflocq se souvient d'avoir observé autrefois dans le service de M. Jaccoud un homme qui fut atteint, à la suite d'une variole, de troubles de la parole tout à fait semblables à ceux que présente le malade de M. Siredey.

M. Rendu dit avoir vu également un jeune homme qui, consécutivement à une attaque de grippe, fut frappé d'abord d'une hémiplégie, puis, quelque temps après, d'une sclérose en plaques à laquelle il succomba au bout de quatre ans.

Un cas de myopathie primitive progressive.

M. Barbier communique l'observation d'une fillette de onze ans, atteinte de myopathie primitive progressive. Cette affection paraît avoir débuté dès la première enfance par les membres inférieurs; ce n'est que plus tard que les bras, le tronc et la face ont été pris. Actuellement, il existe une atrophie généralisée, mais plus ou moins prononcée selon les régions; quelques muscles, tels que les fessiers, les jumeaux, etc., sont même augmentés de volume. Malgré cette hypertrophie apparente, l'impotence des membres inférieurs est très accusée : la petite malade marche les jambes écartées en se dandinant; quand elle est couchée, ou seulement assise, elle a beaucoup de peine à se relever.

L'origine familiale de cette affection n'est pas douteuse, car une sœur et un cousin germain de cette fillette sont également atteints de myopathie essentielle.

Intoxication hydatique lentement mortelle au cours d'un kyste hépato-pulmonaire.

M. Dufour. — J'ai eu l'occasion d'observer récemment un malade qui a succombé six jours après la ponction d'un kyste hydatique situé au niveau de la face convexe du foie. Malgré l'évacuation de 1,500 grammes environ d'un liquide clair comme de l'eau de roche, le malade continua à avoir de la fièvre et de la dyspnée; il présenta, les jours suivants, de l'urticaire et des accès de suffocation qui déterminèrent la mort.

A l'autopsie, on trouva une congestion intense du poumon droit et une destruction presque complète du diaphragme. Je crois que cette congestion doit être rapportée à la toxicité du liquide hydatique, au même titre que la fièvre et l'urticaire observés pendant la vie.

M. Rendu estime qu'il est exagéré de mettre sur le compte de la toxicité du liquide hydatique tous les accidents consécutifs à la ponction des kystes : en ce qui concerne, notamment, la congestion pulmonaire qui s'est déclarée chez le malade de M. Dufour, il pense qu'on peut en trouver une explication très rationnelle dans la décompression brusque du poumon.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er décembre 1900.

Relations entre la glycémie et la glycosurie.

M. R. Lépine. — J'ai insisté depuis plusieurs années (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 383) sur le fait que la glycosurie ne dépend pas seulement, comme le croyait Cl. Bernard, de la teneur du sang en sucre, mais aussi du degré de perméabilité du rein pour le sucre. Je ne dis pas qu'il existe un *diabète rénal*, mais je soutiens qu'il y a un *élément rénal* du diabète. Aux faits que j'ai autrefois cités (notamment, chez le chien, après l'ablation du pancréas, la discordance entre l'hyperglycémie et la glycosurie) j'ajoute aujourd'hui les résultats d'un certain nombre d'expériences faites également sur le chien et instituées de la manière suivante :

Ligature des uretères près de la vessie, puis injection intraveineuse, en quelques minutes, d'une solution de 8 à 10 % de glycose pur dans de l'eau salée physiologique (à 7 ‰). Au bout de quatre heures environ, la proportion du sucre dans le sang étant, malgré la ligature des uretères, devenue *normale*, je les délie et recueille l'urine pendant les heures consécutives. Or, elle renferme une proportion de sucre qui peut atteindre 20 ‰. (Il importe de ne pas recueillir les premières portions d'urine qui ont pu être *sécrétées* avant la libération des uretères.)

Ces faits montrent, par une nouvelle méthode, la réalité d'une condition rénale de la glycosurie sur laquelle ont insisté après moi MM. Klemperer, Achard et Weil, et Richter.

Sur l'état du sang dans un cas de lymphocythémie vraie.

M. Hayem. — Dans une communication antérieure, j'ai montré que les petits mononucléaires du sang appartiennent à deux variétés différentes : les opaques ou colorés et les clairs ou incolores, les premiers étant les vrais lymphocytes. Les faits anatomo-pathologiques concernant les diverses espèces de mononucléoses montrent l'importance de cette distinction.

Il existe une leucémie à petits éléments, déjà aperçue par Virchow, à laquelle on a donné le nom de lymphatique. Cette forme de leucémie peut suivre une marche rapide ou chronique, comme la leucémie myélogène vulgaire; dans la forme chronique, les mononucléaires appartiennent à la variété claire.

Or, je viens d'observer pour la première fois un cas de cette affection, dans lequel les éléments en question étaient des lymphocytes vrais.

Il s'agit d'un enfant de trois ans qui a présenté le type clinique décrit par Fränkel. Le sang de ce petit malade était franchement leucémique et renfermait autant de leucocytes qu'on en trouve dans la leucémie myélogène à marche lente. Les éléments augmentés de nombre étaient tous des mononucléaires petits, moyens ou gros absolument semblables à ceux de la lymphe; mais à côté d'eux, et en nombre supérieur, existaient des éléments plus gros, atteignant ou même dépassant le diamètre des polynucléaires. Je me suis assuré au moyen de divers colorants que ces éléments étaient de même nature que les petits.

Les autres caractères du sang ne différaient pas de ceux qu'on a l'habitude de constater dans la forme ordinaire de leucémie dite lymphatique.

L'épreuve du bleu de méthylène dans la dégénérescence amyloïde des reins.

MM. Achard et Lœper. — La dégénérescence amyloïde ne paraît pas modifier la perméabilité du rein pour le bleu de méthylène, ainsi que nous avons pu nous en assurer chez deux sujets dont nous avons vérifié *post mortem* l'altération rénale. Il en a été de même chez trois autres malades dont nous n'avons pu faire l'autopsie, mais chez qui nous avons tout lieu de croire à l'existence d'une amylose, en raison de la coïncidence d'une albuminurie permanente avec des lésions de tuberculose ancienne.

Ce qui donne à cette intégrité de l'élimination du bleu un certain intérêt, c'est que, sauf l'albuminurie, les symptômes tirés de l'examen des urines n'ont qu'une médiocre valeur pour le diagnostic de la dégénérescence amyloïde. En effet, la polyurie est inconstante, et l'excès de la globuline sur la sérine, outre qu'il peut n'être pas très marqué, se rencontre également dans des albuminuries indépendantes de l'amylose.

Ces données ne s'appliquent, bien entendu, qu'à la dégénérescence amyloïde pure; il convient donc d'être en garde contre les faits où cette affection est associée à des lésions de sclérose assez prononcées pour amoindrir la perméabilité au bleu.

Toxicité de la sueur de l'homme normal.

MM. Mairet et Ardin-Delteil (de Montpellier). — Nous avons établi dans une récente communication (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 403) que la sueur de l'homme normal, injectée à des lapins, ne détermine jamais la mort de ces animaux; d'où nous avions conclu que ce liquide n'était pas toxique. Une seconde série d'expériences, au nombre de 9, nous a montré des faits tout différents, puisque, dans 8 cas, nous avons obtenu la mort des lapins; 5 fois même cette mort a été immédiate. A l'autopsie, nous avons toujours constaté de la congestion des divers viscères, ainsi que l'existence de caillots dans les cavités droites du cœur et les gros vaisseaux.

La raison de cette discordance entre nos deux séries de recherches réside dans la teneur inégale des sueurs en chlorure de sodium : les premières, recueillies en hiver, étaient plus concentrées que les secondes, recueillies en été; les unes étaient presque isotoniques avec le sérum sanguin du lapin, et leur point de congélation était voisin de — 0°56, tandis que celui des autres se rapprochait de 0°.

Nous croyons donc pouvoir affirmer que la sueur de l'homme normal n'est pas toxique, et que, lorsqu'elle tue, la mort a lieu par osmonocivité.

Les globules blancs dans le rhumatisme.

MM. Achard et Lœper. — Dans 14 cas de rhumatisme aigu, nous avons observé de la leucocytose, avec polynucléose au cours de la période fébrile et éosinophilie à la fin de l'accès et pendant la convalescence. Parfois, durant la période fébrile, nous avons rencontré aussi quelques mononucléaires médullaires.

Chez 4 de nos malades, nous avons examiné le liquide articulaire séreux : il ne renfermait presque que des polynucléaires. Il en était exactement de même dans un cas de rhumatisme chronique avec poussée aiguë, ainsi que chez 3 sujets atteints de rhumatisme blennorrhagique.

En somme, dans ces diverses arthropathies dont le diagnostic présente parfois des difficultés, la réaction locale et générale est à peu près uniforme quant à la formule leucocytaire.

De l'examen hématologique au cours de l'éruption vaccinale.

MM. Enriquez et Sicard. — Après les travaux de MM. Roger et E. Weil, J. Courmont et Montagard sur la mononucléose de la variole, il était intéressant de rechercher si la formule hématologique est troublée au cours de l'éruption vaccinale.

L'examen du sang de 7 enfants vaccinés pour la première fois et de 11 adultes déjà vaccinés antérieurement nous a permis de constater que, en règle très générale, l'éruption vaccinale ne provoque pas dans le sang l'exode des formes myélocytaires si fréquemment rencontrée au cours de la variole.

La vaccine peut donc conférer l'immunité contre la variole sans provoquer de réaction de la moelle osseuse, au moins apparente dans le sang de la circulation générale.

Sur la périodicité à type généralement tierce des maxima de l'urée quotidiennement excrétée.

M. R. Lépine. — A l'occasion de la note présentée par M. Leven (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 403), je me permets de rappeler que j'ai autrefois attiré l'attention sur les variations quotidiennes de l'excrétion de l'urée. (*Mémoires de la Soc. de biol.*, 1882, p. 6.) D'après mes observations faites sur l'homme et sur l'animal (chien, cobaye), les *maxima* de l'urée revêtent souvent pendant plusieurs jours de suite un type tierce très régulier; puis survient une irrégularité; puis une nouvelle période de type régulièrement tierce. Beaucoup plus rarement on observe le type quarte.

De la formule hémoleucocytaire dans le zona idiopathique.

MM. Sabrazès et Mathis (de Bordeaux). — Il n'existe pas de modifications appréciables du nombre ni de la forme des globules rouges, pas plus que du taux de l'hémoglobine, dans le cours du zona. Par contre, du premier au cinquième jour de l'éruption, on observe une hyperleucocytose portant surtout sur les polynucléés neutrophiles et sur les éosinophiles; ensuite, le nombre des globules blancs s'abaisse et redevient normal ou même inférieur à la moyenne dès le sixième jour (contenu louche des vésicules); une nouvelle poussée d'hyperleucocytose totale, parfois avec éosinophilie plus marquée, s'observe à la période de dessiccation et de desquamation.

Dans les vésicules claires du zona, on compte, le premier jour, 79 % de polynucléés neutrophiles et 19 % de lymphocytes. La proportion des polynucléés augmente jusqu'au sixième jour. A partir de ce moment on trouve, dans le liquide louche des vésicules, de nombreux éosinophiles associés aux polynucléés neutrophiles.

Dès le premier jour de l'éruption, on peut rencontrer des amas de minces bâtonnets bactériens dans la sérosité claire des vésicules; ces microbes diminuent de nombre les jours suivants. On n'observe de myélocytes neutrophiles ni dans le sang, ni dans les vésicules.

Ces recherches plaident en faveur de la nature infectieuse du zona idiopathique.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 26 novembre 1900.

Myélomatose costale avec albumosurie.

M. Kalischer relate l'observation d'une femme de soixante-sept ans qui a présenté, pendant un an et demi environ, des symptômes de nature douteuse, consistant en douleurs thoraciques intenses, troubles de la sensibilité, affaiblissement rapide et, plus tard, albuminurie légère, mais sans cylindres urinaires ni éléments figurés et sans modifications de la diurèse. Enfin l'orateur découvrit dans l'urine de la malade la présence du corps de Bence Jones, nettement caractérisé par la formation, sous l'influence de la chaleur, d'un précipité qui disparaissait par l'ébullition pour réapparaître lorsque le liquide se refroidissait. A ce moment, il constata aussi chez la patiente une mollesse particulière de divers os (côtes, omoplates, clavicules et sternum), qui étaient en même temps très sensibles à la pression. L'albumosurie, au taux de 0.05 %, continua jusqu'à la mort de la malade qui, d'ailleurs, ne tarda pas à succomber par épuisement. L'autopsie montra qu'il s'agissait de myélomes des côtes.

Le traitement chirurgical des cavernes pulmonaires.

M. Sarfert. — J'ai pu m'assurer par des recherches anatomiques que la meilleure méthode d'intervention, dans le cas de cavernes pulmonaires, consiste à pratiquer, au-dessus de la seconde côte, une incision qu'on prolonge jusque dans le creux axillaire; on lie les artérioles et les veinules qui saignent, on sectionne les muscles, on dénude la côte, on la résèque et on ouvre la caverne au thermocautère.

Par ce procédé, on ne risque pas de blesser les gros vaisseaux ni de pénétrer dans la cavité pleurale, car les deux feuillets de la séreuse sont soudés par des adhérences solides lorsqu'il s'agit de cavernes anciennes et superficielles, lesquelles sont seules justiciables de l'intervention chirurgicale.

Dans le cas unique où j'ai eu jusqu'ici l'occasion d'opérer de la sorte, la fièvre ne tarda pas à disparaître, la caverne se détergea et diminua de volume; mais après cette amélioration qui dura deux mois, la malade succomba à une poussée de granulie aiguë.

Sur les causes de la compensation des troubles de l'ataxie sensorielle.

M. Bickel. — Pour me rendre compte du mécanisme de l'amélioration que l'on constate chez les ataxiques, sous l'influence de la rééducation des mouvements actuellement usitée dans le traitement du tabes, j'ai pratiqué, sur des chiens, la section des racines postérieures de la moelle; j'ai observé que les animaux rendus ainsi ataxiques réapprenaient, au bout d'un certain temps, à se servir de leurs membres devenus insensibles, et cela au point qu'ils pouvaient même exécuter certains tours de force, comme de marcher sur leurs pattes de derrière. J'ai pu me convaincre, d'autre part, qu'il suffit soit d'extirper le labyrinthe, organe de l'équilibration du corps, soit de rendre les animaux aveugles, soit enfin d'exciser la zone psycho-motrice, pour voir l'incoordination redevenir aussi intense qu'auparavant.

Ces expériences montrent que l'amélioration de l'ataxie par la rééducation des mouvements n'est pas due à une augmentation du tonus musculaire, mais qu'elle dépend de l'intervention des organes des sens qui président à l'orientation dans l'espace.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 1er décembre 1900.

Pleuro-médiastinite avec déplacement de l'aorte.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. R. Breuer** a montré un malade de dix-neuf ans qui reçut, à l'âge de huit ans, un coup de corne sur le côté gauche du thorax, et qui, depuis ce traumatisme, a toujours souffert de palpitations et de dyspnée.

L'examen objectif a montré, chez ce sujet, une diminution de volume de la moitié gauche de la poitrine; les mouvements respiratoires sont moins prononcés de ce côté qu'à droite; le murmure respiratoire y est, en outre, affaibli, et on y constate un peu de souffle bronchique et de la matité. A la pointe du cœur, on perçoit également un souffle systolique qui se propage dans les vaisseaux du cou; enfin le pouls radial est nettement moins fort à droite qu'à gauche.

En présence de ces signes, l'orateur pense qu'il existe probablement, chez ce malade, des brides pleurales et médiastiniques ayant déterminé un certain degré de déplacement de l'aorte.

Action anticoagulante de certains produits de la digestion.

M. E. Pick a relaté les résultats de recherches lui ayant montré qu'il se forme, au moment de la digestion, des substances arrêtant la coagulation du sang dans les vaisseaux, mais demeurant inactives hors de l'organisme. Cette action anticoagulante n'est due ni à des albumoses ni à des peptones, mais à une substance albuminoïde qui, très résistante aux acides minéraux et à la chaleur, est détruite par les alcalis; elle semble exister en quantité notable dans les glandes du tube digestif, sauf le foie et le thymus.

Affection des glandes sudoripares.

M. J. Neumann a présenté une femme qui a le tronc couvert de petites tumeurs dures sous-cutanées, dont le volume ne dépasse pas celui d'un pois. Sur une section transversale, on voit qu'il s'agit de kystes à contenu colloïde qui communiquent avec les glandes sudoripares. Plusieurs de ces tumeurs ont disparu, mais elles ont été remplacées par de nouvelles. L'orateur n'a observé jusqu'ici que trois cas semblables.

M. S. Kornfeld a lu une note sur la *pression sanguine dans diverses maladies nerveuses*.

Dr SCHNIRER.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Action laxative du chlorhydrate d'apocodéine en injections hypodermiques.

Le chlorhydrate d'apocodéine a déjà été utilisé en thérapeutique par M. le docteur Toy (de Lyon) qui, en l'administrant à la dose de 0 gr. 02 à 0 gr. 06 centigr. par la voie buccale ou sous-cutanée, en a obtenu chez les aliénés agités un effet calmant des plus nets, accompagné d'une excitation du péristaltisme intestinal se traduisant par une ou plusieurs évacuations alvines (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 346). Tout récemment, M. le docteur F. Combemale, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille, dans le but d'utiliser les propriétés laxatives de l'apocodéine, a fait instituer dans son service, par M. le docteur Raviart et par M. Bertin, interne des hôpitaux de Lille, des essais thérapeutiques sur un grand nombre de patients atteints de constipation, essais ayant consisté à pratiquer des injections hypodermiques de 2 c.c. d'une solution aqueuse de chlorhydrate d'apocodéine à 1 %.

Chez presque tous les sujets en expérience, ces injections ont provoqué une ou plusieurs selles molles.

L'apocodéine en injection sous-cutanée paraît donc être un bon laxatif, fait d'autant plus intéressant que le nombre de substances susceptibles d'exercer une action purgative alors qu'elles sont administrées par la voie hypodermique — fort commode pour le malade — est encore très restreint.

Dans toutes les observations dont il s'agit, l'apocodéine n'a jamais causé de troubles de l'état général, elle a provoqué seulement des douleurs et une rougeur diffuse au niveau de la piqûre; mais il est facile d'éviter ces inconvénients en injectant le médicament dans l'épaisseur des muscles, et non sous la peau.

Le lait de vache rendu digestible pour le nourrisson au moyen de la présure.

Il est fréquent que les nourrissons ne tolèrent pas le lait de vache, ce qui tient à ce que ce lait laisse déposer, sous l'influence de l'acide chlorhydrique de l'estomac, des caillots de caséine volumineux, compacts et, partant, indigestes. Tous les moyens employés jusqu'ici pour obvier à cet inconvénient, tels que l'adjonction de substances grasses, de décoction d'orge ou d'avoine, se sont, comme on sait, montrés insuffisants. Pour M. le docteur von Dungern, privatdocent d'hygiène à la Faculté de médecine de Fribourg, un moyen bien simple de faire supporter le lait de vache par les jeunes enfants consiste à le soumettre à l'action du ferment lab.

A cet effet, on peut se servir indifféremment de lait cru ou bouilli, auquel, après l'avoir réchauffé jusqu'à la température du corps, on ajoute une petite quantité de présure de veau. Le lait se coagule alors, mais il suffit de le fouetter ou même simplement de l'agiter dans une bouteille pour que la caséine coagulée se répartisse dans le liquide d'une façon uniforme et en flocons très fins, pareils à ceux que donne le lait de femme dans l'estomac des nourrissons.

Le lait préparé de la sorte différerait très peu, par son aspect et par son goût, du lait de vache ordinaire. Les enfants le prendraient volontiers et le digéreraient bien.

Le sublimé en injections hypodermiques contre la fièvre par résorption.

Depuis l'avènement de l'antisepsie, la fièvre par résorption est devenue beaucoup plus rare; cependant, on rencontre encore des cas où, une plaie continuant à suppurer malgré les pansements antiseptiques les plus soignés, il se produit une réaction fébrile intense et persistante qui affaiblit le malade. Contre cet accident, M. le docteur Caccioppoli, privatdocent de chirurgie à la Faculté de médecine de Naples, et son assistant, M. le docteur B. Pirelli, viennent d'expérimenter avec succès, chez huit patients atteints de plaies accidentelles ou opératoires diverses avec fièvre plus ou moins vive, l'emploi d'injections sous-cutanées quotidiennes de 0 gr. 01 centigr. de sublimé. Ce traitement a eu pour effet de supprimer définitivement la fièvre au bout d'une à deux semaines, d'améliorer l'état général et de favoriser manifestement la cicatrisation des solutions de continuité. Dans un cas même, où il s'agissait d'une plaie profonde de la région iliaque gauche avec suppuration abondante et fétide, on commença les injections sous-cutanées de bichlorure de mercure avant que la réaction fébrile eût eu le temps de se produire et l'on parvint ainsi à éviter toute élévation thermique.

Se basant sur cette dernière observation, M. Caccioppoli estime que les injections hypodermiques de sublimé, pratiquées quelque temps avant certaines opérations graves mais non urgentes, seraient susceptibles de rendre des services en prévenant la suppuration des plaies et la fièvre qui en résulte.

Simplification du procédé de Moreschi pour la cure des varices et de l'ulcère variqueux.

L'année dernière, M. le docteur Moreschi (de Recanati) a préconisé un procédé de cure opératoire des varices et de l'ulcère variqueux des membres inférieurs, qui consiste à pratiquer deux incisions circulaires comprenant toute l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à l'aponévrose, l'une de ces incisions étant faite à la partie supérieure de la jambe, à 4 centimètres environ au-dessus de l'ulcère, l'autre à 1 centimètre au-dessus des malléoles (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 112). Or, M. le docteur C. Mariani, médecin de l'hôpital Saint-André, à Massa Marittima, a guéri récemment trois cas de varices et d'ulcère variqueux du membre inférieur au moyen d'une incision circulaire *unique*, faite à la partie supérieure de la jambe, sans qu'il ait été nécessaire de procéder à l'incision sus-malléolaire. Notre confrère a pu se convaincre que cette simplification de la méthode de Moreschi rend plus rapide la guérison opératoire. L'absence de cicatrice sus-malléolaire est également avantageuse pour le malade, cette cicatrice étant souvent le siège de douleurs qui s'exacerbent sous l'influence de la pression exercée par la chaussure.

Les injections intra-trachéales d'éther iodoformé contre la tuberculose du larynx.

Depuis quelque temps, M. le docteur L. Vacher (d'Orléans) traite avec succès la laryngite tuberculeuse par des injections intra-trachéales du mélange ci-dessous formulé :

Ether iodoformé à saturation.	100 grammes.
Gaïacol..........................	5 —
Eucalyptol.......................	2 —
Menthol..........................	1 gramme.

Notre confrère injecte dans la trachée jusqu'à 2 c.c. de ce liquide.

Contrairement à ce qu'on pourrait supposer, ces injections sont bien supportées. Elles causent seulement une vive sensation de chaleur qui ne va pas jusqu'à la douleur, ne provoque pas de spasme glottique et se dissipe après un certain nombre de fortes inspirations. L'haleine conserve pendant quelques heures l'odeur de l'iodoforme et du gaïacol.

Sous l'influence de ce traitement, les douleurs laryngées s'atténueraient, l'alimentation deviendrait plus facile et l'état général du malade s'améliorerait. Cet effet thérapeutique tiendrait, d'après M. Vacher, à la grande quantité de principes actifs portés par l'éther dans la glotte, dans la trachée et jusque dans les plus fines ramifications bronchiques. Et, de fait, en pratiquant l'examen laryngoscopique immédiatement après une des injections intra-trachéales en question, on trouve toute la glotte tapissée d'une couche ininterrompue d'iodoforme.

Transfixion de la peau avec une aiguille contre les douleurs névralgiques.

M. le docteur W. D. Sutherland, médecin de l'armée des Indes anglaises, s'est bien trouvé, dans nombre de cas de névralgies et plus particulièrement dans le lumbago, d'un moyen fort simple, usité depuis les temps les plus reculés par les Hindous, et qui consiste à soulever un pli cutané au point où les douleurs sont le plus intenses et à le transpercer avec une aiguille qu'on laisse en place pendant trois à vingt minutes.

Sous l'influence de cette petite opération, les douleurs ne tarderaient pas à s'amender et même à disparaître complètement; ce résultat — dû vraisemblablement à l'irritation des terminaisons nerveuses et à une modification de la circulation sanguine déterminées par la piqûre — se maintiendrait pendant dix heures environ.

Le massage du col de la vessie contre l'incontinence nocturne d'urine.

M. le docteur Gerbsman (de Rostov-sur-le-Don) traite l'incontinence nocturne d'urine (accident qui proviendrait, d'après notre confrère, d'une incoordination des nerfs qui se distribuent au sphincter vésical) par le massage du col de la vessie pratiqué à travers le rectum.

Pour cela, on place le patient dans la position genu-pectorale et, avec l'index introduit dans le rectum, on fait d'abord, au niveau du col de la vessie et pendant deux minutes environ, des effleurages de plus en plus énergiques, tantôt dans le sens vertical, tantôt dans une direction horizontale, après quoi on imprime, durant une demi-minute, des secousses et des vibrations au col vésical.

Les séances de massage sont répétées chaque jour ou à intervalles plus éloignés. La guérison s'obtiendrait au bout de 3 à 8 séances.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Analgésie cocaïnique par voie rachidienne (1).

Au mois de mai dernier (2), je publiais ici même la technique que j'avais adoptée et les résultats que j'avais obtenus depuis le 4 novembre 1899 dans l'analgésie chirurgicale cocaïnique par voie rachidienne. Cette technique a été suivie par l'unanimité de ceux qui ont eu confiance en cette méthode. Depuis cette époque, mon expérience personnelle s'est étendue, et je viens présenter le bilan des 252 opérations que j'ai pratiquées suivant mon procédé.

Je devais cet article complémentaire, moins pour vulgariser la méthode que pour mettre en garde ceux qui m'ont suivi dans cette voie, pour les rappeler à beaucoup de prudence et leur éviter, de cette façon, tout désastre et tout échec. J'ai cherché, dans l'appréciation suivante, à m'écarter autant des détracteurs théoriques ou systématiques que des défenseurs « quand même ».

Les faits observés me permettent de regarder un certain nombre de données comme *acquises* et indiscutables, alors que d'autres sont *contingentes*, peuvent et doivent être connues, étudiées et bien discutées.

Ma pratique remonte déjà à plus d'une année, j'ai revu mes opérés à brève et à longue échéance; voici les résultats que je crois pouvoir regarder comme *acquis :*

L'injection sous-arachnoïdienne de cocaïne provoque l'analgésie dans la portion sous-diaphragmatique du corps. Elle doit être faite sous le couvert d'une asepsie parfaite, en suivant les règles de ma technique. L'analgésie ainsi obtenue est complète; sa durée a été suffisante pour me permettre de pratiquer toutes mes opérations; elle ne présente aucun danger immédiat ni éloigné pour le système médullaire; je n'ai relevé aucune complication locale opératoire qui puisse lui être imputée, mes opérations ayant suivi dans tous les cas leur évolution habituelle; enfin j'ai toujours pu manœuvrer, pendant celles de mes interventions qui nécessitaient le décubitus latéral ou la position de Trendelenburg, aussi facilement et aussi sûrement que sous l'anesthésie cérébro-spinale. Au point de vue moral, qui m'a vivement préoccupé, j'ai trouvé, surtout chez les hommes et chez mes malades de la ville, la plus parfaite indifférence de l'opération; j'ai à peu près abandonné tous les subterfuges de ce côté. Un seul de mes opérés, atteint d'une éventration, chez lequel j'hésitais à intervenir depuis un mois et dont j'ai longuement rapporté l'histoire au Congrès international de Paris (3), a succombé dans la journée qui suivit l'intervention. L'autopsie, faite par le chef du laboratoire de Lariboisière et par M. le docteur Duguet, a montré des lésions cardiaques graves et anciennes avec une congestion pulmonaire et un œdème du poumon qui expliquaient l'issue fatale et la rendaient inévitable. Toutes mes autres opérations n'ont été en rien influencées par le mode d'analgésie (1). Après avoir essayé divers narcotiques, tels que la trinitrine, la morphine, l'atropine et les succédanés de la cocaïne (eucaïne α et eucaïne β), je les ai éliminés. Nombre de ceux qui ont employé ma technique font également des injections de caféine ou d'éther pour combattre le cocaïnisme pendant l'opération : les expériences que j'ai faites avec M. Hallion m'ont amené à considérer ces injections comme inefficaces et inutiles dans la très grande majorité des cas (2). Les malades opérés sous l'analgésie rachidienne ne présentent aucun symptôme de *shok;* ils reviennent beaucoup plus vite à l'état physiologique que ceux qui ont subi l'anesthésie générale.

Tels sont les faits que je considère comme acquis.

La discussion doit porter sur d'autres points qui sont les suivants : les phénomènes immédiats et consécutifs que provoque l'analgésie par voie rachidienne sont-ils de nature à contre-indiquer la méthode? En d'autres termes, *les troubles provoqués par cette anesthésie sont-ils graves ou suffisamment pénibles* pour qu'on doive leur préférer toujours ceux qui résultent de l'anesthésie cérébro-spinale par le chloroforme ou l'éther? Pour résoudre cette question, il faut examiner, *pendant* et *après* l'anesthésie : 1° les *symptômes subjectifs* dont se plaignent les malades; 2° *l'état des divers appareils* de l'organisme.

I

Examinons d'abord les phénomènes qui se passent *pendant l'analgésie.*

1° *Symptômes subjectifs.* — La piqûre de l'aiguille et l'injection ne sont pas douloureuses et il n'est pas besoin de recourir à l'anesthésie préalable de la peau. L'aiguille que j'ai fait construire n'est guère plus grosse qu'une aiguille de Pravaz, et vraiment, s'il nous fallait anesthésier la peau avant de faire une injection de morphine, je ne sais où nous nous arrêterions dans cette voie.

A la suite de la piqûre, j'ai vu souvent des hommes et même des enfants ne présenter *aucun trouble* ni pendant ni après l'opération. Cela arrive dans environ 20 % de cas. Mais je ne veux pas compter sur un succès aussi parfait. En général, les opérés ressentent : 1° *un léger malaise général;* 2° quelquefois, *des nausées ou des vomissements.*

Le *malaise* est caractérisé par un engourdissement des membres inférieurs, par une certaine anxiété respiratoire, par de la pesanteur épigastrique se traduisant parfois par des mouvements d'inspiration plus profonde et plus ample. Au cours de l'anesthésie, ils accusent une sensation de chaleur ou des transpirations de la face, dans certains cas une sensation de soif. Cet état de malaise ne débute guère avant la cinquième ou la huitième minute après l'injection; il persiste environ dix minutes et il est exceptionnel qu'il dure au delà d'un quart d'heure.

Les *nausées* sont fréquentes : elles surviennent chez 40 % des malades, et sont souvent annoncées par de la pâleur de la face. J'ai remarqué que leur fréquence pouvait être en rapport avec le peu de *tension* du liquide céphalo-rachidien. Quand, au moment de la piqûre, ce liquide sort presque par *éjaculation*, l'analgésie ne s'accompagne que d'un minimum d'incidents; au contraire, un liquide s'écoulant mal, en bavant, ce qui témoigne d'une tension intrarachidienne faible, présage souvent une analgésie aussi parfaite, mais plus pénible pour le patient. La *dose* injectée a également une grande importance et, après injection de 0 gr. 025 à 0 gr. 030 milligr., les nausées sont bien plus fréquentes.

Les *vomissements* peuvent se manifester exceptionnellement cinq minutes après la piqûre; en général, ils apparaissent de la dixième à la quinzième minute. Ils consistent en liquides glaireux, et se répètent rarement plus de trois ou quatre fois. Plus fréquents chez la femme que chez l'homme, ils surviennent à peu près dans 20 % des cas. Ils ne se sont reproduits un grand nombre de fois que chez trois de mes opérés, dont un avait été analgésié avec l'eucaïne. Lorsque ces vomissements se manifestent ainsi avant ou pendant l'opération, on peut passer outre, ou attendre qu'ils cessent. Ils n'ont pas d'autre importance pour les malades que la sensation désagréable ou pénible qui les accompagne. Leurs causes ne sont pas encore élucidées : il semble qu'ils soient dus à l'alcaloïde lui-même; ils sont certainement influencés par l'état du tube digestif, car ils sont plus fréquents dans les opérations d'urgence, alors qu'il s'agit d'un sujet qui n'a pas été préparé (1).

Tels sont les accidents dont se plaignent les malades. Voyons maintenant l'état des divers appareils pendant l'anesthésie.

2° *Troubles des divers appareils.* — Le *système nerveux* central encéphalique reste indemne, et il en est de même de l'ensemble du système médullaire au-dessus des régions analgésiées. Les membres inférieurs sont engourdis, lourds; les opérés ne cherchent à faire aucun mouvement, mais la motilité est conservée; seul le sphincter anal est souvent en état de relâchement complet. La sensibilité au contact persiste, les sensations de chaud et de froid sont normales, la sensibilité à la douleur est abolie. Si l'on se sert du thermocautère pendant l'opération, le malade a la sensation que l'instrument est plus chaud qu'un bistouri, mais il n'accuse pas la moindre douleur. La motricité est conservée, avons-nous dit; mais, au repos, les muscles sont dans le relâchement complet, comme sous l'analgésie chloroformique. Les mouvements sont moins précis qu'à l'état normal; j'ai cependant vu des sujets marcher après l'opération.

L'*appareil circulatoire* doit être également interrogé. Le *pouls* peut n'être pas influencé. En général, il présente des modifications de deux ordres : il est plus rapide et un peu mou. Nous avons démontré expérimentalement, avec Hallion, que la pression artérielle s'abaisse sous l'influence de la cocaïnisation par voie rachidienne, et cela contrairement à ce qui se passe quand on administre le médicament par la voie sous-cutanée; cette constatation a été confirmée par l'examen des tracés plétho-sphygmographiques des sujets que j'ai opérés. Le rythme du cœur n'est pas troublé, mais les pulsations deviennent plus fréquentes; elles oscillent autour de 80 et peuvent s'élever jusqu'à 120 (2).

L'*appareil respiratoire* est peu sensible à l'analgésie. Les inspirations sont quelquefois

(1) Cette dénomination est la seule qui réponde à la réalité des faits. Il ne s'agit pas d'une *anesthésie*, puisque le contact est perçu, puisque la sensation du chaud et du froid existe ; la douleur seule fait défaut : ainsi, la brûlure n'est jamais douloureuse.

Il ne s'agit pas non plus d'*anesthésie médullaire*, car la clinique et l'expérimentation me conduisent à regarder la moelle comme à peine influencée : ce sont les racines qui subissent l'action de la cocaïne.

Je ne donne pas à cette méthode un nom d'auteur, les Américains et les Allemands en revendiquant pour leur pays respectif l'idée première et moi-même ne prenant la responsabilité que du procédé que j'ai décrit. Quant à ceux qui parlent d'injection *dans* l'arachnoïde, ils commettent une erreur anatomique qui prête à confusion.

Voir, à ce sujet :

TUFFIER. Un mot d'histoire à propos de l'analgésie chirurgicale par voie rachidienne. (*Presse méd.*, 7 nov. 1900.)

Voir aussi le travail de mon élève NICOLAENKOFF. L'anesthésie par cocaïnisation de la moelle. (*Thèse de Paris*, 1900.)

(2) TUFFIER. Anesthésie médullaire chirurgicale par injection sous-arachnoïdienne lombaire de cocaïne; technique et résultats. (*Semaine Médicale*, 1900, p. 167.)

(3) TUFFIER. De l'anesthésie par les injections de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire. (*Semaine Médicale*, 1900, p. 272.)

(1) Les opérés doivent subir la même préparation que s'il s'agissait d'une anesthésie cérébro-spinale : le purgatif administré la veille, la vacuité de l'estomac pendant trois heures avant l'opération sont nécessaires.

(2) C'est la respiration artificielle prolongée qui me paraîtrait indiquée en cas d'accident : je ne l'ai jamais employée, et ce conseil est théorique.

(1) Une modification nouvelle à ma technique me permet de croire que je pourrai supprimer ces vomissements : les faits trop peu nombreux encore m'empêchent de la donner ici.

(2) Le nombre des pulsations est certainement influencé lorsqu'il existe des nausées ou des vomissements, et cette influence est celle de la nausée en général. C'est vers la quinzième minute que le pouls acquiert son maximum de fréquence, puis il diminue rapidement. Nous avons relevé exactement le nombre des pulsations chez 30 malades à la fin de l'opération : il était d'environ 80.

La vasodilatation qui accompagne l'analgésie pourrait faire craindre une perte de sang plus considérable; or, je n'ai jamais constaté de différence à cet égard suivant le mode d'anesthésie, et ce fait s'explique, puisque la vasodilatation s'accompagne d'une diminution de la pression artérielle. D'ailleurs, nous savons, avec Hallion, que le chloroforme détermine également un abaissement de la pression artérielle; on remarque cet abaissement chaque fois que l'anesthésique est de nouveau versé sur la compresse.

plus amples et plus profondes, mais le rythme est normal. Les bronches ni le parenchyme ne sont le siège d'aucune hypersécrétion, d'aucun état congestif.

En ce qui concerne l'*appareil digestif*, en dehors des vomissements dont j'ai parlé plus haut, parce qu'ils sont surtout pénibles, les malades peuvent accuser une sensation de soif, généralement à la fin de l'anesthésie. Le seul incident que j'aie constaté plusieurs fois (dans 5 % des cas), c'est l'*incontinence des gaz* ou même des *matières fécales*, qui survient, en général, sous l'influence d'un effort violent, quelquefois par suite d'une pression sur le rectum, dans l'ablation d'une tumeur rétro-utérine, par exemple; c'est même parfois spontanément que des matières semi-liquides sont expulsées. L'atonie du sphincter anal entre pour une part dans la production de ce trouble; il est probable que l'insensibilité du rectum agit dans le même sens : le réflexe qui, normalement, maintient en tonicité le sphincter, part de la muqueuse rectale; celle-ci étant anesthésiée, l'anus perd sa contraction tonique et permet plus facilement l'évacuation du contenu intestinal.

Contrairement au réservoir ano-rectal, les fonctions de l'*appareil uréthro-vésical* sont indemnes. Je n'ai jamais observé d'incontinence d'urine et, chez les malades que j'ai dû cathétériser dans un but thérapeutique, j'ai trouvé le canal insensible, la portion membraneuse de l'urèthre facile à traverser, la vessie, qu'elle fût saine ou malade, anesthésiée au contact comme à la distension.

Telles sont les variations que j'ai constatées dans les divers appareils pendant l'anesthésie.

II

Après l'anesthésie peuvent apparaître des troubles que nous passerons en revue dans le même ordre que précédemment : c'est dire que nous envisagerons successivement les symptômes subjectifs et les troubles des divers appareils.

1° *Symptômes subjectifs. — Pendant la journée* qui suit l'opération, les malades sont en général dans un calme complet, et l'état parfait dans lequel ils se trouvent ordinairement n'est pas un des résultats les moins intéressants de la méthode. La sensation de soif qu'ils manifestaient à la fin de l'intervention ne persiste pas au delà de deux ou trois heures; le malaise disparaît immédiatement après l'opération; il n'y a d'habitude ni nausées, ni vomissements. Le visage a repris sa coloration et son animation. Le pouls est normal, bien frappé, la température oscille autour de 37°, la miction s'effectue bien, l'urine ne contient ni sucre, ni albumine. Le seul incident rare, exceptionnel même, est constitué par des vomissements qui peuvent se répéter deux ou trois fois, environ quatre heures après l'anesthésie : je ne les ai jamais vus abondants ni persistants.

A la fin de l'après-midi ou dans la soirée apparaît le symptôme le plus désagréable et le plus fréquent, *la céphalalgie*. Elle existe dans environ 40 % des cas, mais avec une intensité absolument variable.

La *céphalée post-opératoire* débute généralement de six à huit heures après l'opération; elle occupe la région frontale ou la région occipitale, elle est gravative et je ne saurais mieux la comparer qu'à une migraine; cependant elle ne coïncide pas avec des vomissements. Elle peut continuer pendant la nuit, et, en général — chez 90 % des malades —, elle a presque *disparu le lendemain*. Dans des cas rares (2 %), elle est très intense, et elle peut durer en s'atténuant progressivement pendant deux, trois et quatre jours. Les divers moyens de traitement que j'ai employés pour la combattre sont infidèles : l'antipyrine que j'employais dès mes premières opérations est de ce nombre, ses effets ne sont pas constants. Je me contente souvent d'appliquer sur le front une simple compresse d'eau fraîche.

A côté de cette migraine *précoce*, il peut survenir (je l'ai constatée 3 fois) une céphalée *tardive*. Après deux à cinq jours d'un calme parfait, sans même que l'anesthésie ait été marquée par une céphalée précoce, les opérés accusent une migraine à maximum vespéral. Cette migraine est plus gênante que douloureuse, mais je l'ai vue vraiment très vive dans un cas : elle persista, avec atténuation progressive, pendant sept jours.

La pathogénie de ces céphalées m'échappe, et il est probable que les facteurs en sont multiples. Elles ne coïncident pas toujours avec une hypotension artérielle, comme certaines migraines. Je ne leur ai trouvé aucun rapport avec un état spécial des voies digestives, du système nerveux ou des reins, bien que je sois convaincu que certaines céphalées relèvent du fonctionnement défectueux de ces appareils. En tous cas, elles ne s'accompagnent d'aucun symptôme indiquant un trouble fonctionnel quelconque du cerveau ou de la moelle. Tout ce que nous savons, de par l'expérience des médecins, c'est que certaines ponctions lombaires avec extraction d'une quantité très notable de liquide céphalo-rachidien (10, 15, 20 c.c.), sans injection quelconque, peuvent être suivies des mêmes accidents. Ce que j'ai vu aussi, c'est que les doses fortes de cocaïne provoquent plus souvent cette céphalalgie, c'est que l'analgésie par l'eucaïne et ses dérivés n'en met nullement à l'abri. Peut-on penser que la cocaïne restée dans le liquide céphalo-rachidien est l'origine de ces accidents ? Nous avons examiné ce liquide, avec MM. Sicard et Hallion, et nous avons constaté que la cocaïne disparaît si vite que l'analyse ne permet pas d'en trouver trace, même une heure après l'injection. La possibilité d'une irritation chimique de la membrane arachnoïdo-piemérienne aurait pu être invoquée. Or, l'examen cytologique et l'épreuve de la perméabilité à l'iodure, faits par M. Sicard, ont prouvé l'intégrité parfaite de cette membrane. Il n'y a pas trace de réaction de la pie-mère, on ne trouve pas d'éléments cellulaires et l'iodure ne passe pas dans le liquide après l'injection cocaïnée (4 faits négatifs). Je me borne donc à constater la fréquence de cet accident, à certifier qu'il n'a pas de gravité mais est seulement pénible, à enregistrer ses manifestations cliniques : l'explication viendra plus tard.

2° *Troubles des divers appareils.* — Le *système nerveux* général ne subit aucune altération, le fonctionnement cérébral est intact, les idées sont nettes, il n'y a pas d'agitation, et je n'ai vu de délire passager post-opératoire que chez un alcoolique. La moelle ne subit aucune atteinte, la sensibilité, la motilité des membres inférieurs sont indemnes, la réaction électro-faradique est normale. Les réservoirs fonctionnent bien; deux fois, à la suite d'opérations portant sur le bassin, je dus sonder les malades le soir, mais il n'y a rien là que de très fréquent après de telles interventions.

Le *système circulatoire* n'est pas troublé. Le pouls, régulier, récupère sa force; les circulations artérielle et veineuse s'effectuent normalement, la pression artérielle reprend son niveau. L'*élévation de la température* est le seul phénomène remarquable de la période post-opératoire. Je l'avais remarquée dès mes premières opérations et elle m'avait préoccupé. Elle est fréquente, indépendante de la nature de l'intervention : je l'ai observée aussi bien après le redressement d'une ankylose d'origine traumatique qu'après une opération sanglante laborieuse. Cette hyperthermie ne dépasse pas, en général, 37°8, 38°, 38°5, mais elle peut atteindre 39°, 39°5. Elle n'est pas en relation avec l'intensité des autres symptômes : on la rencontre chez des malades qui n'ont ni nausées ni céphalalgies. Elle peut être exceptionnellement précédée d'un frisson ou d'une simple sensation de froid; elle ne s'accompagne pas d'une fréquence particulière du pouls et, à part une soif marquée, elle ne donne lieu à aucun des signes de la fièvre. J'ai cherché à évaluer sa *fréquence* (elle est de 45 %) (1), et surtout sa *durée* et son *évolution*. Pour cela, chez mes 50 derniers opérés, j'ai fait relever toutes les deux heures la température pendant les vingt-quatre premières heures. Le thermomètre commence à monter environ de quatre à six heures après l'analgésie; le maximum est atteint de la huitième à la dixième heure; après douze à quatorze heures, la température est normale. L'élévation thermique dure donc de six à huit heures. Son cycle est défini et d'une constance remarquable : alors que d'autres accidents peuvent persister, je n'ai pas vu l'hyperthermie dépasser les vingt heures qui suivent l'injection.

Les causes de cet accident sont fort obscures. Il ne s'agit pas d'infection ni d'intoxication traumatique; il est probable que la cocaïne agit sur les centres thermogènes de l'économie. J'ai recherché si cette hyperthermie s'accompagne des troubles de la nutrition générale habituels dans les infections. Dans ce but, je me suis adressé : 1° à l'étude des modifications de l'urine; 2° à celle de la formule hématique des opérés dans cette même période. Les urines ont été examinées chez 21 malades au point de vue de la quantité des matériaux extractifs, et leur point cryoscopique a été déterminé : la teneur en urée n'est pas augmentée, il n'y a ni sucre, ni albumine; le point de congélation Δ oscille autour de la normale, et il n'existe rien qui rappelle la formule urinaire des fièvres. Le filtre rénal n'est pas altéré par le mode d'anesthésie. M. Milian, mon chef de laboratoire, a étudié la *formule hématique* chez mes opérés; les résultats qu'il a obtenus feront l'objet d'un mémoire spécial, mais je puis dire ici qu'il n'y a de ce côté aucune modification analogue à la leucocytose des infections. D'autre part, nous savons que l'injection d'eau ou de sérum dans l'espace sous-arachnoïdien lombaire ne donne pas lieu à une élévation thermique; il semble donc bien qu'il s'agisse d'une action de la cocaïne sur les centres thermogènes.

Cette hyperthermie post-opératoire est le fait le plus frappant; l'*appareil respiratoire* n'est pas influencé, et je n'ai jamais constaté de troubles de la circulation pulmonaire, ni même de congestion bronchique. L'*appareil urinaire* n'est pas davantage touché; le rein fonctionne normalement, la vessie reprend sa contractilité normale et la miction volontaire a lieu dans l'après-midi ou dans la soirée.

Tels sont les sensations plus ou moins pénibles et les troubles des divers appareils qui accompagnent et suivent l'analgésie par voie rachidienne. Je ne les ai jamais vus acquérir une intensité qui pût me faire craindre pour la vie du malade; je n'ai jamais eu d'alerte (2).

III

J'ai fait actuellement 252 opérations en suivant ma technique, dont 142 intrapéritonéales et 110 extrapéritonéales. 22 de ces opérations appartiennent à ma pratique privée; les autres ont été faites devant un grand nombre de chirurgiens, surtout étrangers.

---

(1) En regardant 37°8 le soir d'une opération quelconque comme sous la dépendance du mode d'analgésie.

(2) Il serait intéressant de savoir comment l'injection provoque ces accidents. Lorsque nous injectons une solution cocaïnée dans le liquide intrarachidien, trois facteurs peuvent intervenir : 1° la soustraction de sérosité normale; 2° l'introduction de liquide (eau ou sérum); 3° la cocaïne qui elle-même peut agir par son action directe sur le système nerveux ou par son absorption dans le torrent circulatoire. Certains faits cliniques nous permettent de résoudre en partie le problème. Les ponctions rachidiennes médicales, faites en dehors de l'hypertension, n'ont jamais donné à M. Sicard d'accidents de ce genre. L'injection de sérum physiologique n'a également rien produit de semblable. La cocaïne paraît donc bien être l'agent de ces troubles, et cela par action locale et par action générale

Voir à ce sujet : TUFFIER et HALLION. Mécanisme de l'analgésie cocaïnique par voie rachidienne. (*Comptes rendus et mém. de la Soc. de biol.*, 8 déc. 1900 et *Semaine Médicale*, 1900, p. 427.)

Elles se répartissent ainsi :

INTRAPÉRITONÉALES	Gastro-entérostomies	6
	Gastrostomies	3
	Entéro-anastomose	1
	Anus contre nature	3
	Appendicectomies (à froid ou à chaud)	22
	Hernies inguinales, crurales, ombilicales ou de la ligne blanche	42
	Cholécystectomie	1
	Incision et suture de kyste hydatique	1
	Colpotomies postérieures	7
	Hystéropexies abdominales	5
	Enucléations de fibromes (de 1 à 17) par voie abdominale	12
	Hystérectomies abdominales totales	10
	Hystérectomies vaginales	5
	Laparotomies pour annexites	10
	— — grossesse extra-utérine	6
	— — kyste ovarique	4
	— exploratrices et pour cancer utérin	3
	— pour kyste chyleux du mésentère	1
EXTRAPÉRITONÉALES	Amputations du sein pour cancer	2
	Colpopérinéorrhaphies	4
	Extirpations de kystes du vagin	2
	Opérations sur l'anus et le rectum	17
	— sur les bourses et le pénis	14
	Néphrotomies	3
	Néphrectomies	2
	Néphropexie	1
	Opérations sur la vessie (lithotrities, tumeurs)	7
	— sur la paroi abdominale (fibromes ou kystes de la paroi, cancer de l'ombilic)	3
	Amputations ostéoplastiques de jambe ou de cuisse	9
	Résections du genou	2
	Sutures osseuses et cerclages de la rotule	7
	Opérations diverses sur les membres inférieurs (arthrotomies, grattages d'abcès froids, extirpations de sarcomes, etc.)	37

Le plus jeune de mes opérés avait dix ans, le plus âgé soixante-dix-neuf ans. Les hommes supportent l'analgésie beaucoup mieux que les femmes. Quatre de ces malades avaient été autrefois chloroformés et m'ont déclaré que la cocaïnisation était infiniment moins pénible. Enfin trois de mes opérés, qui ont dû subir à quelques jours d'intervalle deux interventions, ont aussi bien supporté la seconde analgésie cocaïnique que la première.

Je crois toujours que la méthode n'est applicable ni aux enfants, ni aux hystériques; les premiers tolèrent très bien la cocaïne : j'en ai opéré de dix et de douze ans qui n'ont eu aucun trouble; mais il en est d'autres qui pourraient être effrayés; les seconds, à la simple sensation de contact, accusent des douleurs et gênent l'intervention (1).

Je crois que les cardiaques et les artérioscléreux n'ont rien à redouter, j'en ai analgésié un grand nombre.

Pour les opérations *extra-péritonéales*, c'est-à-dire pour toutes les interventions sur le membre inférieur, la hanche, le périnée, l'anus, le rectum, le vagin, l'utérus, le testicule, la prostate, la vessie, l'uretère et le rein, l'opérateur peut agir avec la plus grande sécurité. L'analgésie par voie rachidienne supporte la comparaison avec l'anesthésie générale : l'avenir démontrera si elle doit la remplacer. Dans les interventions sur le poumon et la plèvre, pour lesquelles l'emploi du chloroforme ou de l'éther a de graves inconvénients, je crois qu'elle est la méthode de choix, quand on doit opérer sur les deux tiers inférieurs du thorax.

En ce qui concerne les opérations *intrapéritonéales*, je ne conseille pour le moment de recourir à l'anesthésie médullaire qu'à ceux qui ont l'habitude de la chirurgie abdominale. Tant qu'il ne survient aucun incident, et c'est la règle, tout est parfait, mais pour peu qu'il y ait des nausées et des vomissements, l'opérateur peut être gêné. Il faut alors laisser passer ces accidents, qui durent rarement plus d'une minute. C'est là l'inconvénient de la méthode; il me paraît assez sérieux pour être pris en considération. Dans les interventions simples, appendicite, cure radicale de hernie, hystérectomie vaginale, quelques nausées n'ont pas d'importance, mais il peut en être autrement pour les opérations sur le foie, l'estomac ou l'intestin. De même, les interventions laborieuses sur les annexes ou sur l'utérus pourraient être ainsi compliquées. Bien que j'aie réussi dans tous les cas de ce genre et que je n'aie jamais eu d'accident ni d'incident capable d'entraver ou même de gêner mon opération, et quoique ces vomissements soient, d'ailleurs, la grande exception, je ne me crois pas autorisé à engager mes collègues dans cette voie. J'espère d'ailleurs arriver à supprimer cet inconvénient, et c'est le but de mes recherches actuelles.

Quel que soit le champ que chaque chirurgien réserve à cette méthode, je la considère comme devant rester dans la pratique, à côté de l'anesthésie locale et de l'anesthésie générale.

TH. TUFFIER,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

(1) Je ne saurais trop recommander de ne pratiquer ce mode d'analgésie que chez des malades bien prévenus des sensations qu'ils peuvent éprouver. Ils doivent savoir que la sensation de contact persiste. J'ai vu deux fois des sujets parfaitement analgésiés, mais que le simple contact préoccupait et qui s'en plaignaient; dans ces cas, j'eus immédiatement recours à l'anesthésie par l'éther ou le chloroforme. Il ne faut pas s'entêter et vouloir à tout prix persuader l'opéré, on perdrait son temps et on n'aurait pas la quiétude parfaite nécessaire à la bonne exécution d'une opération chirurgicale.

MÉDECINE PRATIQUE

Faut-il permettre l'usage du sucre aux diabétiques?

On ignore, en général, aujourd'hui qu'il y a une quarantaine d'années, des médecins, d'ailleurs très sérieux, ont traité des diabétiques par le sucre ordinaire (saccharose), les uns guidés par la théorie absurde que l'organisme perdant du sucre il convenait de lui en restituer, les autres, empiriquement, parce qu'ils étaient tombés sur des malades qui paraissaient se trouver bien de ce traitement singulier. Parmi les premiers, il faut citer le professeur Piorry (1); parmi les seconds, plusieurs médecins, soit anglais, comme Budd (2), Corfe (3), Sloane (4), Ussher (5); soit italiens, Burresi (6) par exemple; soit français, tel Rigodin (1), etc. Malheureusement, la plupart des faits publiés manquent des détails indispensables pour qu'on puisse en apprécier exactement la valeur. Il me paraît toutefois incontestable que, dans *certains cas*, une quantité modérée de sucre ordinaire non seulement n'a pas été nuisible aux malades, mais a relevé leurs forces et leur a procuré sinon une *guérison*, comme le proclament les auteurs des observations, du moins une amélioration évidente. J'ai moi-même vu récemment un cas de ce genre.

Il s'agissait d'un homme exerçant une profession libérale, âgé de soixante ans, et atteint depuis vingt ans environ d'un diabète que, grâce à un régime assez sévère, il maintenait dans des limites très modérées. Au début, il avait eu 60 grammes de sucre par litre; sous l'influence de l'hygiène et du régime, la proportion de glycose, depuis fort longtemps, n'atteignait *jamais* 20 grammes par litre, et il y avait à peine 2 litres d'urine par jour. Cette année, consécutivement à une bronchite grippale contractée l'hiver dernier, l'état de cet homme s'était fort aggravé : après avoir perdu l'appétit, il avait maigri beaucoup, et sa faiblesse était telle qu'il ne pouvait faire que quelques pas dans sa chambre. Se jugeant perdu, et voulant s'accorder au moins quelques satisfactions de gourmandise, il se mit, à l'insu de son médecin, à sucrer les liquides qu'il absorbait (vin, thé, café). A sa vive surprise, il constata qu'une dose de sucre de 40 à 50 grammes par jour n'était suivie d'aucun effet fâcheux appréciable, et, au contraire, lui donnait manifestement de la force. Il est certain que le malade ne s'était pas suggestionné; car, par suite de la gravité de son état, il n'avait pas lu les journaux depuis plusieurs mois, et ignorait ce qui a été écrit récemment sur la valeur dynamogénique du sucre. On peut même dire qu'il était suggestionné en sens inverse, ayant la conviction que le sucre était pour lui un poison véritable. Enfin, je dois ajouter qu'il remarqua que les féculents ne produisaient pas chez lui le bon effet du sucre.

C'est dans ces conditions que j'ai été appelé à le voir. Il était alors sur la voie d'une amélioration sensible : le poids corporel, qui était tombé à 50 kilogrammes, avait augmenté de près d'un kilogramme depuis quinze jours. Il y avait environ 1,600 grammes d'urine par jour, renfermant en moyenne 9 grammes de sucre par litre et à peu près autant d'urée : pas de coloration par l'addition de perchlorure de fer. En présence de ce résultat, j'ai, naturellement, encouragé le malade à continuer l'usage du sucre, dans les limites qu'il s'était lui-même imposées.

Essayons maintenant d'expliquer ce paradoxe, un diabétique se trouvant bien de l'usage du sucre.

Comme l'homme bien portant, le diabétique doit produire chaque jour le nombre de calories nécessaires à la conservation de sa température. Or, il y a, d'une part, danger à ce qu'il les produise exclusivement avec les matières protéiques, et, d'autre part, impossibilité à lui faire digérer une trop grande quantité de graisse. Il ne faut donc pas absolument exclure les hydrates de carbone de l'alimentation du diabétique, d'autant plus que, *sauf exception rare*, il est en état de consommer chaque jour une *certaine* proportion (variable pour chaque individu) de matière sucrée. Cela étant, quels hydrates de carbone faut-il lui donner ?

(1) PIORRY. Sur un nouveau système de médication employé avec succès dans le diabète sucré. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 26 janv. 1857.)
Outre la prescription de 125 grammes de sucre par jour, Piorry *limitait* la quantité de boisson ingérée. Ce traitement a donné lieu à de *graves* accidents.

(2) BUDD (*British Med. Journ.*, 17 oct. et 14 nov. 1857, et 13 mars 1858) a traité *avec succès* au moins deux diabétiques, l'un de dix-huit ans, dont les forces ont été sensiblement relevées, l'autre de quarante-sept ans; ce dernier aurait absorbé d'assez fortes quantités de sucre (?).

(3) CORFE (*British Med. Journ.*, 6 fév. 1858, et *Med. Times and Gazette*, 18 sept. 1858) a employé le même traitement chez un marchand de quarante ans, fortement glycosurique et atteint de phtisie pulmonaire; il y aurait eu diminution (?) de la glycosurie.

(4) SLOANE (*British Med. Journ.*, 29 mai 1858) a donné du sucre à trois malades :
1° Une fille de vingt-trois ans, diabétique depuis trois années. Prescription : une demi-livre de sirop par jour, pendant neuf semaines; augmentation de la glycosurie, et augmentation de poids de 8 livres;
2° La sœur de la précédente. Même prescription, légère augmentation de la glycosurie;
3° Une fille de vingt-cinq ans. Même prescription, augmentation de poids; *pas d'augmentation de la glycosurie !*

(5) USSHER. Diabetes successfully treated by the saccharine method, and remarks Cherion. (*Med. Times and Gazette*, 17 janv. 1863.)

(6) BURRESI. Storia di due casi di diabete curati con lo zucchero nella clinica medica di Siena. (*Sperimentale*, 1860, VI, p. 155.)
Dans l'un des cas au moins, remarquable amélioration consécutive à la suppression du régime animal et à la prescription d'un régime mixte avec quatre onces de sucre : augmentation du poids, diminution de la soif et de la sécrétion urinaire.

(1) RIGODIN. Diabète sucré guéri par le sucre à haute dose. (*Moniteur des sciences méd. et pharmac.*, 10 janv. 1861.) Il s'agit d'un diabétique, *très déprimé*, qui s'est bien trouvé du régime mixte, avec usage du sucre, et de l'eau de Vichy.

L'expérience a montré qu'après l'ingestion de 100 grammes de glycose chez un diabétique à jeun, il passe un peu plus de sucre dans l'urine qu'après l'ingestion de la quantité correspondante d'empois d'amidon (1).

Dès lors, comment comprendre qu'un diabétique se trouve mieux du sucre que de l'amidon ?

Remarquons qu'il y a équivoque sur le mot *sucre :* le sucre que le diabétique utilise mal, c'est la glycose. C'est celle-ci qu'il faut lui interdire. On doit donc proscrire ceux des fruits qui en contiennent beaucoup, les pruneaux, par exemple, et restreindre, dans la mesure nécessaire, le pain et les féculents, puisque l'amidon, s'il est bien digéré, se transforme intégralement en glycose (2). Bref, il faut autant que possible écarter de l'alimentation du diabétique la glycose et les sources de glycose. Au contraire, un certain nombre de légumes et de fruits réputés sucrés sont moins nuisibles qu'on ne pense généralement, parce qu'ils renferment d'autres sucres en partie utilisables. A cet égard, les célèbres *menus* de Bouchardat sont, en partie, à reviser, et, de toutes les prescriptions de cet éminent spécialiste, la plus sage est assurément celle-ci, qu'il faut, par des dosages fréquents du sucre urinaire, s'assurer de l'utilisation ou de la non-utilisation des divers hydrates de carbone ingérés, et régler le régime en conséquence. Chaque malade a son coefficient qu'on ne peut connaître d'avance.

Quant à la saccharose (sucre de canne ou de betteraves), elle se dédouble, comme on sait, en parties égales de glycose et de lévulose. Lorsqu'un sujet ingère 50 grammes de saccharose, il absorbe (en supposant qu'il ne s'en détruise pas dans l'intestin) au plus 25 grammes de glycose. En même temps, il absorbe 25 grammes de lévulose. Or, *ce sucre est bien utilisé par un grand nombre de diabétiques* (3).

La question, toutefois, n'est pas si simple, et il serait inexact d'affirmer que, chez le plus grand nombre de diabétiques, 100 grammes de saccharose ne sont pas plus nuisibles que leur équivalent en amidon, soit 89 grammes; car il y a un autre élément qui entre en jeu, c'est la rapidité d'absorption :

Lorsqu'un diabétique ingère 89 grammes d'amidon, il ne se produit pas, dans son tube digestif, 100 grammes de glycose, parce que l'amidon n'est jamais complètement digéré. De plus, il faut un certain temps pour que la plus grande partie de l'amidon soit transformée en glycose, et que ce dernier corps soit absorbé. La glycose ne pénètre dans l'économie que *lentement*, c'est-à-dire dans les meilleures conditions d'utilisation, et, comme presque tous les diabétiques peuvent utiliser une certaine quantité de glycose, il se peut que 89 grammes d'amidon n'amènent qu'une augmentation presque insignifiante de la glycosurie.

Au contraire, si le diabétique ingère 100 grammes de saccharose dissous dans une proportion suffisante d'eau (4), en une heure et demie environ 50 grammes de lévulose et 50 grammes de glycose, c'est-à-dire deux doses massives de sucre, auront pénétré dans l'économie. Admettons que la lévulose soit intégralement transformée en matériaux de réserve, ou consommée, il n'en est pas moins certain qu'elle nuira à l'utilisation de la glycose, et qu'une fraction des 50 grammes de glycose devra être éliminée par le rein. D'ailleurs, tous les diabétiques n'utilisent pas complètement la lévulose. Dans ce cas, une fraction importante des 100 grammes de sucre qui auront été rapidement absorbés pourra passer dans l'urine. Il y aura, au moins d'une manière transitoire, une forte augmentation de la glycosurie.

Voilà pourquoi, en général, la saccharose est plus mal tolérée par les diabétiques qu'une quantité correspondante d'amidon; mais après ce que j'ai dit plus haut, on conçoit que, chez un diabétique utilisant parfaitement la lévulose, 50 grammes de saccharose (qui donnent seulement 25 grammes de sucre peu utilisable) soient mieux tolérés que 50 grammes d'amidon. Il n'est donc pas irrationnel de laisser certains diabétiques ingérer de *petites* quantités de saccharose. Le miel, qui renferme presque exclusivement de la lévulose, convient encore mieux.

R. Lépine,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon.

(1) En s'hydratant, 89 grammes d'amidon donnent 100 grammes de glycose. Les expériences comparatives doivent donc être faites avec des quantités de glycose et d'amidon dans le rapport de 100 à 89.
Raphael (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVII, 1-2, p. 23 et suivantes) a fait ingérer 143 grammes de farine. Mais la farine renferme autre chose que l'amidon.

(2) Mon savant ami le professeur Mossé a fait avec raison remarquer que les pommes de terre sont, chez le diabétique, moins nuisibles que le pain (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 269). En effet, en raison de la proportion d'eau que renferment les pommes de terre, 100 grammes de ces tubercules donnent beaucoup moins de sucre que 100 grammes de pain, et surtout que 100 grammes de croûte de pain, si chère aux diabétiques.

(3) Lépine. Traitement diététique du diabète. (*Semaine Médicale*, 1898, p. 401.)

(4) On sait qu'en solution trop concentrée (hyperisotonique) les sucres sont mal absorbés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 décembre 1900.

Traitement chirurgical des angiocholites infectieuses.

M. Lejars. — J'ai opéré le 5 juin dernier une femme de quarante-quatre ans, atteinte d'accidents hépatiques que j'avais attribués à de la cholécystite calculeuse. Je fis donc une cholécystostomie, mais je ne trouvai pas de calculs dans les voies biliaires; en revanche, le foie offrait un aspect tout à fait cirrhotique. Consécutivement à mon intervention, l'état général de la malade s'est considérablement amélioré et j'ai pu refermer la fistule biliaire; au cours de cette seconde opération, je me suis assuré que l'aspect du foie s'était notablement modifié.

M. Michaux. — Dans la discussion soulevée par le rapport que je vous ai présenté dans la dernière séance (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 410), on a reproché à M. Pauchet d'avoir fait une cystostomie alors qu'il n'y avait pas de rétention biliaire. Je ne pense pas cependant que cet accident constitue la seule indication de l'ouverture des voies biliaires.

Au point de vue qui nous intéresse, il serait bon de connaître les résultats éloignés de nos interventions pour angiocholite infectieuse, de façon à nous éclairer sur le compte des modifications qu'elles peuvent apporter dans l'état du foie.

M. Quénu. — J'ai suivi un certain nombre de mes opérés et j'ai pu constater leur guérison définitive. Dans un cas où j'avais trouvé des lésions de péri-hépatite développées sur un foie cirrhotique volumineux, j'ai revu ma malade neuf ans après l'intervention; son état était assez satisfaisant, sans que le volume de la glande hépatique eût toutefois diminué.

Arthrotomie pour luxation ancienne de l'épaule.

M. Nélaton. — M. Ricard nous a présenté, il y a quelque temps, un malade chez lequel il a pratiqué une arthrotomie pour une luxation ancienne de l'épaule. J'ai fait moi-même deux fois cette opération en pareil cas; l'intervention a eu lieu dans de bonnes conditions, mais finalement le résultat fonctionnel a été très médiocre, comme chez le sujet de M. Ricard. Les statistiques publiées par divers auteurs ne sont pas favorables non plus à ce mode de traitement.

D'autre part, j'ai vu pour mon compte au moins une douzaine de patients atteints d'une luxation ancienne de l'épaule qui présentaient un état fonctionnel bien meilleur que tous les arthrotomisés qu'il m'a été donné d'observer.

M. Delbet. — Je partage entièrement l'opinion que vient de défendre M. Nélaton. J'ai eu cet été dans mon service un malade chez lequel une luxation de l'épaule s'est reproduite sous l'appareil plâtré qu'on avait placé après la réduction; malgré tous mes efforts, il me fut impossible d'obtenir une réduction définitive. Le malade me demanda d'intervenir, mais je n'y consentis pas, car j'ai renoncé complètement à l'arthrotomie pour réduire les luxations de l'épaule. Lorsqu'il y a lieu d'opérer, c'est la résection de la tête humérale qui seule peut donner un bon résultat.

M. Ricard. — Depuis que j'ai présenté mon malade, les mouvements de l'articulation paraissent chez lui en voie d'amélioration; je n'en tire, d'ailleurs, aucune conclusion définitive sur la valeur de l'arthrotomie dans le traitement des luxations dont il s'agit.

M. Sébileau lit une observation de cancer du rectum avec obstruction intestinale et abcès péricolique, traité par l'ouverture de l'abcès et la création d'un anus contre nature.

M. Bouglé communique un fait de névralgie du trijumeau ayant nécessité la résection du ganglion de Gasser.

M. Loison (médecin militaire) relate un cas de péritonite suppurée diffuse consécutive à une perforation intestinale d'origine typhique, traité avec succès par la laparotomie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 décembre 1900.

Formule histologique d'un épanchement pleural survenu au cours de la leucémie myélogène.

M. Sicard. — J'ai eu l'occasion de pratiquer récemment, avec M. Monod, l'examen histologique, suivant la méthode de MM. Widal et Ravaut, d'un épanchement pleurétique survenu chez un malade atteint de leucémie myélogène.

A côté des éléments cellulaires du sang circulant (polynucléaires neutrophiles, basophiles et éosinophiles, et myélocytes neutrophiles), nous avons trouvé dans ce liquide des cellules endothéliales desquamées, libres ou réunies en placards.

Ce résultat nous permet d'affirmer qu'il ne s'agissait ni d'une pleurésie tuberculeuse ni d'une pleurésie infectieuse secondaire, mais d'une pleurésie « mécanique » d'origine ganglionnaire.

M. Rendu déclare que la pleurésie, et surtout la pleurésie du côté gauche, est un accident assez fréquent au cours de la leucémie.

A propos de la toxicité du liquide hydatique.

M. Linossier fait observer, à propos du cas relaté dans la dernière séance par M. Dufour (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 420), qu'il a pu, avec le concours de M. Barjon, injecter, dans les veines d'un lapin de 1,820 grammes, jusqu'à 365 c.c. du liquide extrait par ponction d'un kyste hydatique du foie, sans déterminer le moindre accident. D'autre part, l'analyse chimique du contenu d'un autre kyste n'a permis d'y constater la présence d'aucune substance de nature alcaloïdique. Ce résultat négatif ne saurait toutefois constituer un argument décisif contre l'opinion des auteurs qui ont trouvé des ptomaïnes ou des toxalbumines dans les kystes hydatiques; il est possible, en effet, que les hydatides ne sécrètent des toxines qu'à une phase déterminée de leur évolution. Il est également possible qu'un liquide inoffensif pour le lapin soit toxique pour l'homme.

Affection congénitale du cœur; rétrécissement de l'artère pulmonaire ou inocclusion du septum interventriculaire.

M. Duflocq présente un jeune homme de dix-neuf ans, atteint d'une affection congénitale du cœur. Depuis sa première enfance, ce malade, qui devient dyspnéique au moindre effort, est sujet à des crises de palpitations accompagnées d'une légère cyanose de la face. On constate, en outre, que la pointe du cœur est légèrement déviée en dehors, que le ventricule droit est dilaté et qu'il existe, au niveau du troisième espace intercostal gauche, du frémissement cataire et un souffle systolique qu'on entend aussi, en arrière, au niveau de la gouttière vertébrale. A noter enfin que les extrémités des doigts sont renflées en « baguettes de tambour ».

M. Béclère dit que l'examen radioscopique qu'il a pratiqué chez ce malade, aussi bien que les signes cliniques constatés par M. Duflocq, lui font croire qu'il s'agit plutôt d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire que d'un défaut d'occlusion de la cloison interventriculaire.

M. Barié déclare, au contraire, que les caractères du souffle, qui siège au niveau du troisième espace intercostal et s'entend en arrière le long de la colonne vertébrale, lui semblent militer en faveur d'une inocclusion du septum. D'ailleurs, il est très probable que cette malformation coexiste avec un rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Quant aux accès de cyanose avec palpitations, rien n'empêche d'admettre qu'il s'agit de crises de tachycardie paroxystique surajoutée à la maladie principale.

M. Vaquez croit aussi à la coexistence des deux lésions entre lesquelles hésite M. Duflocq : rétrécissement de l'artère pulmonaire et inocclusion du septum.

Poliomyélite antérieure aiguë de la région cervicale.

M. Joffroy communique, au nom de M. Deshayes (d'Orléans), l'observation d'une femme de vingt et un ans qui, quelques jours après avoir accouché, fut prise d'une paralysie motrice complète des deux membres supérieurs accompagnée de fièvre; il n'existait pas de troubles de la sensibilité ni des sphincters; la malade succomba au bout de quatre jours dans le coma. Tous ces accidents seraient attribuables, d'après l'orateur, à une poliomyélite antérieure aiguë de la région cervicale, ayant déterminé la mort par propagation au bulbe.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 décembre 1900.

Cultures du microbe du chancre mou.

MM. Bezançon, Griffon et **Le Sourd**. — Voici des cultures du bacille que Ducrey a décrit comme agent pathogène du chancre mou : elles proviennent de différents malades, les unes directement, par ensemencement du pus du chancre primitif, d'un chancre d'inoculation ou d'un bubon chancrelleux, les autres indirectement, par repiquages successifs.

Le milieu nutritif qui nous a permis de réaliser ces cultures est le sang gélosé de lapin. Sur ce milieu, on voit apparaître au bout de vingt-quatre heures des colonies arrondies, hémisphériques, brillantes, qui, après quarante-huit heures, deviennent souvent opaques, grisâtres et plus volumineuses. Lorsqu'on les prélève pour l'examen microscopique, elles fuient devant le fil de platine et, sur la lamelle, sont difficiles à dissocier. Elles sont formées de bacilles soit isolés, soit groupés parallèlement en amas, soit réunis en courtes chaînettes. La morphologie de ces microorganismes est celle que Ducrey, Unna, Ch. Nicolle attribuent aux formes trouvées dans le pus et dans les coupes de chancre.

Dans le liquide condensé au fond des tubes de culture, le microbe prend un aspect très particulier : il se dispose en chaînettes grêles et flexueuses, souvent d'une longueur considérable.

La vitalité et la virulence de ce bacille se conservent très longtemps sur le milieu en question. Avec une colonie provenant d'une culture de onzième génération, nous avons reproduit un chancre mou typique.

Le bacille de Ducrey se développe également sur le sérum non coagulé de lapin. Le milieu se trouble légèrement et présente de petits flocons; au microscope, les microbes apparaissent sous forme de chaînettes de moyenne longueur, très flexueuses, enchevêtrées. Mais leur vitalité est ici de courte durée.

Le « sang gélosé » est donc le milieu de choix pour la culture du microbe du chancre mou; il peut être utilisé pour le diagnostic de cette affection, et dispensera désormais de recourir à l'épreuve de l'auto-inoculation.

Les globules blancs dans la tuberculose.

MM. Achard et **Lœper**. — La formule leucocytaire des épanchements séreux de nature tuberculeuse est caractérisée par la prédominance des éléments mononucléaires. Nous avons vérifié ce fait dans un cas d'arthrite tuberculeuse à contenu séreux et dans le liquide d'articulations ayant reçu une injection de bacilles tuberculeux. Toutefois, dans ces conditions expérimentales, on constate tout d'abord une courte période où les polynucléaires sont plus nombreux.

Le sang offre des variations correspondantes de la formule leucocytaire. Il présente la même réaction en cas de tuberculose localisée et de tuberculose généralisée par inoculation intraveineuse.

L'examen histologique des lésions tuberculeuses montre que ce sont d'abord les polynucléaires qui apparaissent; à cette polynucléose locale succède bientôt l'afflux des mononucléaires; enfin, lorsque la caséification se produit et amène la mortification des éléments anatomiques, les polynucléaires réapparaissent.

Chez l'homme, le sang subit l'influence de la réaction leucocytaire locale. Nous avons observé l'augmentation relative des mononucléaires dans la tuberculose aiguë et dans les cas d'épanchements séreux, la polynucléose au cours de la pneumonie caséeuse. Mais bien des influences accidentelles, comme les infections secondaires, divers incidents intercurrents et aussi la présence dans l'organisme de plusieurs foyers à différents stades d'évolution, peuvent défigurer plus ou moins le type de la réaction leucocytaire.

Mécanisme de l'analgésie cocaïnique par voie rachidienne.

MM. Tuffier et **Hallion** déposent une note dans laquelle ils exposent les résultats d'un certain nombre d'expériences sur le chien, démontrant que l'anesthésie du segment inférieur du corps, obtenue au moyen de l'injection de cocaïne sous l'arachnoïde dans le canal lombaire, est due à une sorte de section physiologique transitoire des racines postérieures.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 6 décembre 1900.

Influence du traitement antisyphilitique sur l'épithélioma.

M. Du Castel. — Voici un homme qui est entré au mois d'octobre dernier dans mon service avec une tuméfaction très marquée de la joue gauche; on voyait, sur la face interne de cette joue, des lésions de leucoplasie et une grosse plaque gangreneuse. Le malade, qui rapportait le tout à un traumatisme antérieur (un coup de tête de cheval qu'il avait reçu en ce point au mois d'août), avait été soumis, avant d'entrer dans mon service, au traitement mercuriel par les pilules de protoiodure et par une injection de calomel. Peu à peu, la masse gangreneuse se détacha, laissant après elle une ulcération qui a fini par perforer tous les tissus et qui s'est étendue excentriquement, détruisant la commissure des lèvres et produisant sur la joue gauche une perte de substance plus large qu'une pièce de 5 francs, à bords épaissis, indurés et calleux. La coexistence de la leucoplasie me fit penser à la possibilité d'un cancer; une biopsie permit de s'assurer qu'il s'agissait, en effet, d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

Je me demande si le développement rapide du néoplasme n'est pas attribuable, dans ce cas, à l'intervention du traitement mercuriel.

M. J. Darier. — Je crois que lorsqu'on parle de l'influence défavorable du traitement spécifique sur les épithéliomas, il y a lieu de faire une distinction. Pour ma part, je suis convaincu que l'administration de l'iodure de potassium, surtout à forte dose, active le bourgeonnement néoplasique. J'ai constaté notamment ce fait chez une malade qui mourut quatre mois après l'apparition d'une ulcération de la joue : elle avait pris 12 grammes d'iodure de potassium chaque jour pendant les deux premiers mois de sa maladie. J'admets également la nocivité, en pareil cas, des applications de substances dégageant de l'iode, telles que l'iodoforme, l'iodol ou l'aristol.

Le mercure, en revanche, ne me semble pas avoir la même action sur les épithéliomas, et même les injections de calomel paraissent pour un temps diminuer l'infiltration plasmatique développée autour de la tumeur.

En résumé, j'estime que, lorsqu'on se trouve en présence d'une lésion à propos de laquelle on hésite entre l'épithélioma et la syphilis, il faut pratiquer la biopsie; si celle-ci ne peut être faite, on est en droit de tenter le traitement spécifique d'épreuve, mais en n'administrant que du mercure, particulièrement du calomel en injections, et en se gardant bien d'avoir recours à l'iodure de potassium.

M. Du Castel. — Je pense aussi que l'action de l'iodure de potassium sur l'épithélioma est beaucoup plus funeste que celle du mercure. Mais ce dernier médicament lui-même peut-il être prescrit sans danger, lorsqu'il s'agit d'un cancer ? Je crois me rappeler que, de l'avis de M. Fournier, le mercure provoque d'abord une amélioration passagère, puis une aggravation rapide de la tumeur.

M. A. Fournier. — Je dois dire d'abord que je n'ai pas remarqué l'influence si pernicieuse, dont vient de parler M. Darier, de l'iodure de potassium sur le cancer buccal. Quant aux injections de calomel, il est indubitable qu'elles commencent par réduire considérablement ces néoplasmes; j'ai constaté cette amélioration, qui dure trois semaines environ, dans nombre de cas. Puis il se fait un temps d'arrêt; enfin le développement de la tumeur reprend, sans que je puisse dire si le processus est alors plus actif.

Ce qui hâte particulièrement l'évolution du cancer de la bouche, c'est l'intervention chirurgicale. Il est à peu près constant de voir survenir une récidive immédiate avec infiltration considérable, et la mort ne se fait pas longtemps attendre.

M. Nélaton. — En présence d'un épithélioma buccal, la majorité des chirurgiens s'accordent actuellement à repousser l'intervention, à moins que la tumeur ne soit extrêmement limitée ou qu'elle ne se présente sous la forme papillomateuse. Je dois dire cependant que quelques chirurgiens, M. Reclus entre autres, font valoir que, même en cas d'épithélioma végétant, ils ont parfois obtenu des survies absolument inespérées, ce qui leur paraît justifier l'opération de toutes les variétés de cancer de la bouche. Je ne crois pas que chez le malade présenté par M. Du Castel on puisse intervenir actuellement : la muqueuse est largement infiltrée, les bords sont extrêmement indurés, les ganglions sont très probablement envahis.

M. Brocq. — Je demanderai à M. Fournier s'il ne pense pas que cette amélioration passagère des épithéliomas, provoquée par le calomel, pourrait être rapportée à la résolution, sous l'influence du mercure, de lésions syphilitiques coïncidant avec le cancer ?

M. A. Fournier. — Dans plusieurs des épithéliomas de la bouche que j'ai vus s'amender pour quelque temps à la suite d'injections de calomel, il m'a été impossible de déceler la syphilis. Il est vrai qu'il faut toujours compter avec une syphilis ignorée. D'ailleurs, je crois que dans la grande majorité des cas la vérole est un facteur étiologique important du cancer de la langue; c'est elle qui provoque ces leucoplasies auxquelles succèdent des épithéliomas buccaux. Je rappellerai à ce propos ce malade de M. Barthélemy, qui fut pendant trente-deux ans, sans inconvénients, un fumeur acharné, mais qui ensuite, sous l'influence d'une syphilis tardive, fut atteint de leucoplasie, puis de cancer de la langue.

M. J. Darier. — *A priori*, on peut admettre que le calomel agit sur l'épithélioma sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir la syphilis, car on sait que ce médicament exerce une influence très favorable sur le lupus et sur les tuberculides chez des sujets non syphilitiques.

D'autre part, voici une démonstration directe de cette action : j'ai pratiqué une injection de calomel chez un sujet, sûrement non syphilitique, qui était porteur d'un cancer de la bouche. Ce malade m'avait été confié par un chirurgien qui désirait soumettre la tumeur à l'action résolutive du mercure avant de l'opérer. L'injection fut extrêmement douloureuse et le patient se refusa à une seconde tentative. Néanmoins, le néoplasme, huit jours après, avait diminué d'un cinquième de son volume environ; il était devenu plus mobile et plus indépendant.

Nous sommes tous d'accord pour admettre que le calomel agit non pas sur les éléments épithéliaux eux-mêmes, mais sur l'infiltration plasmatique qui délimite la tumeur.

M. Gastou. — Un certain nombre d'injections de calomel ont été pratiquées dans le service de M. le professeur Fournier chez des sujets atteints d'ulcères de jambe. Les résultats ont été favorables, et des biopsies ont permis de s'assurer que l'amélioration était due au processus que M. Darier vient de signaler.

Des syphilides persistantes et de leur traitement.

M. Hallopeau. — Le malade que je vous présente est entré dans mon service au mois d'août dernier avec des syphilides ulcéreuses disséminées siégeant au visage, sur les membres et aux pieds. Toutes ces lésions se sont rapidement cicatrisées sous l'influence d'injections de calomel, de frictions mercurielles, de l'administration d'iodure de potassium et d'applications locales de solution de sublimé. Seules, les syphilides du visage et de la plante des pieds ont persisté. A la figure, on peut expliquer le fait par la difficulté de pratiquer le traitement local dans une région où le système pilaire est très développé. Quant à la résistance aux agents thérapeutiques des syphilides plantaires, je la crois due à l'épaisseur considérable de l'épiderme en ce point; il y a là un obstacle mécanique au contact des parties atteintes avec les médicaments. Il a été récemment établi que le mercure est apporté dans les tissus par les phagocytes; or, ceux-ci ne peuvent pénétrer dans l'épiderme.

Chez ce malade, on voit la partie centrale des ulcérations plantaires, qui est accessible aux topiques, bourgeonner et n'attendre qu'une greffe épidermique pour se cicatriser, alors que le bord forme un sillon profond, ulcéré et sanieux, sous l'épaisse couche épidermique qui le recouvre. Il me semble indiqué de détruire ces masses épidermiques.

M. A. Fournier. — J'attribuerais volontiers la persistance de ces ulcérations aux applications de solution de sublimé, que j'ai toujours vues donner de mauvais résultats, et souvent des accidents d'hydrargyrisme.

M. Hallopeau. — J'emploie ce traitement local depuis nombre d'années et je n'ai eu qu'à m'en louer.

M. E. Besnier. — Il arrive parfois que la dose de mercure administrée a été suffisante pour faire disparaître toutes les syphilides dont un sujet est porteur, sauf une seule lésion qui se montre particulièrement récalcitrante. Il faut alors administrer des doses plus fortes. C'est ainsi que j'ai le souvenir d'un de mes malades qui, à la suite d'injections de calomel, guérit de toutes les ulcérations syphilitiques dont il était atteint, mais conserva une syphilide de la lèvre supérieure qui augmentait toujours et ne tarda pas à se phagédéniser. Il suffit de pratiquer une nouvelle injection de calomel, mais à 0 gr. 10 centigr. cette fois, pour que, deux jours après, l'ulcération, jusqu'alors rebelle, commençât à se combler; elle ne tarda pas à guérir.

M. Balzer. — Cette persistance d'une lésion, alors que toutes les autres manifestations contemporaines rétrocèdent rapidement, se voit à la période tertiaire comme à la période secondaire. Elle peut s'expliquer soit par l'insuffisance du traitement, comme vient de le montrer M. Besnier, soit aussi par des conditions anatomiques spéciales : des oblitérations vasculaires peuvent se faire au niveau de la lésion et empêcher l'apport du mercure aux tissus malades.

Traitement du lupus érythémateux par les courants de haute fréquence.

M. Brocq. — Les courants de haute fréquence sont appliqués depuis quelque temps par M. Bisserié, dans ma policlinique, au traitement du lupus érythémateux. Voici, comme exemples de ce qu'on peut ainsi obtenir, quatre malades : d'abord une petite fille aujourd'hui guérie, qui avait depuis trois ou quatre ans un lupus érythémateux du front; puis un homme dont le cuir chevelu, totalement envahi, est actuellement presque complètement cicatrisé; en troisième lieu, une femme avec un lupus érythémateux fixe du nez, qui n'a été qu'amélioré (cette forme de lupus paraît être celle qui bénéficie le moins du traitement par les courants de haute fréquence); enfin un homme, qui était défiguré depuis nombre d'années par un énorme lupus érythémateux crétacé progressivement envahissant, et qui ne présente plus que quelques placards en voie de régression. M. Bisserié a pu poursuivre longtemps ce traitement dans 62 cas de lupus érythémateux : il en considère 33 comme guéris; de 29 malades soumis depuis peu à la même méthode, 7 l'ont abandonnée, probablement parce qu'ils n'en bénéficiaient pas; 8 n'ont pas été améliorés; 14 continuent à recourir aux applications d'effluves de haute fréquence et leur état paraît s'amender.

Ce procédé présente des avantages marqués : les séances sont très courtes; elles ne sont pas douloureuses; il ne se produit ni rougeur, ni vésication de la peau; le malade n'est donc pas défiguré et peut poursuivre ses occupations pendant toute la durée du traitement.

Le dispositif nécessaire pour l'application des courants de haute fréquence est moins dispendieux que l'appareil de Finsen, qui donne également de bons résultats dans le traitement de cette affection.

L'une et l'autre méthode, exigeant d'ailleurs des appareils spéciaux et une installation électrique, ne sont pas à la portée de tous les praticiens, de sorte qu'elles ne remplaceront jamais entièrement les procédés plus simples de traitement du lupus érythémateux.

M. Barthélemy. — J'ai obtenu des améliorations marquées dans plusieurs faits de lupus érythémateux, et même 2 guérisons, grâce aux courants de haute fréquence. Mais dans d'autres cas cette méthode ne m'a donné aucun résultat. Je ferai remarquer, d'ailleurs, que non seulement la méthode de Finsen, mais encore les moyens thérapeutiques les plus simples, tels que les applications de savon noir ou d'acide pyrogallique, donnent également des succès. J'ai appliqué les courants de haute fréquence au moyen du balai à distance.

M. Bisserié. — Le mode d'application de ces courants a, je crois, une très grande importance. Je n'ai pas réussi pour ma part avec les effluves obtenues par le balai à distance. Grâce à un appareil spécial, je place l'électrode sur la peau même et je tire ainsi directement des étincelles. Ce dispositif m'a paru contribuer beaucoup au succès.

Pityriasis rubra pilaire avec hyperplasie épithéliale des cornées.

M. Kalt présente, au nom de M. Du Castel et au sien, une petite fille de dix ans, atteinte d'un pityriasis rubra pilaire qui aurait débuté dès la première enfance. Cette jeune malade porte sur les deux cornées des modifications comparables aux altérations cutanées, sous forme d'hyperplasie épithéliale. Des deux côtés, il existe un peu de conjonctivite. La cornée gauche est le siège d'une plaque hyperplasique circulaire, large de 5 millimètres environ, épaisse d'un quart de millimètre. Histologiquement, il s'agit d'une hyperplasie épithéliale considérable avec remplacement de la membrane de Bowman par du tissu fibrillaire. Cet œil a passé par une phase d'iritis qui a coïncidé probablement avec le début de l'affection, époque à laquelle il paraît avoir existé une ulcération, mais sans perforation de la cornée.

L'œil droit semble être à la première phase. La cornée est superficiellement ulcérée et légèrement panneuse. Vers le centre de la membrane, on a constaté également une plaque hyperplasique blanche qui a disparu à la suite d'applications de pommade à l'oxyde jaune. De ce côté aussi se voient des traces d'iritis.

Le début des lésions oculaires remonterait à l'âge de trois ans.

Dans un autre cas, l'orateur a observé des lésions de la cornée identiques au point de vue clinique et histologique à celles que présente cette enfant, mais ne coïncidant pas avec des altérations cutanées.

Télangiectasie généralisée acquise.

M. L. Delherm montre, au nom de M. Léopold-Lévi et au sien, une femme obèse, atteinte de néphrite chronique et présentant des télangiectasies généralisées. Ces dernières ont débuté il y a trois ans, concurremment avec une grippe. Les éléments sont apparus d'abord sur l'avant-bras gauche, sur la cuisse et le pied droits, puis il y a eu des poussées successives. Il existe actuellement environ 35 plaques télangiectasiques disséminées sur les membres inférieurs, le ventre, les fesses et l'avant-bras gauche. Ces plaques ne dépassent guère les dimensions d'une lentille; elles sont d'un rouge violacé, maculeuses; elles disparaissent à la pression et présentent une desquamation légère; à leur niveau, la température n'est pas modifiée, mais la sensibilité est légèrement diminuée.

Il semble que les altérations cutanées en question soient sous la dépendance du mal de Bright.

La télangiectasie généralisée acquise est une affection très rare, puisqu'on n'en connaît que 7 observations qui ont été relatées par Tanturri, Hillairet, Vidal, Morrow, Gastou, Léopold-Lévi et Lenoble, enfin par Brocq.

ÉTRANGER

BERLIN

—

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 28 novembre 1900.

Sur les hernies lombaires.

M. Borchardt. — Les hernies lombaires constituent la variété la plus rare des hernies abdominales. Elles se produisent principalement à travers deux points faibles de la paroi : l'un, connu depuis longtemps, est le triangle de J.-L. Petit; l'autre a été décrit plus récemment par von Grünfeld et Lesser sous le nom de *triangle lombaire supérieur;* il n'est pas douteux, d'ailleurs, que les hernies en question puissent siéger en d'autres points de la paroi abdominale, car, sur 47 observations que j'ai trouvées dans la littérature médicale, 13 seulement se rapportent à des hernies du triangle de Petit (11 cas) ou du triangle lombaire supérieur (2 faits).

Au point de vue de leur origine, on peut classer les hernies lombaires en trois groupes : les unes sont traumatiques; d'autres sont consécutives à un processus suppuratif (abcès par congestion); les dernières enfin, les plus nombreuses puisqu'elles sont représentées par 22 exemples sur les 47 faits que j'ai relevés, sont spontanées. Celles-ci ont parfois une étiologie complètement obscure; ailleurs, elles semblent consécutives à une grossesse ou à la faiblesse du système musculaire; quelques-unes enfin sont congénitales.

Voici un enfant de quinze mois porteur d'une hernie qui me paraît appartenir à cette dernière catégorie. Il présente, sur le côté gauche de l'abdomen, une tumeur hémisphérique, occupant tout l'espace compris entre le rebord costal et la crête iliaque; cette tumeur, entièrement réductible, est de volume variable : petite quand l'enfant est tranquille, elle augmente sitôt qu'il crie. La palpation permet d'y reconnaître, outre un paquet intestinal, la rate et le rein gauche.

Le diagnostic des hernies lombaires est facile : il suffit d'y penser ; l'erreur la plus fréquente consiste à les confondre avec un abcès par congestion.

Quant au traitement, la cure radicale n'a été tentée que 4 fois sur 47, ce qui tient surtout à ce que la plupart des observations publiées jusqu'ici sont antérieures à l'ère antiseptique. En ce qui concerne le cas présent, j'ai seulement prescrit le port d'un bandage, me réservant d'opérer quand le petit malade sera plus fort et son système musculaire mieux développé.

Kératite due à la nitronaphtaline.

M. Silex montre un homme atteint d'une kératite interstitielle professionnelle, consécutive à l'irritation par les gaz que dégage la nitronaphtaline. Cette affection se traduit par un affaiblissement de l'acuité visuelle, attribuable à la perte de transparence de la cornée; cette membrane est parsemée, en outre, de petites vésicules reposant sur un fond d'un gris verdâtre.

Il faut se garder de traiter cette kératite par l'iodure de potassium et la pommade à l'oxyde jaune, comme on serait tenté de le faire; le seul moyen de la faire disparaître est de soustraire le patient à l'influence nocive de la nitronaphtaline.

On ne connaît encore que 2 cas semblables, observés par Fuchs à Vienne.

Dr Villaret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 3 décembre 1900.

Résections costales étendues pour un abcès du poumon.

M. Karewski. — Voici un petit garçon âgé de quatre ans, qui a été atteint l'année dernière d'une pneumonie suivie d'un empyème. On pratiqua une thoracotomie avec résection costale, mais il en résulta une fistule qui, lorsque je vis ce petit malade, me parut tenir à la soudure de plusieurs côtes entre elles. Pour remédier à cet état de choses, je pratiquai la résection des deuxième, troisième et quatrième côtes en avant et des huitième et neuvième côtes en arrière, de façon à assurer le libre écoulement du pus. Malgré cette double résection, la fistule persista. Je pensai alors qu'au lieu d'un empyème véritable, il s'était peut être agi, chez cet enfant, d'un abcès du poumon ouvert dans la plèvre, et je me décidai à une nouvelle intervention. Je réséquai, cette fois, les cinquième, sixième et septième côtes en totalité et constatai alors qu'il y avait une énorme perte de substance dans le poumon gauche. Cette opération fut suivie, comme vous le voyez, d'une guérison complète. Non seulement ce petit garçon se porte très bien, mais il ne présente aucune déformation de la colonne vertébrale.

Abcès périsplénique à la suite d'un traumatisme et extirpation de la rate.

M. Karewski montre une jeune fille de treize ans qui, au mois de juin dernier, fut violemment serrée contre un mur par une voiture. Transportée sans connaissance à l'hôpital, on constata une fracture de la clavicule et quelques désordres abdominaux qui cédèrent à l'emploi de l'opium. Mais, un certain temps après, il survint de nouveau de la fièvre et des douleurs de ventre sans vomissements. L'examen de l'abdomen permit de reconnaître l'existence, dans l'hypocondre gauche, d'un abcès situé sous le diaphragme, qui fut d'abord ponctionné, puis incisé : on y trouva, outre une grande quantité de pus fétide, la rate, qui était complètement séparée de sa capsule et qui se laissa enlever sans difficulté. La santé de cette jeune fille est aujourd'hui très bonne et l'examen du sang, renouvelé à plusieurs reprises, n'a permis d'y déceler aucune modification des éléments constituants de ce liquide.

M. Franz Müller communique un certain nombre d'expériences démontrant qu'à la suite de l'administration des préparations martiales la teneur du sang en hémoglobine augmente et que la moelle des os contient une proportion d'érythrocytes avec nucléoles beaucoup plus considérable qu'à l'état normal.

Dr Villaret.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 8 décembre 1900.

Des bruits normaux et pathologiques résultant de la contraction des muscles.

Dans la séance d'hier de la Société império-royale des médecins de Vienne, **M. Max Herz** a communiqué le résultat de ses recherches sur les bruits normaux et pathologiques qui résultent de la contraction musculaire. Ces bruits, analogues, au moins quant à leur mécanisme, à ceux que produisent les contractions du cœur, peuvent être perçus à distance ou par l'auscultation directe. Ils sont forts ou doux, élevés ou bas et prennent même quelquefois le caractère d'un véritable souffle.

La connaissance de ces bruits et de leurs modifications peut fournir des indications non seulement sur l'état du muscle examiné, mais encore sur celui de la musculature en général et même du système nerveux central.

De l'hypoplasie de la prostate et de ses conséquences.

M. Englisch a fait observer que la diminution de volume de la prostate pouvait être congénitale (hypoplasie) ou acquise (atrophie). Dans le premier cas, la glande conserve sa forme et sa consistance normales, caractères qui sont au contraire modifiés quand il s'agit d'atrophie.

L'hypoplasie de la prostate se rencontre surtout chez les sujets malingres et détermine souvent la formation, au niveau du sphincter vésical, d'une sorte de repli valvulaire qui donne lieu à différents troubles de la miction (ténesme, incontinence, rétention, etc.). En somme, ces troubles sont très analogues à ceux qui accompagnent l'hypertrophie prostatique, mais, tandis que ces derniers sont l'apanage des gens âgés, on observe les premiers dès le jeune âge. Plus souvent aussi que celles qui caractérisent l'hypertrophie, les perturbations de la miction causées par l'hypoplasie retentissent sur les voies urinaires supérieures et peuvent en déterminer l'infection; leur pronostic est donc plus grave.

Deux cas de nystagmus associé.

Dans la séance du 5 décembre du Club médical de Vienne, **M. E. Stransky** a présenté deux cas de nystagmus associé. Sous ce nom, l'orateur désigne un phénomène qui consiste dans des oscillations horizontales et obliques du globe oculaire, lorsqu'on maintient les paupières écartées avec les doigts. Le premier des malades en question est atteint de névrose traumatique, le second est un tuberculeux et en même temps un hystérique; dans deux autres faits que l'orateur a observés, les sujets étaient l'un épileptique et l'autre neurasthénique. Aucune altération des milieux de l'œil n'a été relevée chez ces différents malades.

Myosite ossifiante traumatique.

M. Grünbaum a montré un homme de cinquante-quatre ans qui, à la suite d'un traumatisme, fut atteint d'une induration au niveau de la cuisse. A l'examen du malade, on constate une tuméfaction des muscles extenseurs de la cuisse, qui ont pris une consistance osseuse et sont devenus douloureux à la pression. Il s'agit donc d'une myosite ossifiante du triceps fémoral, d'origine traumatique. L'examen radiographique a, du reste, prouvé que le fémur était complètement étranger au processus morbide.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Recherches sur le traitement des animaux tuberculeux par la méthode de Landerer, par M. E. Krompecher.

Le processus naturel de guérison des lésions tuberculeuses étant la transformation fibreuse du tubercule, consécutive elle-même à l'envahissement de celui-ci par les leucocytes, certaines méthodes de traitement de la tuberculose visent uniquement à provoquer l'hyperleucocytose : c'est notamment le cas du procédé de Landerer, qui consiste, comme on sait, en injections d'acide cinnamique ou de cinnamate de soude et qui a fait, en Allemagne, l'objet de nombreuses recherches, tant cliniques qu'expérimentales, plus ou moins démonstratives.

C'est dans le but de contrôler ces recherches, et de déterminer la valeur de la méthode en question, que M. Krompecher a entrepris les expériences dont il publie les résultats dans le présent travail.

Elles ont porté sur deux points. Il s'agissait d'abord de savoir si les préparations cinnamiques sont capables de conférer l'immunité contre la tuberculose et si elles ont une influence quelconque sur la marche de cette maladie, ensuite d'établir la valeur curative de cette médication contre une tuberculose déjà en évolution.

Pour résoudre la première de ces questions, l'auteur a inoculé des bacilles de Koch virulents (les animaux témoins ont péri dans un laps de temps variable entre treize jours et deux mois et demi, selon le mode d'introduction des germes) à des lapins et à des cobayes préalablement soumis, à titre préventif, au traitement de Landerer. Celui-ci, institué quatre mois au plus et deux mois et demi au moins avant l'inoculation, comportait des injections hebdomadaires ou bi-hebdomadaires de cinnamate de soude en solution à 2 %, à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 40 centigr. chez le lapin, de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 centigr. chez le cobaye; l'usage de quantités plus fortes ou d'une solution plus concentrée amena plusieurs fois la mort par syncope cardiaque réflexe. Or, tous les animaux ainsi traités (ils avaient reçu de 190 à 315 centigrammes de cinnamate de soude) succombèrent à la tuberculose de un à deux mois après l'inoculation; la méthode de Landerer non seulement ne les avait pas immunisés, mais n'avait même en rien retardé chez eux la marche des lésions.

En ce qui concerne l'effet thérapeutique des préparations cinnamiques, le résultat des expériences de M. Krompecher est aussi défavorable. Des injections de 0 gr. 10 à 0 gr. 15 centigrammes de cinnamate de soude, commencées chez 5 cobayes et 5 lapins de deux à vingt-huit jours après l'inoculation de culture de bacilles de Koch virulents, furent continuées régulièrement deux fois par semaine; les 10 animaux moururent tuberculeux de un à cinq mois plus tard, c'est-à-dire dans les mêmes délais que les témoins, et leur autopsie ne fit découvrir aucune tendance à la cicatrisation des lésions. La seule modification constatée par l'auteur fut une prolifération du stroma conjonctif des poumons, une véritable *pneumonie interstitielle;* mais comme celle-ci existait aussi chez des animaux qui avaient reçu simplement des injections intraveineuses de bacilles virulents, vivants ou morts, il est impossible de l'attribuer au traitement cinnamique.

Il convient d'ajouter que M. Krompecher a reconnu la réalité de l'hyperleucocytose consécutive aux injections cinnamiques; mais cette hyperleucocytose, qui survient trois ou quatre heures après l'injection, disparaît au bout de vingt-quatre heures.

Les expériences que nous venons de relater semblent bien démontrer l'inefficacité complète du procédé de Landerer. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, novembre 1900.) — F. F.

Hystérie et goitre exophtalmique alternes, par M. C. Féré.

La coexistence de l'hystérie et de la maladie de Basedow a été signalée depuis longtemps; d'autre part, on connaît bien les formes unilatérales de ces deux affections. Mais il est plus rare qu'un même sujet présente à la fois des manifestations hystériques d'un côté du corps et des symptômes de goitre exophtalmique de l'autre côté. La malade dont l'auteur relate l'histoire dans le présent travail est précisément un exemple d'une telle association.

Il s'agit d'une femme actuellement âgée de soixante ans, mais qui a été soumise à l'observation de M. Féré dès l'année 1889. Hystérique depuis longtemps, elle se plaignait à ce moment là de palpitations et d'un engourdissement douloureux du côté gauche, survenant spécialement la nuit; ces troubles dataient de dix-huit mois et auraient débuté à l'occasion d'un refroidissement. D'ailleurs, l'examen objectif permettait de reconnaître, à gauche, l'existence d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle permanente et complète; il y avait même, de ce côté, un certain degré d'amyasthénie.

Par contre, à droite, on note une exophtalmie bien marquée; l'œil se ferme bien, quoique plus ouvert de ce côté qu'à gauche; sa pupille est plus dilatée que celle de l'autre œil; cependant, les réflexes lumineux et accommodatif y sont conservés. Les clignements réflexes sont moins étendus à droite, et, quand le regard se dirige en bas, la paupière supérieure droite suit avec plus de lenteur que sa congénère gauche le mouvement d'abaissement du globe. Il existe un tremblement menu et régulier des doigts, manifestement plus accentué à droite. Pas de tumeur thyroïdienne; le pouls est à 96 quand la malade est assise, à 120 quand elle se tient debout.

L'anesthésie sensitivo-sensorielle a disparu depuis 1894; le syndrome basedowien, au contraire, ne s'est nullement modifié.

Fait curieux, cette femme a une fille qui, à l'époque où M. Féré l'observait (elle avait alors treize ans), reproduisait exactement, avec leur localisation précise, tous les troubles hystériques qu'avait la malade elle-même, mais sans manifestations de la maladie de Basedow. De

plus, mère et fille présentent au médius de la main gauche une concavité cubitale très nette : on sait que des malformations unilatérales sont souvent en rapport avec la localisation de troubles hystériques. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, septembre-octobre 1900.) — F. F.

L'intoxication acide dans la gastro-entérite des nourrissons, par M. E. Terrien.

Divers auteurs ayant constaté, après l'ingestion d'acides minéraux ou organiques, l'élimination par l'urine d'une quantité considérable de sels ammoniacaux formés aux dépens de l'urée, il semble définitivement acquis que cette réaction urologique témoigne d'une intoxication acide de l'organisme; et précisément l'existence de ce mode d'excrétion de l'azote était une des principales raisons qui avaient fait rapporter à un tel empoisonnement les troubles caractéristiques de la gastro-entérite des nourrissons.

Malheureusement, des recherches plus récentes sont venues démontrer que, dans la plupart des cas, les résultats des dosages dont il s'agit sont entachés d'erreur, par suite de l'impossibilité où l'on se trouve d'empêcher dans les appareils la fermentation ammoniacale spontanée des urines. Il fallait donc trouver un autre moyen de mettre en lumière le rôle d'une intoxication acide chez les petits malades en question : c'est ce que M. Terrien vient de tenter en déterminant directement, chez eux, le degré d'alcalinité du sang.

75 examens, pratiqués chez 27 enfants, lui ont permis de constater qu'il y a une relation évidente entre l'intoxication acide et la gastro-entérite : en effet, lorsque celle-ci dure depuis quelques jours, le titre alcalimétrique du sang est notablement abaissé; la diarrhée paraît avoir à ce point de vue une influence toute spéciale, car ses fluctuations se répercutent immédiatement sur le taux d'alcalinité du liquide sanguin; par contre, ce taux remonte très rapidement sous l'influence des lavages de l'estomac. La diète hydrique, même au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, reste sans effet sur le degré alcalimétrique du sang; il est vraisemblable que, prolongée plus longtemps, elle l'abaisserait.

Enfin, l'athrepsie ou la cachexie seules semblent insuffisantes à déterminer l'intoxication acide quand la diarrhée a disparu, au point que l'on peut voir le titre alcalimétrique rester stationnaire ou même se relever, dès que la diarrhée cesse, et cela alors même que l'état général s'aggrave et devient menaçant. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, décembre 1900.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

La névralgie franche du laryngé supérieur, par M. G. Avellis.

Des douleurs laryngées d'origine purement nerveuse ont souvent été observées chez les hystériques et chez les neurasthéniques ; mais il existe aussi des névralgies laryngées typiques dont l'auteur a eu l'occasion d'observer 14 exemples (11 fois chez des hommes et 3 fois chez des femmes) au cours des deux dernières années, et qui paraissent tout à fait indépendantes des états morbides précités.

Il s'agissait dans ces cas de sujets d'âge moyen chez lesquels la parole, la déglutition et les mouvements d'inclinaison latérale de la tête provoquaient des douleurs plus ou moins fortes, et cela en l'absence de toute lésion apparente du pharynx, du larynx et de la bouche, ainsi que des organes et des tissus de la région cervicale. Ces douleurs, qui siégeaient tantôt d'un seul côté du cou, tantôt des deux côtés, devenaient parfois assez intenses pour gêner les patients dans leurs occupations; chez certains, elles irradiaient vers l'oreille, l'épaule et le voile du palais. Les sujets en question n'ont jamais présenté le moindre stigmate d'hystérie ni de troubles neurasthéniques. Par contre, M. Avellis a toujours pu constater chez eux l'existence de deux points douloureux typiques, tels qu'on les rencontre dans les névralgies franches : le premier, facile à découvrir par l'exploration digitale du cou, siége à l'endroit précis où le nerf laryngé supérieur traverse la membrane hyo-thyroïdienne; l'autre, dont la recherche exige l'emploi de la sonde, se trouve au niveau du sinus pyriforme du larynx, où le même nerf est très superficiel.

En conséquence, l'auteur estime qu'on a affaire dans l'espèce à une névralgie du laryngé supérieur d'origine vraisemblablement grippale, hypothèse qui fut confirmée par l'influence du traitement : tous les troubles disparurent bientôt, en effet, grâce à l'administration de médicaments analgésiques et à l'application de cataplasmes chauds sur le cou. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 novembre 1900.)

De l'inflammation des cartilages costaux consécutive à la fièvre typhoïde, par M. Lampe.

L'auteur relate dans le présent travail un cas d'inflammation post-typhoïdique des cartilages costaux, dont il a fait une étude histologique et bactériologique complète.

Le malade dont il s'agit se fit admettre dans le service de M. Barth, à Dantzig, six mois après avoir été atteint de fièvre typhoïde. Il avait ressenti assez fréquemment, depuis cette époque, une douleur au niveau de la partie antérieure du thorax à gauche. Une tuméfaction diffuse s'était produite lentement au-dessous et en dedans du mamelon du même côté : on constatait en ce point une légère proéminence accompagnée d'une rubéfaction du tégument. Une incision parallèle au sternum fut menée à ce niveau et permit d'évacuer un foyer purulent; en outre, les cartilages des cinquième, sixième et septième côtes étant dénudés et présentant une surface rugueuse, on en pratiqua la résection sous-périchondrale. Les suites opératoires furent normales, et le malade quitta le service au bout de trois semaines.

Le pus contenait le bacille d'Eberth à l'état de pureté. L'examen histologique démontra que le cartilage présentait dans toute son épaisseur des manifestations inflammatoires. Ces dernières étant liées à l'existence d'une vascularisation physiologique, l'auteur a examiné, à ce propos, l'état des cartilages costaux aux différentes périodes de la vie; il est arrivé à la conclusion qu'à partir de vingt et un ans, ces cartilages commencent à offrir un certain degré de vascularisation qui augmente avec l'âge. Ces recherches confirment, d'après lui, l'opinion de M. Helferich, pour qui la chondrite éberthienne serait due à l'existence physiologique d'une vascularisation du cartilage, et à la présence d'une moelle centrale analogue à la moelle osseuse. L'inflammation ne débuterait donc pas par le périchondre, mais bien au centre même du cartilage.

Quant au traitement, M. Lampe est partisan d'une intervention radicale — c'est-à-dire de la résection du cartilage malade — dans les cas où il existe de la suppuration, alors que l'expectation lui paraît préférable tant qu'il n'y a pas de pus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 5-6.) — F. DE Q.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intraveineuses de formol.

M. le docteur R. Maguire, médecin du « Brompton Hospital » pour les phtisiques, à Londres, a institué récemment, avec le résultat le plus encourageant, une série d'essais sur le traitement de la phtisie pulmonaire par les injections intraveineuses d'aldéhyde formique.

Après s'être convaincu, par des expériences faites d'abord sur les animaux, puis sur lui-même, que ces injections ne peuvent avoir d'inconvénients lorsqu'elles sont pratiquées avec toutes les précautions nécessaires, notre confrère s'est décidé à appliquer ce traitement chez les phtisiques. Il a employé une solution de 1 partie de formol pour 2,000 parties d'eau.

A l'heure actuelle, M. Maguire a déjà eu l'occasion de traiter de la sorte plus de 70 tuberculeux à diverses périodes, qui tous ont été sensiblement améliorés par des injections intra-veineuses, répétées chaque jour, de 50 c.c. de la solution de formol à 0.5 ‰. Cette amélioration s'est traduite par l'atténuation des signes physiques et des lésions pulmonaires, ainsi que par la diminution de l'expectoration et de la fièvre. Chez quelques patients, les bacilles de Koch ont même complètement disparu des crachats.

Ces effets favorables seraient dus à ce que le formol, administré par la voie intraveineuse, pénètre directement du ventricule droit dans les poumons où il exerce son action bactéricide.

Dans une lettre qu'il nous a écrite à la date du 7 décembre 1900, M. le docteur Maguire nous fait savoir que, depuis le 15 novembre dernier, il a élevé progressivement le titre de la solution dont il se sert jusqu'à 1 pour 200.

Les injections intraveineuses de sublimé contre la maladie de Werlhof.

Partant de l'idée que certaines diathèses hémorrhagipares, telles que le scorbut, la maladie de Werlhof, le rhumatisme noueux, le purpura, sont d'origine microbienne, M. le docteur A. Lusignoli, médecin de l'hôpital d'Osimo, a eu recours aux injections intraveineuses de sublimé dans 5 cas de maladie de Werlhof et dans 1 cas de rhumatisme noueux.

Chez ces sujets, notre confrère injecta chaque jour, dans la veine médiane basilique ou céphalique, 0 gr. 001 milligr. de sublimé ; chez certains, il augmenta progressivement la dose de bichlorure de mercure jusqu'à 0 gr. 003 milligrammes et même 0 gr. 004 milligr. par injection. Ce traitement eut généralement pour effet de déterminer, au bout de quelques jours, une amélioration des plus nettes : la fièvre, la céphalée, les douleurs et les tuméfactions articulaires s'amendèrent et les pétéchies ne se reproduisirent plus.

Ce résultat obtenu, M. Lusignoli cessait l'usage hypodermique du sublimé, un régime alimentaire approprié et un simple traitement symptomatique suffisant à amener la guérison définitive.

Les injections intraveineuses de sublimé ne se montrèrent inefficaces que chez un sujet dont l'état était déjà désespéré au moment où il fut reçu à l'hôpital.

Utilité du décubitus latéral gauche chez les typhoïdiques.

La fosse iliaque droite, chez les dothiénentériques, donne généralement à la palpation une sensation de plénitude et de résistance, et sa percussion rend un son plus ou moins mat; par contre, la fosse iliaque gauche est souple au toucher et de sonorité tympanique. Or, M. le docteur W. Ewart, médecin de l'hôpital Saint-Georges de Londres, a pu s'assurer qu'il suffit de faire coucher le malade sur le côté gauche pour constater qu'au bout de quelques minutes le flanc droit est devenu souple et sonore, tandis qu'en revanche le flanc gauche est résistant et mat.

Ce fait, dû évidemment à une évacuation dans le côlon descendant des matières accumulées au niveau de la portion iléo-cæcale de l'intestin, a suggéré à notre confrère l'idée de placer en permanence ses dothiénentériques dans le décubitus latéral gauche *partiel*, ce qu'il est facile de réaliser en rehaussant un peu, au moyen d'un coussin ou d'un traversin, le bord droit du matelas ou bien en soulevant légèrement, avec des blocs de bois, les deux pieds du côté droit du lit.

Cette posture, en empêchant la stase des matières fécales dans l'intestin, exercerait une influence favorable sur l'évolution de la dothiénentérie; elle amenderait notamment l'état typhique.

Traitement du mal perforant plantaire par la faradisation du nerf tibial postérieur.

M. le docteur J. Crocq, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bruxelles, a obtenu, au moyen de séances quotidiennes de faradisation du nerf tibial postérieur, la guérison de deux cas de mal perforant plantaire ayant résisté au traitement par les pansements antiseptiques et par le repos : chez ces malades, notre confrère appliquait une électrode au niveau du nerf, derrière la malléole interne, l'autre électrode étant placée sur la plante du pied immédiatement en arrière de l'ulcération, et il faisait agir pendant un quart d'heure un courant faradique assez intense.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Laënnec. — M. ERNEST BARIÉ.

Le cœur dans la chlorose.

Le hasard de la clinique a réuni récemment dans nos salles une série de jeunes malades atteintes de chlorose et présentant quelques troubles plus ou moins profonds du côté du cœur; de la comparaison attentive de ces différents faits, nous pouvons tirer une étude d'ensemble sur l'état du cœur chez les chlorotiques.

Dès l'abord, nous devons poser en principe qu'il est absolument exceptionnel que, durant sa longue évolution, la chlorose ne soit pas accompagnée de quelque manifestation du côté de l'appareil circulatoire. La plupart du temps, il s'agit de troubles purement fonctionnels, passagers, transitoires, avec retours offensifs plus ou moins répétés, mais d'une durée généralement longue comme la maladie qui les a engendrés; dans quelques cas, moins fréquents, les perturbations de l'appareil circulatoire s'accompagnent de lésions anatomiques plus ou moins durables, ainsi que nous le verrons plus loin.

Parmi les troubles fonctionnels du premier groupe, il faut signaler en première ligne les *palpitations;* elles sont si fréquentes que nous ne les avons jamais vues manquer chez nos malades. Les chlorotiques, dit Bouillaud, « éprouvent des palpitations, de la dyspnée et de l'étouffement au moindre exercice, après avoir monté un escalier, etc. » et il s'applique à distinguer ces palpitations de celles qui sont liées aux affections organiques du cœur. Ces palpitations des chlorotiques, signalées encore par Guéneau de Mussy et, depuis, par la plupart des auteurs, sont extrêmement fréquentes et s'accompagnent généralement d'une grande précipitation, d'une véritable tachycardie; à l'auscultation, les bruits sont vibrants, fortement claqués; quelquefois on relève une certaine arythmie dans les contractions cardiaques; enfin, d'après Laënnec, on constaterait chez quelques malades une certaine tendance à la syncope. La pathogénie de ces palpitations est complexe : les unes se rattachent directement à l'état névropathique, au nervosisme, si fréquents dans la chlorose; les autres ressortissent plus particulièrement aux troubles digestifs qui accompagnent habituellement la chloro-anémie, et leur histoire se confond, dans ce cas, avec celle des palpitations des dyspeptiques, étudiées par Chomel en 1857, par Beau en 1866 et surtout par Lasègue en 1872.

Chez d'autres malades atteintes de chlorose, les troubles cardiaques se manifestent par des *sensations douloureuses de la région précordiale* qui, par leur ténacité, leur retour fréquent et quelquefois l'intensité des phénomènes subjectifs qu'elles provoquent, deviennent la source de vives préoccupations pour les patientes qui se croient atteintes d'une grave « maladie de cœur ». Ces sensations douloureuses s'observent de préférence chez les chlorotiques névropathes (hystériques, neurasthéniques) ou neuro-arthritiques; presque toujours un état dyspeptique plus ou moins profond s'ajoute à ce nervosisme.

Ces douleurs présentent des caractères variables : chez certaines malades, le phénomène consiste simplement en une sensation pénible ou même douloureuse éveillée par les battements du cœur; en un mot, la malade sent son cœur battre douloureusement dans la poitrine. Chez d'autres, le choc précordial est particulièrement pénible, et certaines chlorotiques accusent, au niveau de la région apexienne, une douleur gravative ou le plus souvent franchement aiguë, à la façon d'une brûlure ou encore comme si la poitrine était traversée par une pointe ou un instrument piquant, un stylet, par exemple : c'est ce qu'éprouvait de la façon la plus nette la jeune fille couchée au nº 6 de la salle Monneret. Ces sensations douloureuses sont surtout le propre des chlorotiques neuro-arthritiques et semblent se rattacher à de la pleurodynie, à des névralgies intercostales, réveillées par la pression digitale ou même par l'impulsion de la pointe du cœur.

Enfin, surtout chez les chlorotiques qui présentent des troubles dyspeptiques, on note des douleurs constrictives, angoissantes, rappelant d'assez près celles de l'angine de poitrine et que certaines malades décrivent au médecin avec un grand luxe de détails, mais dont le pronostic ne présente aucune gravité; leur siège dans la région précordiale et non derrière le sternum, ainsi que leur longue durée, les feront distinguer de l'accès d'*angor pectoris* vrai. La pathogénie de cette *fausse angine de poitrine* découle à la fois de l'état nerveux et des troubles digestifs présentés par la patiente; nous y reviendrons plus loin.

Jusqu'ici, dans les troubles cardiaques des chlorotiques dont il vient d'être fait mention, il s'agit de simples perturbations fonctionnelles, sans aucune modification anatomique appréciable du côté du cœur.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et j'ai à vous signaler maintenant des troubles cardiaques d'une importance bien autrement grande.

Je rappellerai seulement sans y insister la *thrombose cardiaque;* c'est une complication rare signalée en 1896 par Hayem dans un cas de chlorose.

Nous nous arrêterons davantage sur des troubles plus profonds qui s'accompagnent d'une augmentation de volume de l'organe par dilatation de ses cavités. Mais l'étude de la *dilatation du cœur dans la chlorose* (1), si on veut l'entreprendre avec quelque rigueur, nécessite d'abord une enquête préalable sur le volume normal de cet organe chez les chlorotiques. Von Bamberger (2), dès l'année 1857, avait reconnu la *petitesse du cœur dans la chlorose*, et von Rokitansky, qui l'année précédente avait signalé ce même état, l'attribuait à une atrophie d'origine congénitale. Plus tard, Virchow (3), dans un travail qui fit époque et qu'on a cité bien souvent depuis, s'efforça d'établir que la chlorose est due à une hypoplasie de l'aorte par arrêt de développement, et que le cœur participe fréquemment à cette atrophie; il reconnaît toutefois que si l'hypoplasie de l'aorte est constante, celle du cœur peut manquer. S'il m'est permis, à côté de ces auteurs, de citer quelques faits personnels, je dirai que, chez cinq chlorotiques dont j'ai pu mesurer le cœur (j'en donnerai plus loin les dimensions), cet organe était notablement réduit de volume. Il importe toutefois, dans ces recherches, de ne pas oublier que les chlorotiques sont des adolescentes ou de jeunes femmes dont le développement n'est pas entièrement terminé, et qu'il résulte des recherches de Bizot (4) que les dimensions du cœur sont en rapport étroit avec la taille du sujet, de même qu'avec la longueur du tronc et avec le périmètre thoracique. Dans une série de recherches portant sur une centaine de jeunes sujets, MM. Potain et Vaquez (5) ont établi la surface normale de la matité du cœur à différents âges de l'adolescence et de la jeunesse : à six ans, elle est de 40 c.q.; à neuf ans, de 44 c.q.; à douze ans, de 52 c.q.; à treize ans, de 56 c.q.; à dix-sept ans, de 78 c.q.; de vingt-deux à vingt-quatre ans, de 87 c.q. Les cinq chlorotiques que j'ai observées étaient d'âge différent : l'une avait dix-sept ans, deux avaient dix-huit ans, une quatrième vingt et un ans et la dernière vingt-trois ans; la surface de matité évaluée suivant le procédé de mensuration de Potain était respectivement, chez elles, de 68 c.q., de 75 c.q., de 76 c.q., de 78 c.q., de 81 c.q. Si l'on compare ces chiffres avec ceux que je viens de reproduire, on voit que *chez les chlorotiques le cœur est, en général, de petit volume.*

Cependant, cette conclusion ne saurait s'appliquer à tous les cas, de nombreux auteurs ayant rencontré, pendant le cours de la chlorose, une *augmentation de volume du cœur* par dilatation de ses cavités. Cette question n'est pas nouvelle, et depuis longtemps déjà a préoccupé bon nombre de cliniciens; il n'est pas inutile, croyons-nous, de rappeler brièvement l'opinion de quelques-uns d'entre eux. Meckel vers 1755 aurait signalé à l'Académie de Berlin un cas d'hypertrophie du cœur, emprunté à Halle; sans remonter aussi loin, il paraît équitable de rapporter à Beau, en 1845, la première mention catégorique de l'augmentation de volume du cœur chez les chlorotiques; cet auteur ajoutait même que celle-ci portait sur le ventricule gauche. Plus tard, en 1857, Friedreich reconnut la dilatation cardiaque dans la chlorose; quelques années après, Th. Stark fit la même constatation (1); tous deux l'attribuèrent à l'atonie du myocarde. Vers la même époque, Wunderlich et Vogel, au dire de Moriez, auraient constaté l'hypertrophie et la dilatation du cœur dans la chlorose grave. Parmi les travaux qui vinrent ensuite, il faut citer à part le mémoire de Parrot (2) et celui de Virchow (3); j'y reviendrai dans quelques instants. La question cependant est loin d'être épuisée, et des recherches nouvelles se succèdent presque d'année en année : Pearson Irvine (4), décrivant les signes d'auscultation présentés par le cœur, remarque que celui-ci est parfois hypertrophié; L. Lewinski (5) est frappé de l'augmentation de volume des cavités gauches, et Moriez, dans une bonne étude d'ensemble (6), considère que la dilatation intéresse le ventricule droit au moins aussi souvent que le gauche : c'était faire revivre l'opinion de Parrot, lequel s'était efforcé de prouver que l'augmentation de volume occupe le ventricule droit. Enfin, sur cette même question il faut relever aussi un travail tout récent de Wybauw (de Bruxelles), complété de plusieurs indications de bibliographie étrangère (7).

Mais avant d'aller plus loin, il importe encore de remarquer que, suivant plusieurs auteurs, cette dilatation ne serait qu'apparente, et qu'en réalité il y aurait simple déplacement du diaphragme et refoulement du cœur. D'après Müller (8), Talma (9), von Noorden (10), Henschen (11) et quelques autres, le diaphragme, plus élevé qu'à l'état normal, refoulerait le cœur vers

(1) E. BARIÉ. Traité pratique des maladies du cœur et de l'aorte, p. 634. Paris, 1900.

(2) VON BAMBERGER. Lehrbuch der Krankheiten des Herzens. T. II, p. 262. Vienne, 1857.

(3) VIRCHOW. Ueber die Chlorose und die damit zusammenhängenden Anomalien im Gefäss-Apparate, insbesondere über Endocarditis puerperalis. (*Beiträge z. Geburtsh. u. Gynäkol.*, 1872, I, 2, p. 323.)

(4) BIZOT. (*Mém. de la Soc. méd. d'observat. de Paris*, 1836.)

(5) POTAIN et VAQUEZ. Du cœur chez les jeunes sujets et de la prétendue hypertrophie de croissance. (*Semaine Médicale*, 1895, p. 413.)

(1) T. STARK. Vergrösserung des Herzens bei Chlorosis. (*Arch. d. Heilk.*, 1863, p. 47.)

(2) PARROT. Etude sur le siège et le mécanisme des murmures cardiaques dits anémiques. (*Arch. gén. de méd.*, août 1866.)

(3) VIRCHOW. (*Loc. cit.*)

(4) J. P. IRVINE. The clinical conditions of the heart and vessel in chlorosis. (*Med. Times and Gaz.*, 23 juin 1877.)

(5) L. LEWINSKI. Die Störungen im Circulationsapparat Chlorotischer und die functionnelle Mitralinsufficienz. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1879, LXXVI, 2, p. 292.)

(6) R. MORIEZ. La chlorose. (*Thèse d'agrég. de Paris*, 1880.)

(7) R. WYBAUW. On the limits of the heart dulness in cases of anæmia and chlorosis. (*Lancet*, 6 oct. 1900.)

(8) F. MÜLLER. Einige Beobachtungen aus dem Percussionscurs. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er avril, 2, 9 et 23 sept. 1895, p. 824, et *Semaine Médicale*, 1895, p. 464.)

(9) TALMA. Over afwijkingen van den conus arteriosus, o. a. bij chlorose. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 10 août 1895, p. 289.)

(10) VON NOORDEN. Die Bleichsucht. Vienne, 1897.

(11) S. E. HENSCHEN. Mitteilungen aus der medizinischen Klinik zu Upsala. T. 1er. Iéna, 1898.

le haut; par suite le bord droit de celui-ci deviendrait plus horizontal qu'à l'état physiologique, et sa pointe serait portée très en dehors; les limites de la matité du cœur pourraient être ainsi sensiblement modifiées, surtout dans le sens du grand axe du cœur, et donner toutes les apparences d'une dilatation cardiaque. Ce déplacement du diaphragme chez les chlorotiques, très difficile à reconnaître par les procédés d'exploration de la clinique habituelle, existerait réellement, et Grunmach (1), par une série d'examens radioscopiques, aurait montré très nettement son existence.

Que des faits semblables se rencontrent, cela est fort possible, mais Wybauw, qui les signale, fait remarquer avec raison qu'on ne doit pas les généraliser et qu'ils ne sauraient convenir à tous les cas observés. En effet, si l'on observe chez certaines chlorotiques de fausses dilatations cardiaques dues au seul refoulement du diaphragme, la dilatation vraie du cœur existe chez elles, à n'en pas douter, et cela suivant certaines conditions.

Les *causes* et le *mécanisme* de cette ectasie méritent de nous arrêter quelque peu. Glax (cité par Wybauw) a émis cette théorie originale qu'il y a dans la chlorose une infiltration générale des tissus par le sérum sanguin diffusé; il en donne comme preuve que la quantité des urines émises augmente, en même temps que le poids total de la malade diminue, lorsque son état commence à s'améliorer.

Reprenant cette hypothèse, le médecin de Bruxelles pense qu'il est possible, dans certains cas, que cette infiltration généralisée de sérum s'étende au tissu du cœur et cause une diminution de sa résistance amenant une dilatation de l'organe. Qu'il y ait atonie du myocarde dans la chlorose, le fait est incontestable, mais n'est-il pas plus rationnel d'en rechercher la cause dans la mauvaise irrigation du muscle par un sang profondément altéré? Le sang présente, en effet, des altérations nombreuses bien étudiées par M. Hayem, et sans vouloir ici entrer dans le détail, je vous rappellerai qu'il est pâle, décoloré par suite de la diminution de l'hémoglobine; au contraire, la fibrine reste en quantité normale. Les altérations portent principalement sur les hématies et les hématoblastes. Les hématies sont diminuées de nombre, et les globules nains sont en prédominance. Les globules rouges sont, en outre, profondément modifiés dans leur forme: leur diamètre est inégal; ils perdent l'aspect discoïde pour prendre la forme en ovale, en raquette, en fuseau, etc. Les hématoblastes sont difficilement transformés en globules rouges et, par suite, s'accumulent dans le sang; quant aux leucocytes, ils ne sont point intéressés.

Ainsi donc, l'adultération du sang propre à la chlorose paraît la cause principale de l'*atonie du myocarde;* celui-ci, troublé dans sa nutrition, est incapable de résister à la pression du sang et se laisse dilater; en un mot, dans la chlorose il y a dilatation du cœur par *insuffisance du myocarde*. Quant à déterminer quels sont les éléments du sang altéré qui entraînent surtout l'ectasie du cœur — que ce soit l'hydrémie simple, comme disait Beau, ou l'insuffisance d'hémoglobine, comme le prétendait Lewinski —, c'est là une tâche peu facile à résoudre à l'heure présente; d'ailleurs, il est probable que l'ensemble des altérations du liquide sanguin participe à la production du phénomène morbide.

Virchow, qui, nous l'avons vu précédemment, a étudié avec tant de soin l'hypoplasie de l'aorte et du cœur chez les chlorotiques, admettait également que cet organe peut se dilater dans certaines circonstances, mais il pensait que la cause devait surtout en être cherchée dans l'*étroitesse extrême de l'aorte* entraînant pour le cœur une masse de sang plus considérable à faire mouvoir, d'où un surcroît énorme de besogne. Cette théorie, acceptable peut être pour quelques faits, ne saurait être généralisée, car l'étroitesse de l'aorte étant une lésion indélébile entraînerait forcément du côté du cœur une ectasie permanente; or, nous verrons bientôt qu'un des caractères habituels de la dilatation cardiaque chez les chlorotiques est d'être passagère.

Quoi qu'il en soit, l'insuffisance du myocarde et l'atrophie congénitale de l'aorte n'expliquent pas tous les cas de dilatation du cœur dans la chlorose, et il faut maintenant vous signaler une troisième cause — et non des moindres — de ce trouble cardiaque : je veux parler de l'*état dyspeptique*, si fréquent chez les chlorotiques, et dont vous avez vu un exemple chez cette jeune domestique, couchée au n° 4 de notre salle Monneret. Le retentissement des troubles de l'estomac sur le cœur, et en particulier sur ses cavités droites, est aujourd'hui bien connu de tous depuis les travaux de Potain (1); avec lui, j'ai essayé, plus tard, d'en résumer le mécanisme (2) que je vous rappellerai brièvement, car il donne la clef de certains faits de dilatation cardiaque chez les chlorotiques. Sous l'influence de troubles gastriques, il s'élève de la muqueuse de l'estomac une incitation réflexe qui, par l'intermédiaire du grand sympathique, va retentir sur les capillaires du poumon dont elle provoque le resserrement spasmodique; par suite, la tension s'élève rapidement dans l'artère pulmonaire, et le ventricule droit, pour lutter contre cet obstacle placé au devant de lui, se dilate, et cela d'une façon telle que, dans certains cas, il a pu se produire une insuffisance tricuspidienne fonctionnelle avec toutes ses conséquences cliniques.

Ainsi donc, la dilatation du cœur dans la chlorose reconnaît des causes multiples; dès qu'elle est constituée, elle se manifeste par ses signes physiques habituels : augmentation de l'aire de matité précordiale, déplacement de la pointe du cœur, qui, abaissée dans la dilatation des cavités gauches, est peu ou pas abaissée, mais rejetée vers l'aisselle gauche dans les cas de dilatation du cœur droit, etc.; nous n'avons pas ici à nous y arrêter plus longuement. D'après Virchow, ce serait principalement sur le cœur gauche, et en particulier sur le ventricule, que porterait la dilatation; dans quelques faits observés par Gerhardt et par Lewinski, l'ectasie ventriculaire était si considérable qu'elle avait produit une insuffisance mitrale fonctionnelle.

La dilatation peut s'étendre au cœur gauche tout entier, et Balfour a prétendu que le souffle entendu au niveau de la région précordiale des chlorotiques était dû à la compression de l'artère pulmonaire par l'auricule gauche dilatée. Parrot, et plus tard Moriez, ont surtout insisté sur la dilatation du ventricule droit, et le premier de ces auteurs pensait qu'elle donnait bien souvent lieu à une insuffisance fonctionnelle de la valvule tricuspide, dont il croyait trouver les signes dans la présence d'un souffle au niveau de la pointe, et dans celle de battements rythmés de la jugulaire externe. Or, nous savons que cette interprétation est erronée, car les souffles de la région apexienne chez les chlorotiques sont très fréquemment d'origine cardio-pulmonaire; quant au soulèvement veineux de la jugulaire, en dépit de son intensité parfois considérable, c'est un faux pouls veineux dont le moment est diastolique, alors que le pouls veineux vrai, symptomatique de l'insuffisance tricuspidienne, est rigoureusement systolique. Cependant l'insuffisance tricuspidienne peut survenir parfois dans le cours de la chlorose, non pas suivant le mécanisme proposé par Parrot, mais à la suite de la dilatation du ventricule droit qui succède à la dyspepsie gastrique si fréquente chez ces malades, et d'après la pathogénie qui vient d'être rappelée.

Quelle qu'en soit la cause, la dilatation du cœur des chlorotiques est un phénomène passager dont la durée est variable; cependant, lorsque celle-ci est longue, la dilatation s'accompagne presque toujours d'un certain degré d'hypertrophie du myocarde.

J'arrive maintenant à la question encore si controversée des *bruits de souffle* de la région cardiaque *chez les chlorotiques;* ils occupent de préférence la base du cœur et quelquefois, à un degré moindre, la région de la pointe.

Le *souffle de la base*, que Hope et Bouillaud localisaient au niveau de l'aorte, occupe de l'avis unanime la région de l'artère pulmonaire et de son infundibulum, dans le deuxième espace intercostal gauche, le long du bord du sternum; d'après Sansom, cette localisation se rencontrerait dans près de 60 % des cas. Ce souffle est doux, superficiel, s'entend dans une zone très limitée et ne se propage pas au delà; il est fugace, transitoire et susceptible de se modifier sous l'influence des changements d'attitude du malade et des mouvements respiratoires; dans la très grande majorité des cas, il est mésosystolique (Potain). En plus de ces caractères classiques, pour ainsi dire, M. Hayem croit encore que l'accélération des battements du cœur, produite par un mouvement, une émotion, une cause réflexe, atténue le souffle cardiaque et le supprime même quelquefois; le souffle reparaît dès que les battements du cœur se ralentissent.

C'est le mécanisme de ces souffles qui a soulevé le plus de controverses. Laënnec, qui le premier constata leur existence, les attribuait au bruit rotatoire de contraction du myocarde, exagéré par un spasme du cœur à la suite de quelque trouble nerveux. Cette explication est inadmissible, Marey ayant montré que le myocarde présente une secousse unique à chacune de ses systoles et non une série de secousses comme les muscles soumis à la volonté : il ne se tétanise pas en se contractant, et par conséquent ne produit aucune vibration.

Sansom pense que l'anémie engendre des troubles neuro-musculaires capables de produire de nombreux souffles cardiaques à siège variable : celui de l'artère pulmonaire est le mieux perçu à cause de la minceur et de la situation superficielle de l'infundibulum de ce vaisseau. L'infundibulum, affaibli dans sa résistance, lutterait contre la tension de l'artère pulmonaire, et sa fatigue se manifesterait, comme pour les muscles de la volonté, par une sorte de tremblement qui engendrerait des vibrations du liquide sanguin et un bruit de souffle.

Il est inutile d'insister sur la théorie qui rattache le souffle de la chlorose à l'abaissement de la tension artérielle; j'en dirai autant de l'hypothèse de Balfour qui attribue le bruit à une compression de l'artère pulmonaire par l'auricule gauche dilatée, et j'arrive de suite à une théorie en apparence plus solide, qui a été soutenue par C. Paul. Ce médecin, de même que Sansom, fait jouer à l'anémie un rôle prépondérant; mais il faut qu'elle soit aidée par un état spasmodique des vaisseaux, d'où le nom de souffle anémo-spasmodique de l'artère pulmonaire qu'il a donné au souffle de la chlorose. Or, dans une série de recherches expérimentales des plus ingénieuses, Potain, en faisant circuler alternativement à travers un espace étroit un liquide sanguin très pauvre en globules (c'est-à-dire se rapprochant du sang des chlorotiques) et un liquide riche en hématies, a vu que le souffle qu'ils produisaient avait la même intensité dans les deux cas, lorsque les liquides s'écoulaient avec la même vitesse. En d'autres termes, l'intensité du bruit est fonction de la vitesse du courant et non de la composition du liquide : l'hydrémie n'est

(1) E. Grunmach. Ueber die Bedeutung der Röntgen-Strahlen für die innere Medicin. (*Therap. Monatsh*, janv. 1897.)

(1) Potain. Sur la pathogénie des affections du cœur. (*Congrès de l'Assoc. franç. pour l'avancement des sciences*, Paris, 1878, p. 1003, et Montpellier, 1879, p. 940.)

(2) E. Barié. Recherches cliniques sur les accidents cardio-pulmonaires consécutifs aux troubles gastro-hépatiques. (*Rev. de méd.*, janv. et fév. 1883.)

donc point la cause directe du souffle des chloro-anémiques.

Dans un autre ordre d'idées, on sait que la quantité de sang qui traverse les deux orifices artériels à chaque systole est nécessairement la même; d'un autre côté, si vous vous rappelez que l'orifice aortique est plus étroit que l'orifice pulmonaire, et que la durée de la systole est forcément égale pour chacun des ventricules, vous comprendrez de suite que le sang doive passer plus vite à travers l'orifice aortique qu'à travers celui de l'artère pulmonaire; donc, si un souffle hydrémique devait se produire vers l'un ou l'autre de ces orifices, ce serait au niveau de l'aorte; or, nous avons vu qu'il se perçoit au niveau de l'artère pulmonaire. Pour toutes ces raisons, le souffle n'a donc aucun rapport avec l'anémie.

Reste le spasme: mais s'il est localisé à l'artère pulmonaire, il va ralentir le courant sanguin et diminuer ainsi les conditions favorables à la production du souffle; s'il siège, au contraire, dans le cœur lui-même, il devra produire une altération dans le rythme de ses battements, et la clinique enseigne que les souffles dits anémiques n'ont aucun rapport avec les modifications dans le rythme des contractions cardiaques. Ces considérations vous montrent que le rôle du spasme devient des plus problématiques.

On a prétendu encore que le souffle dit anémique s'accompagne toujours d'un bruit de souffle jugulaire; l'observation attentive fait voir qu'il n'en est rien et que les deux phénomènes n'ont entre eux aucune corrélation : nombre de malades présentent une dissociation complète des deux bruits et, lorsque les deux souffles existent, ils se manifestent parallèlement. Devons-nous donc nier l'existence du *souffle anémique vrai?* En aucune façon, car si ce bruit est rare, on l'a observé néanmoins dans des cas d'anémie aiguë, si l'on peut dire ainsi, telle qu'on la rencontre à la suite de grandes hémorrhagies traumatiques ou chez des femmes épuisées par d'incessantes métrorrhagies. Ces souffles véritablement anémiques présentent un timbre bref, une tonalité élevée, un moment systolique; leur siège se trouve dans le deuxième espace intercostal droit, au niveau de l'orifice aortique, et leur propagation se fait dans la direction de ce vaisseau.

Ce sont là des caractères très différents, comme vous le voyez, de ceux qu'on assigne aux souffles dits anémiques de la région infundibulaire. Ces derniers, nous l'avons dit, ont un timbre doux, sont fugaces, transitoires, mésosystoliques, ne se propagent pas et sont profondément modifiés par les diverses attitudes du sujet (très faibles ou nuls dans la station assise, ils deviennent plus forts dans le décubitus dorsal). Il est impossible de ne pas être frappé de la similitude extrême de ces caractères avec ceux des souffles cardio-pulmonaires; c'est pourquoi Potain n'hésite pas à considérer les souffles dits anémiques comme des bruits se passant dans le poumon, et rythmés par les mouvements qui se produisent à la surface du cœur.

En ce qui concerne maintenant les *souffles de la région apexienne*, ils sont de nature différente : Parrot, ayant rencontré quelquefois chez les anémiques un souffle au voisinage de la région xiphoïdienne coïncidant avec un pouls veineux des jugulaires, avait pensé que ces deux signes se rattachaient à une insuffisance tricuspidienne symptomatique de l'anémie; nous avons vu précédemment que cette hypothèse est erronée, et que, lorsqu'il y a réellement insuffisance de la triglochine, cette insuffisance s'explique par un mécanisme d'ordre réflexe dont le point de départ est l'estomac.

Mais, dans d'autres circonstances, le *souffle* chez les chlorotiques existe *dans la région de la pointe;* dans ce cas, il doit être interprété de deux façons entièrement différentes. Lorsqu'il siège au niveau même de la pointe et se propage nettement vers l'aisselle gauche, qu'il est rigoureusement systolique et sans modification aucune suivant les diverses attitudes du malade, on peut le regarder comme l'expression d'une *insuffisance mitrale fonctionnelle*, conséquence de la dilatation du ventricule gauche rencontrée dans plusieurs cas de chlorose (Gerhardt, Lewinski, Balfour, Friedreich, Heitler, etc., etc.); au contraire — et c'est là de beaucoup le cas le plus fréquent —, si ce souffle, très doux, siège soit au-dessus, soit en dedans ou en dehors de la pointe, s'il ne se propage pas, s'il occupe la mésosystole, enfin s'il se modifie sensiblement suivant que le sujet est debout ou dans le décubitus dorsal, il convient de le regarder comme un souffle cardio-pulmonaire.

Pour compléter l'étude des troubles de l'appareil circulatoire dans la chlorose, il resterait à examiner les caractères cliniques des souffles vasculaires si fréquents dans cette affection. Cet examen ne saurait trouver place ici, puisque nous avions seulement en vue l'étude des troubles cardiaques des chlorotiques.

MÉDECINE PRATIQUE

Prothèse chirurgicale au moyen d'injections de vaseline dans les tissus.

Se basant sur le fait que la vaseline, introduite dans les mailles d'un tissu dilatable, demeure indéfiniment en place sans s'altérer et sans produire d'irritation, M. le docteur R. Gersuny, chirurgien du « Rudolfiner-Haus » de Vienne, conçut l'idée de pratiquer des injections sous-cutanées ou interstitielles de cette substance pour remédier à certaines difformités acquises ou à des troubles fonctionnels de cause purement mécanique.

La première fois que notre confrère eut l'occasion d'expérimenter cette nouvelle méthode de traitement, il s'agissait d'un homme ayant subi une double castration pour orchi-épididymite tuberculeuse, et qui se trouvait très affecté de la mutilation créée par cette intervention. Tout d'abord, M. Gersuny injecta à ce sujet, à l'aide d'une seringue de Pravaz, 8 c.c. de vaseline dans la moitié gauche du scrotum : il s'y forma une masse globuleuse résistante. Après l'injection, le patient éprouva quelques douleurs dues à la distension du tissu cellulaire des bourses par le dépôt de vaseline, mais qui ne tardèrent pas à se dissiper. Au bout de deux semaines, on injecta de nouveau, cette fois-ci dans la moitié droite du scrotum (laquelle n'était que peu dilatable, par suite de rétraction cicatricielle), 5 c.c. 6 de vaseline. Après un nouvel intervalle de quinze jours, on pratiqua encore une injection de 3 c.c. à gauche et une de 2 c.c. à droite, l'aiguille de la seringue étant enfoncée au centre des masses déposées par les injections précédentes. Enfin, dix semaines plus tard, on injecta une dernière fois 3 c.c. de vaseline dans la moitié droite du scrotum seulement.

Le résultat obtenu de la sorte fut des plus satisfaisants. Les bourses présentaient en permanence l'aspect que, dans les conditions normales, elles prennent quand elles se contractent sous l'influence du froid; on y constatait par le toucher la présence de deux corps arrondis, de consistance dure et simulant parfaitement les testicules absents.

Ce succès encouragea M. Gersuny à avoir recours au même procédé chez deux sujets qui, après avoir été opérés d'un bec-de-lièvre, étaient restés incapables d'articuler le son *gué*. Ici, des injections de petites quantités de vaseline, poussées des deux côtés dans la luette et le voile du palais, eurent pour effet d'épaissir ces parties au point que le voile du palais pouvait être appliqué, par l'intermédiaire de la base de la langue, contre la paroi postérieure du pharynx, ce qui permettait l'articulation nette des syllabes jusqu'alors impossibles à prononcer.

Notre confrère estime que cette méthode est appelée à rendre des services dans nombre de cas, en permettant, par exemple, de relever des cicatrices déprimées, de corriger la difformité causée par l'affaissement de la joue après l'ablation du maxillaire supérieur, de donner à des nez aplatis ou effondrés à leur base une forme se rapprochant de la normale, etc.

Il serait également possible d'obtenir de la sorte la réunion immédiate des solutions de continuité de la peau situées au-dessus de plaies cavitaires à parois rigides, en remplissant ces plaies de vaseline. On éviterait sans doute de la même façon la production d'ankyloses à la suite de certaines interventions opératoires sur les articulations; c'est ainsi, par exemple, qu'après une résection du coude il suffirait, pour empêcher le contact des extrémités osseuses entre elles, d'injecter de la vaseline dans la cavité résultant de l'opération, la plaie cutanée ayant été préalablement suturée; plus tard, alors qu'une capsule fibreuse se serait formée autour du dépôt, on aurait soin d'extraire celui-ci à travers un orifice de ponction pour obtenir une néarthrose mobile.

Dans les cas de varices, des injections périvasculaires de la même substance pourraient vraisemblablement enrayer la stase veineuse et prévenir la formation de nouvelles ectasies vasculaires.

La difformité résultant de l'amputation du sein paraît également à l'auteur justiciable de cette méthode. Il faudrait, dans ce cas, faire pénétrer sous la peau de la région mammaire une série de couches de vaseline convergeant en rayons vers un centre qui figurerait le mamelon.

Chez un sujet porteur d'une hernie avec contre-indication à la cure radicale, il serait peut-être possible d'oblitérer l'orifice herniaire au moyen d'injections analogues pratiquées au niveau de l'anneau.

Enfin on pourrait remédier à certaines incontinences de la vessie, du rectum ou d'un anus contre nature en introduisant de la vaseline dans l'épaisseur des sphincters. Et, de fait, chez une femme atteinte d'incontinence d'urine à la suite de la cure opératoire d'une fistule vésico-vaginale, M. Gersuny a réussi à rétablir complètement la fonction du sphincter en doublant celui-ci d'un anneau de vaseline par des injections faites en plusieurs séances.

La technique de la méthode est des plus simples : on prend de la vaseline blanche, qui est un mélange de paraffine solide et de paraffine liquide fondant à 40°, on la stérilise par l'ébullition à feu nu ou au bain-marie et, lorsqu'elle est suffisamment refroidie tout en étant encore liquide, on l'injecte au moyen d'une seringue de Pravaz. Quand il y a lieu de pratiquer plusieurs injections au même point, on laisse l'aiguille à demeure, pour éviter au patient des piqûres réitérées. Le nettoyage de la seringue après l'opération est facile à réaliser par un simple lavage à l'éther.

Ajoutons que, dans le but de rendre les injections de vaseline indolores, il est bon d'insensibiliser préalablement le champ opératoire avec quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 %.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 décembre 1900.

Le venin des myriapodes.

MM. Béhal et **Phisalix.** — Nous avons pu, en excitant mécaniquement ou électriquement certains myriapodes (*Iulus terrestris*), recueillir une petite quantité du venin sécrété par ces animaux. C'est un liquide jaune, ayant l'odeur et présentant les réactions chimiques de la quinone, substance qui a, d'ailleurs, une action physiologique identique à celle du venin en question.

La présence de quinone dans le venin des myriapodes est facile à expliquer; ces animaux vivent, en effet, au milieu de détritus végétaux dont ils se nourrissent en partie; or, M. Beijerinck a montré tout récemment qu'un microorganisme saprophyte des racines de certains arbres, le *Streptothrix chromogenes*, produit de la quinone aux dépens des matières organiques du sol.

M. S. Jourdain rappelle des expériences qu'il a faites jadis avec le venin d'un autre myriapode de plus grande taille, le *Scolopendra morsitans*, commun dans le midi de la France. L'action de ce venin sur de petits mammifères (souris, mulots, etc.) ou de petits oiseaux est régulièrement et rapidement mortelle : les mouvements volontaires sont abolis, l'animal tombe sur le côté et ne tarde pas à succomber; chez l'homme, les accidents se bornent à une inflammation locale douloureuse. Dans les pays chauds, où il existe de grandes espèces de scolopendres, ces troubles sont quelquefois accompagnés de fièvre; mais on ne connaît pas d'exemple qu'ils se soient terminés par la mort.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 décembre 1900.

Extraction d'une compresse de gaze ayant séjourné sept ans dans l'abdomen.

M. Chaput. — En 1898, je fus appelé à donner mes soins à la femme d'un confrère, atteinte d'une fistule pyostercorale située sur la ligne médiane et accompagnée d'un empâtement abdominal considérable. La malade avait subi deux laparotomies pour grossesses extra-utérines; au cours de la seconde intervention, en juin 1891, une hémorrhagie avait nécessité un tamponnement. Ultérieurement une éventration, développée au niveau de la cicatrice, devint le siège d'accidents d'occlusion qui imposèrent une nouvelle laparotomie. C'est à la suite de cette opération, dans laquelle on avait dénudé l'S iliaque en enlevant un kyste adhérent, que se produisit la fistule pyostercorale pour laquelle je fis, le 1er juin 1898, une laparotomie médiane; je découvris ainsi une volumineuse tumeur constituée par une anse intestinale qui paraissait, au premier abord, être le siège d'un néoplasme. Cependant, elle donnait la sensation d'une masse pâteuse recouverte par une paroi mince, ce qui me fit soupçonner l'existence d'un corps étranger contenu dans l'intestin. Une incision longitudinale me permit, en effet, d'extraire une compresse carrée de 52 centimètres de côté. Après avoir suturé cette plaie intestinale, je fermai également l'orifice de la fistule stercorale, et je terminai l'opération en drainant la cavité abdominale; ma malade a guéri très simplement.

La compresse enlevée, que je mets sous vos yeux, présente de nombreux trous qui ont été produits probablement par l'action des sucs intestinaux.

Pilate a publié, en 1892, une observation analogue, dans laquelle la compresse s'élimina par l'anus; la même terminaison eut été possible dans mon cas, mais le corps étranger aurait pu aussi bien provoquer une occlusion intestinale grave ou repasser dans le péritoine par la fistule intestinale; dans cette dernière hypothèse, son élimination eut été impossible en raison du faible diamètre de la fistule cutanée.

Dans un autre fait, M. Michaux, en 1892, a trouvé aussi une compresse dans l'intestin, qu'il dut réséquer à cause des altérations qu'il y constata.

Enfin, je vous rappelle les expériences intéressantes qui ont permis à M. Jalaguier et à M. Mauclaire d'étudier la migration dans l'intestin de compresses abandonnées dans le péritoine de certains animaux.

Traitement des fistules intestinales.

M. Peyrot. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur un travail de M. Pauchet (d'Amiens), relatif à 2 observations de fistules de l'intestin traitées avec succès. Dans le premier cas, notre confrère, ne pouvant pas mobiliser facilement l'anse grêle sur laquelle siégeait la fistule, a eu l'idée d'agrandir cette fistule et de la suturer aux lèvres d'une incision pratiquée sur une anse voisine. Chez le deuxième sujet, M. Pauchet, en présence d'une fistule du gros intestin située profondément entre deux anses d'intestin grêle qu'il était impossible de dégager de leurs adhérences, a procédé à une manœuvre analogue, en enfouissant la fistule entre ces deux anses grêles anastomosées l'une avec l'autre.

M. Delbet. — Dans son premier fait, M. Pauchet a cru nécessaire d'ouvrir l'anse intestinale voisine de la fistule, pour supprimer celle-ci; or, il est un procédé connu, qui consiste à oblitérer la fistule en lui accolant simplement l'anse voisine, sans inciser cette dernière et sans créer une anastomose.

M. Tuffier. — En cas de fistule intestinale, j'ai toujours obtenu de mauvais résultats par l'emploi des petits moyens, et je préfère, en conséquence, décoller largement les adhérences de façon à mettre bien à nu la fistule que je veux oblitérer.

M. Michaux. — Je partage entièrement l'opinion de M. Tuffier; dans un cas récent, j'ai agi comme il vient de le conseiller, en décollant les adhérences et en découvrant complètement la fistule avant de chercher à la suturer; l'intervention a été suivie de guérison sans aucun incident.

Nouveau procédé d'hémostase du foie.

M. Walther. — M. Chapot-Prevost (de Rio-de-Janeiro) nous a lu un mémoire, au sujet duquel vous m'avez demandé de vous faire un rapport, relatif à un procédé nouveau d'hémostase du foie employé par notre confrère au cours de la séparation chirurgicale d'un monstre xiphopage (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 341).

Dans ce cas, il existait un très large pont de substance hépatique qui unissait les deux foies du xiphopage; un chirurgien avait précédemment reculé devant cet obstacle. M. Chapot-Prevost, qui fut ensuite consulté, eut l'idée d'employer, pour réaliser l'hémostase du foie, des anses de fil traversant successivement : 1° la paroi abdominale; 2° le foie dans toute l'épaisseur de la surface de section; 3° la paroi abdominale, sur l'autre lèvre de la plaie opératoire. C'était là, en somme, une suture enchevillée comprenant toute l'épaisseur de la paroi de l'abdomen et transfixant le foie dans l'intervalle des orifices d'entrée et de sortie du fil à travers la paroi. Pour réaliser l'hémostase, par ce procédé, il suffit de nouer le fil sur un tampon de gaze à ses deux extrémités, de façon à exercer une striction suffisante sur la surface de section du foie; trois fils ainsi disposés peuvent assurer l'hémostase, ainsi que notre confrère a pu s'en convaincre en expérimentant d'abord cette technique sur des animaux, et en l'appliquant ensuite dans le cas de xiphopagie qu'il a communiqué à l'Académie de médecine.

Inondation péritonéale d'origine ovarienne.

M. Tuffier. — Je dois vous présenter un court rapport sur une observation qui nous a été envoyée par M. Le Toux (de Vannes). Il s'agit d'un cas d'inondation péritonéale, consécutive à une rupture ovarienne, chez une femme de vingt-quatre ans. Notre confrère put intervenir vingt heures après le début des accidents; ayant trouvé l'ovaire droit largement déchiré, il fit l'ablation des annexes de ce côté; l'examen histologique a montré que la trompe était absolument saine. Je crois que, dans ce fait, il s'agissait de la rupture d'un kyste folliculaire de l'ovaire plutôt que d'une déchirure de grossesse ovarienne, comme le pense M. Le Toux; j'ai pu, en effet, rapprocher de cette observation plusieurs cas analogues où l'hémorrhagie était due à la rupture de kystes folliculaires.

M. Delbet. — Les inondations péritonéales ne sont pas toujours imputables à l'ouverture de grossesses tubaires. Je me souviens d'avoir observé un cas mortel d'inondation péritonéale par rupture d'un hématome du ligament large, consécutif lui-même à la déchirure d'une veine intra-ligamenteuse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 décembre 1900.

Lymphadénome et leucémie.

M. Vaquez. — J'ai observé récemment, avec M. Ribierre, une malade atteinte d'adénopathies multiples (cervicales, inguinales, médiastines, etc., etc.) accompagnées d'une leucocytose assez considérable : on comptait un globule blanc pour 60 globules rouges environ; le nombre des polynucléaires neutrophiles était également très augmenté (90 %).

Cette affection, que nous avons suivie pendant plusieurs mois, a été en s'aggravant progressivement. Un très léger épanchement pleural étant survenu, l'examen du liquide, parfaitement clair du reste, a montré une quantité énorme de polynucléaires : ces éléments existaient également en proportion notable dans la salive et dans les urines. Le foie et la rate n'étaient le siège d'aucune altération.

Les traitements mis en œuvre (iodure, arsenic, etc.) n'amenèrent pas d'amélioration; on fit aussi quelques injections du sérum leucolytique préparé par Besredka sans observer de modification dans l'état général ni dans la formule leucocytaire.

L'examen d'un ganglion cervical enlevé pendant la vie a montré qu'il s'agissait d'un lymphadénome atypique répondant à la variété décrite par MM. Bezançon et Griffon et par MM. Widal et Lesné; mais on constatait, en outre, une lésion très intéressante, qui consistait dans l'envahissement d'une notable partie du ganglion par un grand nombre d'éléments polynucléaires à granulations neutrophiles, analogues à ceux du sang. Nous ne pûmes distinguer d'autres formes cellulaires de provenance médullaire.

En somme, le sang n'a jamais contenu que les éléments qui s'y rencontrent normalement, et l'examen du ganglion n'y a décelé aucune transformation myéloïde. Toutefois, la présence constante des polynucléaires en excès dans le sang, leur apparition dans les divers liquides de l'organisme, les infiltrations ganglionnaires qu'ils avaient provoquées, font sortir ce cas du cadre des leucocytoses banales et permettent de le considérer comme une véritable polynucléose infectante, méritant de prendre place entre les leucocytoses symptomatiques communes et la leucémie vraie.

Le syndrome « migraine ophtalmoplégique » comme première manifestation d'une syphilis cérébrale.

M. Lamy relate l'observation d'une femme de vingt-six ans qui, après avoir souffert pendant quelque temps d'accès de migraine accompagnés de chute de la paupière supérieure, vit ces accès se transformer en une céphalée chronique à exacerbations nocturnes, en même temps que, de passagère qu'elle était au début, la blépharoptose devenait permanente. On remarqua, en outre, vers la même époque que la malade perdait la mémoire et qu'elle présentait un certain degré d'obnubilation intellectuelle. Le caractère et l'évolution de ces accidents prouvaient manifestement qu'on se trouvait en présence d'une lésion organique de la base de l'encéphale. Cette femme ayant complètement guéri à la suite d'un traitement spécifique intensif, l'origine syphilitique de cette lésion ne saurait être contestée. Il faut admettre toutefois, pour expliquer l'intermittence et l'alternance des accidents au début, la coexistence d'un trouble circulatoire passager (spasme artériel localisé). Quoi qu'il en soit, ce fait prouve une fois de plus que le syndrome de la migraine ophtalmoplégique peut être la première manifestation d'une syphilis cérébrale.

ÉTRANGER

BERLIN

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 5 et 12 décembre 1900.

Le rachitisme chez le singe.

M. Hansemann. — L'étude des crânes et des squelettes de singes du musée zoologique et les recherches auxquelles je me suis livré sur des singes vivants du jardin zoologique m'ont prouvé que, chez ces animaux, le rachitisme survient spontanément et évolue de la même façon que chez l'homme. Au crâne, les tuméfactions périostiques sont très accusées;

elles ne se produisent qu'à la surface externe des os, et n'aboutissent pas, par conséquent, à une diminution de la capacité de la boîte crânienne. Le processus morbide pénètre toutefois jusqu'à la table interne des os du crâne, qui sont comme criblés de petits trous ; on se trouve en présence d'une sorte d'ostéoporose. Le canal rachidien ne présente jamais de rétrécissement par épaississement des vertèbres. Les diaphyses sont souvent le siège d'incurvations et de fractures. La mâchoire inférieure offre des déformations dues à ce que les animaux, devenus incapables de marcher, restent couchés par terre, le menton appuyé sur le sol.

Les singes rachitiques succombent à des affections variées, telles que la tuberculose, la pneumonie et le catarrhe intestinal, mais non au rachitisme lui-même.

On trouve des traces de rachitisme chez tous les jeunes singes au bout de quatre mois de captivité, et cela dans n'importe quel climat. C'est donc aux conditions de la captivité elle-même — au défaut de mouvement, d'air, de lumière et à une alimentation défectueuse —, et non aux influences climatériques, qu'il faut attribuer le rachitisme chez le singe.

M. Hauchecorne. — Les déformations osseuses d'origine rachitique sont très étendues chez les singes, parce que ces animaux sont constamment en mouvement dès les premières semaines de leur existence. Quant au catarrhe intestinal, ils le contractent en restant couchés sur le sol froid et humide lorsqu'ils ne peuvent plus se servir de leurs membres incurvés et fracturés.

M. Virchow fait remarquer que le terme ostéoporose n'est pas applicable aux lésions rachitiques, lesquelles sont de nature inflammatoire et s'accompagnent de périostite.

Paralysie cérébrale consécutive à la coqueluche.

M. Arnheim présente un petit garçon de quatre ans, qui, quelque temps après une coqueluche d'intensité moyenne, fut pris de convulsions avec raideur de la nuque et des membres, fièvre, ralentissement du pouls et paresse de la réaction pupillaire, mais sans troubles sensitifs ni vasomoteurs. La ponction lombaire donna issue à quelques centimètres cubes d'une sérosité absolument stérile. L'enfant resta dans le coma pendant deux semaines; quand il reprit connaissance, on constata l'existence d'une aphasie et d'une paralysie flasque des membres, qui, d'ailleurs, s'amendèrent peu à peu. Actuellement, la parole est encore indistincte et on note un certain degré de faiblesse et d'ataxie des extrémités, lesquelles présentent, en outre, de l'atrophie musculaire.

Dans ce cas, les lésions cérébrales furent vraisemblablement provoquées par les toxines de la coqueluche. Un argument en faveur de cette hypothèse est tiré de ce fait que les troubles en question apparurent — c'est d'ailleurs la règle — non à l'acmé de la maladie, mais à son déclin.

M. A. Baginsky estime aussi que ces troubles cérébraux sont d'origine toxique. A l'appui de cette manière de voir, il invoque certains cas d'aliénation mentale liés à la coqueluche et ayant abouti à une démence définitive.

D[r] VILLARET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE

Séance du 10 décembre 1900.

Rétrécissement mitral sans bruit de souffle.

M. Strauss. — J'ai observé récemment un cas de sténose bicuspidienne sans bruit de souffle, et dont le diagnostic clinique, confirmé par l'autopsie, put néanmoins être établi d'après l'ensemble des symptômes présentés par le malade.

Il s'agissait d'un musicien militaire, âgé de vingt et un ans, qui, tandis qu'il jouait du cornet à piston, fut pris d'une hémoptysie abondante pour laquelle il fut reçu à l'hôpital de la Charité de Berlin. A ce moment, le patient était fortement amaigri; il toussait, crachait beaucoup et se plaignait de dyspnée; cependant l'examen des poumons ne décelait qu'une simple bronchite chronique. On ne percevait aucun souffle cardiaque, mais le choc de la pointe était perceptible sur un large espace et soulevait fortement la paroi thoracique. On constatait, en outre, de l'irrégularité du pouls et une dilatation manifeste du ventricule droit avec accentuation du second claquement pulmonaire et pulsations épigastriques des plus manifestes; enfin le patient se plaignait de douleurs très vives au niveau du cœur, encore exaspérées par la percussion.

Le sujet étant mort, l'autopsie permit de reconnaître un rétrécissement très serré de la valvule mitrale avec dilatation anévrysmatique de l'artère pulmonaire à son émergence du cœur.

Comme le malade n'avait jamais souffert de blennorrhagie ni de rhumatisme, force est d'admettre qu'il s'est agi chez lui d'une endocardite à forme latente. Des cas de ce genre ont été signalés par Duroziez.

M. A. Fränkel. — On a maintes fois constaté l'absence du souffle caractéristique à la période ultime des rétrécissements de la mitrale; la circulation est alors affaiblie au point que ces bruits ne peuvent plus se produire.

Sur les causes de la compensation des troubles de l'ataxie sensorielle.

M. Jacob. — A propos des expériences sur les effets de la section des racines postérieures de la moelle, dont M. Bickel nous a récemment communiqué les résultats (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 421), je ferai observer que, si la plupart des auteurs admettent actuellement que l'ataxie locomotrice est due à des troubles de la sensibilité musculaire et articulaire, il en est d'autres qui sont partisans de la théorie cérébrale de l'incoordination des tabétiques. Les expériences de M. Bickel, auxquelles j'ai contribué pour ma part, permettent de formuler une hypothèse intermédiaire à celles que je viens de rappeler : elles ont, en effet, fourni la preuve que la section des racines postérieures de la moelle provoque fatalement les symptômes de l'ataxie, que ces troubles s'amendent par l'intervention des centres corticaux et enfin que la compensation obtenue de la sorte disparaît dès qu'on pratique l'ablation des centres psychomoteurs.

M. Goldscheider. — Les recherches de M. Bickel ont confirmé simplement ce fait, établi depuis longtemps par l'étude clinique, à savoir que les lésions des racines postérieures de la moelle produisent de l'ataxie. Mais elles n'apportent rien de nouveau à la question de la rééducation des mouvements chez les tabétiques.

D[r] VILLARET.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 15 décembre 1900.

Recherches expérimentales sur le traitement des fractures par la mobilisation et le massage.

Dans la séance d'hier de la SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE, **M. Herz** a exposé les résultats obtenus par M. B. Rossi (de Milan), au moyen du massage et de la mobilisation précoce, chez un certain nombre de lapins atteints de fractures expérimentales du membre postérieur. M. Rossi a divisé les animaux en expérience en trois séries : les premiers ont été traités par le massage et la mobilisation précoce, les seconds par l'immobilisation du membre fracturé dans un appareil; quant aux derniers, ils ont été abandonnés à eux-mêmes sans aucun traitement.

M. Rossi a constaté que, au bout de trois ou quatre jours, le cal présentait une résistance beaucoup plus grande chez les animaux de la première série. Cette différence alla en augmentant les jours suivants, si bien qu'après une semaine, le cal offrait une consistance osseuse chez ces lapins, alors qu'il n'était pas encore consolidé chez les autres. Enfin, les animaux traités par le massage et la mobilisation récupérèrent complètement les fonctions de leur membre au bout de dix-huit jours; ce résultat ne fut obtenu qu'après un mois chez les lapins immobilisés. D'autre part, l'examen microscopique montra que les éléments cartilagineux apparaissaient beaucoup plus tard chez ceux-ci que chez les premiers.

Quant aux lapins qui furent abandonnés à eux-mêmes, ils guérirent moins vite que les lapins traités par le massage, mais plus rapidement que ceux dont le membre fracturé avait été placé dans un appareil.

Un cas de rachitisme des adolescents.

M. H. Weiss a présenté un garçon de quatorze ans, qui fut atteint au mois de décembre 1899 d'une angine folliculaire suivie de douleurs articulaires et d'un érythème polymorphe. Tous ces accidents disparurent en quelques semaines à la suite d'un traitement antirhumatismal. Mais au bout d'un certain temps le malade se plaignit de douleurs au niveau des membres, surtout pendant la marche et la station debout. Ces douleurs n'occupaient ni les articulations, ni les masses musculaires, elles siégeaient plutôt sur les os, à l'union des diaphyses avec les épiphyses ; elles cédaient, du reste, par le repos au lit pour reparaître dès que le malade se levait. En outre, les extrémités des os de l'avant-bras étaient augmentées de volume et plusieurs côtes semblaient épaissies.

Pensant qu'il s'agissait d'un cas de rachitisme chez un adolescent, l'orateur prescrivit au malade une cuillère à café par jour d'huile de foie de morue contenant 0 gr. 10 centigrammes de phosphore par litre. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs disparurent rapidement.

Epilation au moyen des courants à haute tension.

M. E. Schiff a dit avoir constaté, en se servant d'une électrode construite par M. Freund, que les courants électriques à haute tension, appliqués sur la peau pendant une vingtaine de minutes chaque jour, produisent très rapidement la destruction des poils et des follicules pileux.

D[r] SCHNIRER.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Etude médicale sur l'empoisonnement par les champignons, par M. V. GILLOT.

Quoique les cas d'intoxication par les champignons soient fréquents chaque année en automne, et que la terminaison fatale n'en soit pas exceptionnelle, les médecins semblent s'être un peu désintéressés des questions que soulève l'usage alimentaire de ces végétaux. Dans sa thèse inaugurale, consacrée à cette étude, M. Gillot a mis en lumière divers points imparfaitement élucidés jusqu'ici et arrive à des conclusions très nettes et d'un haut intérêt pratique.

Après une revue fort complète des champignons comestibles de la France envisagés au point de vue de leur valeur alimentaire et de leur composition chimique — chapitres trop spéciaux pour que nous les résumions ici —, l'auteur s'occupe de l'étiologie des intoxications fungiques. Le dépouillement de 230 observations recueillies dans la littérature médicale ou botanique, et comprenant la détermination exacte de l'espèce ingérée, lui a permis de constater — fait de la plus grande importance, déjà entrevu par M. Bourquelot — que, de tous les champignons incriminés, très peu sont en réalité vénéneux : presque tous les cas mortels (83 sur 85) sont consécutifs à l'absorption de champignons de la famille des *volvacés*, comprenant les amanites et les volvaires. Ces dernières, vu leur rareté relative, entrent à peine en ligne de compte : des 83 empoisonnements mortels en question, 76 étaient dus à des amanites. Encore convient-il de distinguer ici; il s'en faut que tous les champignons du genre *Amanita* soient également vénéneux, et M. Gillot a pu les diviser en deux groupes : celui de l'amanite bulbeuse (*A. bulbosa, phalloïdes, verna, mappa, citrina, virosa*, etc.), qui est incriminé 73 fois sur 76, et celui de l'amanite fausse oronge (*A. muscaria, pantherina, ex-*

celsa, solitaria, aspera, etc.), auquel 3 décès seulement sont imputables.

Quant aux autres espèces (lactaires, russules, hypholomas), elles sont seulement susceptibles de provoquer des phénomènes d'intolérance gastrique, allant depuis la simple indigestion jusqu'à une gastro-entérite aiguë ayant exceptionnellement déterminé la mort, chez des enfants, en particulier, et des sujets débilités. Ces accidents devraient être ordinairement rapportés à un état de putréfaction plus ou moins avancée des champignons; ces végétaux contiennent, on le sait, une forte proportion de substances albuminoïdes, dont la décomposition, tout comme celle des viandes, s'accompagne de la formation de ptomaïnes (cryptomaïnes) déterminant un véritable botulisme.

En ce qui concerne l'inégale gravité de l'empoisonnement par les amanites du groupe de la fausse oronge et de l'intoxication par l'*A. bulbosa* et les espèces voisines, elle est facile à expliquer par la toxicité différente de leurs principes actifs respectifs; les premiers de ces champignons contiennent, en effet, de la muscarine, alcaloïde isolé depuis longtemps et de toxicité relativement peu élevée, tandis que les seconds renferment jusqu'à 1 % d'une toxalbumine extrêmement toxique, la *phalléine*, agissant comme un poison du sang et tuant le chien à la dose d'un demi-milligramme par kilogramme de poids (1). Ces deux poisons déterminent d'ailleurs des phénomènes cliniques très divers; aussi voit-on survenir, suivant le cas, soit le *syndrome muscarinien*, soit le *syndrome phalloïdien*. Sans nous étendre sur les symptômes, en quelque sorte classiques, de l'intoxication fungique en général, nous nous bornerons à indiquer ici les éléments du diagnostic différentiel entre les deux syndromes en question :

Au premier appartiennent une période d'incubation très courte (n'excédant pas deux heures), un début rapide et bruyant, des troubles gastro-intestinaux précoces, une marche continue, sans rémissions, un état d'excitation cérébro-spinale avec incoordination motrice et délire (*folie muscarinique*), des troubles de l'intelligence et de la mémoire; la guérison en est la règle, et la durée totale des accidents ne dépasse pas un ou deux jours.

Le second, au contraire, débute plus tardivement (au bout de onze heures, en moyenne) et d'une façon plus insidieuse; les accidents gastro-intestinaux y sont également moins précoces; on y observe souvent une période de rémission, brusquement terminée par une vive douleur épigastrique, avec gonflement du foie et, fréquemment, ictère et hémorrhagies; les phénomènes de dépression, voire de stupeur, y prédominent; l'ataxo-adynamie y est la règle, amenant d'ordinaire la mort, mais sans troubles de la mémoire ni de l'intelligence; la durée totale des accidents est habituellement de deux ou trois jours.

L'anurie, constante dans l'intoxication muscarinique, peut être remplacée, dans l'empoisonnement phalloïdien, par de l'oligurie avec émission d'urines colorées.

Le traitement à opposer à ces troubles est essentiellement symptomatique : en dehors des prescriptions générales (évacuation du tube digestif par les purgatifs et les vomitifs, emploi de la caféine comme diurétique et cardiotonique), on mettra en œuvre les calmants (opium, morphine) en cas d'intoxication par la muscarine — il faut savoir qu'il n'existe pas d'antidote de cet alcaloïde, malgré le rôle attribué à l'atropine à ce point de vue —; contre l'intoxication phalloïdienne, on aura recours, au contraire, aux excitants (éther, strychnine); les saignées et les injections de sérum artificiel, contre-indiquées dans l'empoisonnement par la muscarine, pourront y rendre des services.

Enfin, M. Claisse, en France, et M. Pellegrini, en Italie, ayant pu conférer à certains animaux une immunité relative à l'égard de la phalléine, il n'est pas impossible que l'avenir nous réserve la découverte d'un sérum thérapeutique permettant de combattre les effets de cette redoutable substance. (*Thèse de Lyon*, 1900.) — F. F.

(1) Il importe de savoir que ces deux substances sont également solubles dans l'eau; aussi divers expérimentateurs ont-ils pu ingérer impunément des champignons vénéneux préalablement *blanchis*, c'est-à-dire bouillis dans de l'eau salée; par contre, l'eau ayant servi à la cuisson reproduit chez l'animal tous les symptômes de l'intoxication fungique. Cette particularité rend compte de ce fait que les accidents toxiques, fréquents après l'ingestion de champignons crus, sont beaucoup plus rares quand ces végétaux ont été soumis à une coction suffisante.

De l'artérite typhoïdique oblitérante chez les enfants, par M. Le Clerc.

Si la thrombose par artérite typhoïdique primitive, dont la réalité a été longtemps contestée, est actuellement bien connue et généralement admise, du moins est-il rare que cette grave complication de la dothiénentérie survienne chez un enfant. En effet, M. Le Clerc n'a pu en rassembler que 4 cas, auxquels il en ajoute un cinquième, qu'il lui a été donné d'observer récemment.

Il s'agit d'une fillette de onze ans qui, à la fin de la sixième semaine d'une fièvre typhoïde peu grave, alors que la convalescence s'annonçait comme devant être normale, fut prise brusquement, pendant la nuit, de douleurs aiguës dans le pied et la jambe gauches, ainsi que d'une sensation de froid avec frissonnements. Cet état persista sans modifications le lendemain; le jour suivant, on remarqua l'apparition, sur le pied et la jambe, de taches allongées d'un rose très vif, carminées; en même temps survenaient des lipothymies avec tendance à la syncope.

Trois jours après, l'état général s'était fort aggravé; la petite malade était dans la prostration. Les orteils et la peau de la plante du pied gauche étaient momifiés; sur le dos du pied existaient cinq traînées de 2 centimètres environ de longueur, tranchant par leur coloration d'un rouge éclatant sur la teinte ardoisée qui recouvrait le membre inférieur presque jusqu'au genou. Dans cette région, on notait une abolition de la sensibilité; la pression au niveau des artères, dont les battements, quoique faibles, étaient perceptibles, n'était pas douloureuse. Par contre, la palpation de la partie supérieure du mollet éveillait de vives douleurs.

Par l'auscultation, on ne constatait rien de particulier au cœur ni à la poitrine.

Malgré des injections de sérum artificiel et l'administration de toniques, la petite malade succomba presque subitement le cinquième jour après le début des accidents. L'auteur attribue cette issue fatale à l'état d'affaiblissement dans lequel se trouvait la fillette; il est possible, cependant, qu'il y ait eu une embolie cardiaque. (*Normandie méd.*, 15 décembre 1900.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Fliegenlarven als gelegentliche Parasiten des Menschen. In-8°, 76 p. avec fig. Berlin, 1900. — **Sur le parasitisme facultatif des larves de diptères chez l'homme,** par M. E. Peiper.

Assez rare et peu étudiée dans nos pays, la myiase — terme sous lequel on désigne l'ensemble des accidents provoqués chez l'homme par les larves de diptères — mérite cependant d'être bien connue, en raison de l'efficacité d'un traitement précoce et judicieusement déterminé. A propos de plusieurs cas de cette affection qu'il a eu l'occasion d'observer, M. Peiper, dans l'opuscule dont nous allons résumer les principales conclusions, précise le tableau clinique auquel donne lieu l'envahissement de l'organisme par les parasites en question et pose les principes qui doivent en guider la thérapeutique.

Une première distinction s'impose suivant que le parasite s'attaque aux téguments, aux muqueuses qui revêtent les cavités du nez et de la bouche, au conduit auditif externe, ou qu'il pénètre, au contraire, à l'intérieur du tube digestif. Les faits rentrant dans la première catégorie étaient naguère bien moins rares qu'à l'heure actuelle, car la myiase constituait une complication relativement fréquente et toujours redoutable des pansements chirurgicaux. Depuis l'ère de l'antisepsie, l'envahissement des plaies par des « vers » tend à devenir de plus en plus exceptionnel et ne s'observe plus guère que dans les campagnes de l'Amérique centrale et de l'Amérique du Sud. L'infection ne se produit, d'ailleurs, que lorsque certaines conditions particulières se trouvent réunies : c'est ainsi que l'intérieur des habitations jouit à cet égard d'une immunité presque absolue; la mouche ne s'attaque à l'homme qu'en plein air, le plus souvent pendant son sommeil, en été, attirée par les sécrétions sanieuses d'un ulcère étendu, d'un écoulement d'oreille, d'un ozène.

L'infection une fois constituée, la gravité des phénomènes dépend du nombre des larves, de la région envahie, du terrain que fournit le malade. Mais l'allure de l'affection est surtout fonction de la nature du parasite, et le tableau clinique diffère suivant qu'il s'agit d'un œstre ou d'un muscidé. Dans le premier cas, il se produit une ou plusieurs tumeurs s'accroissant lentement, pouvant atteindre le volume d'une noix et n'occasionnant qu'une gêne légère; chacune d'elles est creusée d'une petite cavité centrale renfermant le parasite; ces tuméfactions siègent de préférence à la tête ou aux mains. Quand, au contraire, c'est un muscidé qui est en cause, l'affection évolue plus rapidement, en huit ou dix jours. Presque toujours, on a affaire à de véritables hordes de larves qui se répandent en grand nombre sur une surface ou dans une cavité suppurante. La voracité de ces insectes, qui détruisent les tissus vivants, leur migration à travers l'organisme de l'hôte constituent autant d'éléments de gravité. Aussi voit-on, dans certains cas, se développer une véritable septicémie. Cette forme de myiase, due aux muscidés, comporte donc un pronostic assez sombre qui dépend surtout de la région envahie, la myiase naso-pharyngienne, par exemple, étant d'une gravité particulière. Aussi le traitement devra-t-il être précoce et énergique; si les injections d'eau chloroformée, de solutions d'acide phénique ou de sublimé n'apportent pas une amélioration rapide, il faut sans retard intervenir chirurgicalement.

A cette myiase externe ou cutanée, on peut opposer la myiase interne ou intestinale correspondant aux cas où le parasite a élu domicile dans un segment quelconque du tube digestif. Encore que contestée par nombre d'observateurs, l'existence de cette forme paraît cependant devoir être admise, l'expulsion de larves de diptères par la bouche ou l'anus ayant été constatée *de visu* par des auteurs dignes de foi. Les œstres ont été très rarement trouvés dans le tube digestif de l'homme, et il n'y a guère que les mouches qui entrent ici en ligne de compte. Dans certains faits, les parasites existent à l'état latent dans l'intestin, et c'est par hasard qu'on en découvre dans les matières fécales. Il paraît d'ailleurs légitime d'admettre avec M. Peiper que des larves de mouches doivent être très fréquemment introduites dans les voies digestives avec les aliments, mais qu'elles y sont détruites ensuite par les sucs digestifs. On a constaté, en effet, que les larves trouvées vivantes dans les fèces appartiennent toutes à des espèces particulièrement résistantes aux réactifs chimiques. C'est ainsi que, dans une observation relatée par l'auteur, ces larves ont survécu pendant dix minutes à l'immersion dans l'alcool ou l'acide chlorhydrique.

Le seul signe qui permette d'affirmer avec certitude l'existence de la myiase intestinale est l'expulsion de larves par la bouche ou l'anus. Leur présence dans l'estomac ou dans l'intestin donne cependant naissance le plus souvent à un ensemble de phénomènes qui doit faire penser à l'affection; on note fréquemment des nausées, des vomissements, du pyrosis, des douleurs en ceinture, auxquelles peuvent se surajouter de violentes coliques intestinales; parfois, on a constaté une fièvre élevée avec délire nocturne. Si, dans ces cas, on ne procède pas à un examen minutieux des garde-robes, la confusion avec un état gastrique est fatale. La douleur est le plus souvent assez modérée; quand elle prend le caractère de coliques violentes, on doit généralement incriminer le *Sarcophaga hæmorrhoidalis* ou le *S. hæmatodes*; les crochets dont est armée la bouche des larves de ces insectes produisant d'habitude des érosions et des ulcérations des muqueuses digestives, on comprend que les crises douloureuses, en pareille occurence, soient fréquemment compliquées d'hémorrhagies intestinales avec toutes leurs conséquences, notamment avec un degré d'anémie plus ou moins prononcé. Dans certains cas, la myiase intestinale s'accompagne de phénomènes cérébraux graves, d'ordre réflexe ou d'origine toxi-infectieuse.

Le pronostic de la myiase interne est généralement bénin. Le diagnostic, après l'expulsion

des larves, est facile à établir par l'examen microscopique des matières rejetées. Au point de vue du traitement, M. Peiper s'est bien trouvé de grands lavages de l'estomac et de l'intestin, associés à l'administration de naphtaline à la dose quotidienne de 5 grammes. — F. M.

Troubles cérébraux consécutifs à la grippe, par M. Guttmann.

Ce travail est consacré aux observations de deux malades qui présentèrent des troubles cérébraux à la suite d'une atteinte de grippe.

Le premier, un jeune homme de dix-sept ans et demi, sans antécédents héréditaires, alcooliques ni syphilitiques, eut au mois de janvier une attaque d'influenza qui dura quatre semaines. Au bout de ce laps de temps, il constata que sa jambe droite avait faibli, les muscles du mollet étant devenus flasques; il éprouvait aussi une certaine difficulté à se servir de son bras droit. Au milieu de mars, il consulta pour la première fois un médecin, pour des douleurs des membres du côté droit. Quand M. Guttmann le vit, la faiblesse de la jambe droite avait fait de notables progrès depuis une quinzaine; la jambe gauche ayant été prise à son tour, la marche était devenue difficile et, même en s'appuyant sur une canne, le patient ne pouvait avancer qu'en titubant comme un homme ivre; il se plaignait encore de vertiges et de maux de tête intermittents. Parfois il présentait des nausées (lors de sa grippe il avait eu de fréquents vomissements). Il n'existait aucun autre symptôme du côté des organes des sens ni des viscères; ce jeune homme « se sentait bien » et ne demandait qu'à reprendre son travail.

A l'examen, on constate l'altération de la démarche que nous venons de signaler, accompagnée d'une vacillation et d'une légère rotation de la tête à droite; il importe de remarquer que le malade titube surtout à droite. L'œil droit, dont les mouvements sont à peu près abolis, est en strabisme convergent; à gauche, il y a aussi une certaine parésie des muscles oculaires. Les réactions pupillaires, lentes à droite, sont normales du côté opposé. On note, en outre, de la faiblesse dans les muscles innervés par le facial droit. Les mains présentent un tremblement intentionnel manifeste et la force musculaire est diminuée au bras droit. Le réflexe patellaire est normal à gauche, exagéré à droite; de même, on peut provoquer la trépidation du pied à droite, tandis qu'au membre inférieur gauche ce phénomène est plus difficile à produire. Il n'existe nulle part de troubles de la sensibilité ni d'atrophie.

Quinze jours après ce premier examen, la paralysie des muscles oculaires était sensiblement améliorée; il n'y avait plus à droite qu'une légère faiblesse du muscle droit externe. Par contre, on observait des deux côtés un nystagmus horizontal et vertical très accentué. Trois semaines plus tard, la démarche était devenue meilleure; le malade titubait beaucoup moins qu'au début de l'observation.

M. Guttmann explique ces divers symptômes par une encéphalite aiguë localisée à la région cérébello-protubérantielle, et ayant intéressé le cordon pyramidal en même temps que les noyaux des muscles oculaires. A une période inflammatoire a dû succéder une sclérose, cause du nystagmus, du tremblement des mains et de l'exagération des réflexes; les troubles de la marche auraient été occasionnés en grande partie par la paralysie des muscles oculaires, l'atténuation de celle-ci ayant eu pour conséquence immédiate une amélioration sensible de ceux-là.

Le second cas concerne une femme de cinquante-quatre ans qui, ayant eu une atteinte de grippe au mois de décembre, en avait conservé une faiblesse générale et des troubles de la parole, se manifestant principalement par la difficulté d'articuler certains mots. La malade se plaignait de faiblesse dans les membres du côté droit. Au mois de mars, elle fut prise d'un malaise subit, suivi de vomissements; depuis lors, elle vomissait chaque matin. Deux mois plus tard, survinrent de violentes douleurs de tête, localisées à la région occipitale mais s'étendant parfois à la région temporale droite; en même temps, la faiblesse des membres du côté droit se transformait en hémiplégie complète.

C'est à ce moment que cette femme fut examinée par M. Guttmann, qui constata chez elle une paralysie droite totale avec diminution considérable de la sensibilité du même côté; il n'existait pas de réaction pupillaire à droite, par contre les mouvements des yeux étaient libres; la malade ne pouvait tirer la langue, sa voix était enrouée et sa parole inintelligible; elle avait des troubles de la déglutition; son intelligence paraissait intacte. Quinze jours plus tard, la mort survint dans le coma.

L'auteur admet, comme cause de ces troubles, un foyer d'encéphalite primitivement localisé à la région occipitale et ayant envahi peu à peu les parties voisines. Malheureusement il n'a pu avoir, par l'autopsie, la confirmation de ce diagnostic. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er août 1900.) — A. J.

D'une forme anormale d'ostéomyélite aiguë, par M. A. Becker.

Nous avons déjà relaté à plusieurs reprises des observations d'ostéomyélite staphylococcique ayant revêtu la marche clinique d'un néoplasme. Ces cas peu fréquents sont de la plus grande importance au point de vue du diagnostic, et il importe de bien les connaître pour n'être pas exposé à commettre une mutilation inutile, croyant avoir affaire à un sarcome. Les 3 faits publiés par M. Becker et observés dans le service de M. Müller, à Aix-la-Chapelle, rentrent dans cette catégorie.

La première observation concerne une malade de dix-huit ans qui s'adressa à M. Müller pour un néoplasme siégeant au fémur droit, et s'étant développé depuis trois ans. La tumeur présentait le volume d'un poing d'adulte et était adhérente à l'os, tout en ayant conservé une certaine mobilité. Il n'existait aucun symptôme inflammatoire et l'on crut avoir affaire à un sarcome. A l'opération, on constata qu'il s'agissait d'une tumeur kystique remplie de granulations molles et d'un liquide séreux, et renfermant un séquestre long de 2 centimètres. On se contenta de l'extirpation de la coque fibreuse du kyste et d'un curettage du fémur. L'examen bactériologique révéla la présence du staphylocoque blanc. Trois ans plus tard, la patiente revint dans le service de M. Müller avec une tumeur semblable à la première, située cette fois au niveau de l'humérus gauche. On posa le diagnostic d'ostéomyélite, se rappelant le résultat de la première intervention; en effet, l'on trouva à l'opération une cavité remplie de granulations et renfermant de petits séquestres. La plaie se ferma, mais il persista une fistule, et une nouvelle intervention fit découvrir un foyer dans l'humérus lui-même, rempli de petits séquestres et de granulations.

Chez la deuxième patiente, âgée de vingt-neuf ans, il s'était formé, en six mois environ, une tumeur atteignant le volume de la moitié d'un œuf d'oie, située dans le jarret droit et affectant une certaine mobilité sur l'os. L'absence de tout symptôme inflammatoire fit poser le diagnostic de fibrome ou de sarcome. A l'opération, on constata cependant qu'il s'agissait d'une tumeur kystique renfermant un séquestre du volume d'une fève. Les suites opératoires furent normales. Ajoutons que la malade avait souffert, vingt-deux ans auparavant, d'une arthrite du genou droit, qui l'avait obligée à garder le lit pendant sept mois.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un jeune homme de vingt-neuf ans présentant une tuméfaction du fémur gauche, accompagnée de vives douleurs. On sentait au palper une tumeur résistante, légèrement mobile sur l'os. Une incision exploratrice fournit des fragments de tissus qui, à l'examen microscopique, furent pris pour du sarcome. On dénuda le néoplasme, lequel renfermait une petite quantité de pus et un séquestre ostéomyélitique d'un centimètre de long; on l'excisa et l'on vit qu'il était composé d'un tissu conjonctif d'aspect lardacé. Les suites opératoires furent normales.

Comme conclusion de ces observations, l'auteur conseille, ainsi que l'avait déjà fait M. Jordan, de ne jamais omettre, quand on pose le diagnostic de sarcome osseux, de faire une incision exploratrice avant de procéder à une intervention mutilante. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 5-6.) — F. de Q.

L'épidémie de peste d'Alexandrie en 1899, par M. E. Gotschlich.

L'épidémie de peste qui sévit à Alexandrie depuis le commencement du mois de mai de l'an passé a présenté quelques particularités intéressantes parmi lesquelles nous relevons les suivantes :

Au point de vue de la transmission de la maladie, on a remarqué que l'infection indirecte par l'intermédiaire des habitations, des vêtements et d'autres objets contaminés a été de beaucoup plus fréquente que la contagion directe; celle-ci ne put être constatée d'une façon certaine qu'une seule fois : la durée de la période d'incubation fut de quatre ou cinq jours.

Le rôle des rats comme véhicules du contage a été très inégal : nul dans nombre de cas, alors qu'il s'agissait de petites maisons isolées, habitées le plus souvent par une seule famille, il fut souvent très net dans des épidémies ayant frappé des agglomérations plus importantes, comme la caserne de police et un moulin à vapeur où l'on remarqua une mortalité énorme parmi ces rongeurs.

L'auteur a relevé chez ses pestiférés quelques symptômes insolites : deux d'entre eux présentèrent des hémorrhagies cutanées, un autre une éruption varicelliforme généralisée contenant des bacilles pesteux, un dernier un rash ortié avec rougeur et prurit intense. Une femme enceinte, qui fut frappée par la maladie, accoucha à terme d'un enfant bien portant.

Sur 9 cas de pneumonie pesteuse observés par M. Gotschlich, 3, dont 1 de pneumonie primitive et 2 de pneumonie secondaire, se terminèrent par la guérison.

Le diagnostic clinique et bactériologique de la pneumonie pesteuse offre souvent des difficultés considérables, notamment quand on a affaire à des cas légers, à des sujets déjà en convalescence ou à une infection mixte. En pareille occurrence, le meilleur moyen d'assurer le diagnostic consiste, d'après l'auteur, à pratiquer des inoculations intrapéritonéales des produits d'expectoration, en opérant non pas sur des rats, comme on l'a fait jusqu'ici, mais sur des cobayes : ces animaux sont, en effet, moins dangereux à manier que les rats; ils meurent au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures après inoculation dans la cavité péritonéale de bacilles pesteux virulents. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXV, 2.)

Troubles aigus de la motilité, chez les alcooliques, présentant les caractères de l'ataxie cérébelleuse, par M. V. von Bechterev.

Depuis un certain nombre d'années, on a publié plusieurs observations d'ataxie aiguë avec troubles de la parole survenant à la suite de maladies infectieuses; l'auteur a eu l'occasion d'observer un syndrome analogue chez des alcooliques.

Les malades dont il s'agit sont, en apparence, complètement normaux; un beau jour, après un excès de boisson, ils constatent, en se réveillant de leur ivresse, qu'ils ne peuvent plus marcher, ou du moins qu'ils ont une peine extrême à se tenir debout et qu'ils n'avancent qu'en chancelant. Le sujet ainsi frappé donne l'impression d'un homme ivre, quoique l'effet de l'alcool se soit dissipé depuis longtemps. Il éprouve, au début, du vertige, une sensation de lourdeur de la tête et a souvent des nausées et des vomissements; mais ces symptômes disparaissent bientôt, et seuls les troubles de la motilité persistent. Le trait caractéristique de cet état morbide est la difficulté qu'a le malade à conserver son équilibre; il ne peut se tenir debout sans chanceler, et cela que les yeux soient ouverts ou fermés. Cet état d'instabilité augmente encore à l'occasion de la marche; il semble qu'une main invisible pousse le patient de côté, et il tomberait s'il ne pouvait se retenir à un meuble ou à tout autre objet. Quand on lui fait exécuter des mouvements isolés, on ne constate pas chez lui d'ataxie, mais quelquefois un tremblement plus ou moins marqué des doigts ayant pour effet de déformer l'écriture, et témoignant simplement de l'alcoolisme chronique. Il existe d'ordinaire un certain degré de nystagmus dans les mouvements de latéralité des bulbes oculaires, accompagné parfois d'un peu d'inégalité pupillaire. La parole est en général intacte, tout au plus légèrement bégayante; la langue tremble lorsque le malade la projette en avant. La sensibilité est rarement altérée. Les réflexes patellaires sont le plus souvent un peu exagérés. On observe dans quelques cas de l'hyperesthésie à la percussion de la région occipitale.

Chez deux des malades qu'il a observés,

M. von Bechterev a noté, dans les antécédents, des manifestations épileptiques alliées à l'alcoolisme chronique.

Les accidents en question, avons-nous dit, se manifestent subitement, d'une façon inattendue, à la suite d'un excès de boisson; ils ne surviennent cependant que chez des alcooliques avérés; aussi doit-on les considérer comme un épisode aigu de l'alcoolisme chronique. Leur durée varie de quelques semaines à deux ou trois mois; la guérison totale est la règle.

L'évolution des troubles, ainsi que l'absence de tremblement intentionnel et de symptômes cérébro-spinaux, permet de différencier ce syndrome d'avec la sclérose en plaques; l'absence de paralysies oculaires et d'altérations psychiques le distingue de la polioencéphalite supérieure. M. von Bechterev admet comme cause probable de cette ataxie — mais ce n'est là qu'une hypothèse, la preuve anatomique faisant encore défaut — une lésion du cervelet. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 septembre 1900.) — A. J.

La vessie irritable chez la femme,
par M. R. Knorr.

Sous le nom de vessie irritable (*irritable bladder*), on désigne une affection nerveuse caractérisée par de fréquents besoins d'uriner, avec ou sans sensations douloureuses. Est-ce réellement là une entité morbide? M. Knorr se prend à en douter. En effet, il a observé 63 femmes paraissant atteintes de troubles de cette nature; or, l'examen cystoscopique lui a démontré que dans aucun de ces cas la vessie n'était normale, et que, par conséquent, aucune des malades en question ne présentait une vessie irritable idiopathique.

C'est ainsi que 47 de ces femmes offraient des altérations de la muqueuse vésicale : sur ce nombre, 30, dont 17 avaient une urine parfaitement limpide, présentaient une cystite chronique du col, caractérisée par du gonflement et par une teinte rouge foncée circonscrite partant du sphincter interne pour s'étendre sur le trigone et souvent jusqu'à l'orifice des uretères; chez 6 autres, il existait sur le plancher de la vessie des végétations de nature inflammatoire.

Dans 31 cas, l'auteur put constater une affection extra-vésicale (isolée dans 13 cas, combinée avec la maladie de la vessie dans les 18 autres): il s'agissait 16 fois d'une dislocation de la vessie, reconnaissable à la présence de poches obscures sur la paroi postérieure de l'organe; cette lésion peut provenir d'une péricystite ou résulter d'un simple tiraillement de la vessie, occasionné par des adhérences périmétritiques ou par des modifications du parametrium; chez d'autres patientes, on avait affaire à un épaississement funiculaire de la paroi vésicale; dans un cas enfin, M. Knorr trouva de la bactériurie due au *bacterium coli*.

En définitive, ces 63 malades, qu'on aurait pu croire atteintes d'une simple névrose, présentaient en réalité les lésions les plus diverses, et un traitement rationnel permit d'en guérir ou tout au moins d'en améliorer un grand nombre.

La conclusion de l'auteur est qu'on devrait faire un usage beaucoup plus étendu de la cystoscopie, méthode qui permet seule de reconnaître certaines affections vésicales. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin 1900.) — E. C.

Sur les causes de l'accoutumance à la morphine, par M. E. Faust.

On connaît depuis des siècles la faculté que possède l'organisme de s'accoutumer peu à peu à l'usage régulier de l'opium, ce qui lui permet d'en supporter une quantité parfois supérieure au centuple de la dose primitive. Par contre, le sort de ce médicament ou de ses principes actifs introduits dans l'économie n'est pas complètement élucidé. Tout ce qu'on en sait d'une façon positive, c'est que la morphine ne passe dans les urines qu'en proportion négligeable, tandis que, même après administration sous-cutanée, on en retrouve une bonne partie dans le contenu de l'intestin.

L'auteur fait observer que l'accoutumance à un poison peut se produire de deux manières différentes : ou bien le système nerveux perd peu à peu sa sensibilité vis-à-vis du toxique, de sorte que l'effet d'une dose déterminée est de plus en plus atténué; ou bien l'organisme acquiert progressivement la faculté de détruire ou de transformer le poison, et de le rendre ainsi inactif. Pour arriver à déterminer auquel de ces deux facteurs est due l'accoutumance à la morphine, M. Faust a administré à des chiens des doses croissantes de cet alcaloïde en injections sous-cutanées, puis il a dosé cette substance dans les fèces. Voici les résultats auxquels il est arrivé :

Après une intoxication aiguë, on retrouve dans les évacuations alvines 70 % de la morphine injectée. Au cours de l'intoxication chronique, ce taux diminue rapidement, si bien qu'au bout de trois semaines les fèces ne renferment plus que 26 % et, au bout de six semaines, plus que 4 % de la quantité de toxique injectée sous la peau. Dans un cas de morphinisme chronique d'une durée de trois mois, et où la dose quotidienne s'était peu à peu élevée de 0 gr. 45 centigr. à 3 gr. 50 centigr., les fèces ne contenaient plus trace de morphine à la fin du second mois. La recherche de ce poison dans les organes d'animaux morts dans le marasme a régulièrement donné un résultat négatif.

L'auteur conclut de ces recherches que l'organisme acquiert peu à peu la faculté de détruire la morphine, et que c'est ainsi que l'on doit expliquer l'immunité dont il jouit. Cette immunité n'est que relative, car si l'on injecte une dose de morphine supérieure à celle que l'économie peut détruire, les symptômes d'intoxication apparaissent. Pour M. Faust, il est certain qu'il s'agit bien d'une destruction par oxydation de la molécule de morphine, avec synthèse des produits de décomposition et formation de corps absolument différents du composé primitif, et non pas de la transformation de la morphine en un composé inoffensif, car il n'est pas possible de retrouver la moindre trace de cet alcaloïde ou d'un de ses dérivés.

L'organisne possédant à l'état normal cette faculté de détruire la molécule de morphine, l'accoutumance ne saurait être considérée comme une fonction nouvelle, mais simplement comme l'exagération d'une propriété existant à l'état rudimentaire chez tout individu. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, XLIV, 3 et 4.) — A. J.

Les modifications anatomiques des myomes interstitiels pendant les couches, par M. Hammerschlag.

Les modifications anatomiques qui surviennent dans les myomes interstitiels à la suite de l'accouchement sont assez mal connues. M. Hammerschlag, ayant eu l'occasion d'observer récemment 4 femmes chez lesquelles on pratiqua une myomectomie peu de temps après la délivrance, publie aujourd'hui les observations de ces malades, dont il tire les conclusions suivantes :

Les myomes utérins subissent pendant les couches des modifications d'ordre macroscopique et microscopique très importantes. On doit en chercher la cause dans l'insuffisance de la nutrition de ces tumeurs à la suite de l'accouchement, la quantité de sang qu'elles reçoivent diminuant beaucoup. En outre, les contractions utérines, par les déplacements qu'elles occasionnent, peuvent, dans une certaine mesure, priver les myomes de leur capsule nutritive. Enfin, des irritations inflammatoires sont susceptibles d'amener une diminution du calibre des vaisseaux artériels de la tumeur.

Comme conséquence de ces phénomènes, on peut observer soit une simple nécrose du myome sans ligne de démarcation, soit une nécrose avec ramollissement, soit une nécrose avec suppuration des surfaces de démarcation, ou, enfin, une véritable fonte putride avec élimination de la tumeur.

Selon M. Hammerschlag, plus la tumeur est volumineuse, plus il y a à craindre qu'il s'y produise des modifications importantes à l'occasion de l'accouchement. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet 1900.) — E. C.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Melæna des nouveau-nés et infection pyocyanique, par M. W. Nicholson.

Les hémorrhagies graves des nouveau-nés, mises encore récemment sur le compte soit de la syphilis, soit de lésions locales (ulcérations du tube digestif, par exemple), semblent en réalité dépendre, dans la plupart des cas, d'une infection générale de l'organisme. Le fait publié par M. Nicholson en est une nouvelle preuve, puisqu'il a trait à un nourrisson ayant succombé à des accidents hémorrhagiques en l'absence de toute manifestation spécifique, et à l'autopsie duquel on ne trouva pas d'altérations susceptibles d'expliquer l'issue fatale.

L'enfant, venu au monde dans des conditions normales, était très bien portant lorsque, seize jours après la naissance, on remarqua chez lui l'existence d'une légère stomatite avec traces de sang sur les lèvres. Deux jours plus tard, il eut une hémorrhagie profuse paraissant provenir de la muqueuse buccale et qui ne tarda pas à rendre l'allaitement impossible. Il y avait de la fièvre et les selles contenaient une quantité considérable de sang d'un rouge rutilant. L'enfant mourut le lendemain.

A l'autopsie, on ne put déceler la moindre ulcération intestinale. Par contre, il existait un épanchement sanguin dans la cavité péritonéale, dû à une hémorrhagie du cordon, ainsi qu'un grand nombre d'ecchymoses sous-pleurales. Les ensemencements montrèrent la présence, dans la bile et au sein du foie, du bacille pyocyanique. L'inoculation d'une culture de ce microorganisme à un cobaye détermina la mort en moins de vingt-quatre heures, et l'on put retrouver des bacilles pyocyaniques dans tous les organes de cet animal.

Bien que d'autres microbes (staphylocoque pyogène doré et *bacillus aerogenes lactis*) eussent été également isolés à l'autopsie du petit malade en question, M. Nicholson est néanmoins porté à croire que la mort doit être attribuée ici à l'infection par le bacille pyocyanique, hypothèse d'autant plus plausible que ce microorganisme a été plus d'une fois signalé dans des affections s'accompagnant de manifestations hémorrhagiques. Mais encore importe-t-il d'expliquer le mécanisme pathogénique de cette infection survenue chez un enfant placé dans une Maternité où l'on n'avait pas observé de cas de *pus bleu*, et qui, en fait d'aliments, ne recevait que le lait de sa mère. Il ne saurait s'agir ici d'une infection intra-utérine, attendu que pendant les seize premiers jours le nouveau-né n'avait rien présenté d'anormal. Il ne reste, par conséquent, à invoquer que la contamination par contact avec le mamelon de la mère. Cette interprétation paraît assez rationnelle si l'on tient compte que la présence du bacille pyocyanique sur la peau et dans la salive est loin d'être rare, et que nombre de femmes ont l'habitude d'humecter leurs mamelons avec de la salive avant chaque tétée. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, octobre 1900.) — L. CH.

Inclusion fœtale intra-abdominale,
par MM. G. Wright et D. Wylie.

Le cas relaté par MM. Wright et Wylie concerne une fillette qui fut admise à l'hôpital à l'âge de deux mois pour une tumeur de l'abdomen. Au dire de la mère, le néoplasme, assez volumineux au moment de la naissance pour gêner l'accouchement, n'avait cessé de s'accroître depuis, de sorte qu'il finit même par entraver l'allaitement. La tumeur, nettement délimitée par rapport au foie et aux côtes, occupait tout le côté gauche de l'abdomen et formait une proéminence très marquée à la région lombaire. La partie antérieure et supérieure de cette masse semblait être de nature kystique, le reste offrait une consistance dure. Une ponction, qui fournit près de 600 grammes d'un liquide jaune clair contenant 5 ‰ d'albumine, eut pour effet de diminuer momentanément le volume du néoplasme, mais au bout d'une dizaine de jours la situation était de nouveau à peu près la même qu'au moment de l'admission de l'enfant à l'hôpital. On se décida à intervenir, croyant avoir affaire à une tumeur rénale ou périnéphritique. Or, l'opération montra qu'il s'agissait d'un tératome ayant contracté des adhérences trop étendues pour que l'extirpation pût donner un résultat favorable; en effet, la fillette ne tarda pas à succomber.

L'examen du néoplasme, effectué par M. Ballantyne, fit voir que celui-ci n'était autre chose qu'un embryon à organes rudimentaires, inclus dans la cavité abdominale de l'enfant opérée. (*Brit. Med. Journ.*, 17 novembre 1900.) — L. CH.

CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

Hôpital Saint-Louis.— M. Du Castel.

Les herpès récidivants.

Vous venez de voir un malade de constitution superbe, dont à première vue chacun envierait la santé : cependant, cet homme vient depuis cinq ans réclamer mes soins d'une façon régulière.

Le mal dont il souffre n'est pas grave, mais il est particulièrement rebelle. Sur le bord droit de la langue, vous avez pu remarquer quelques points blancs gros comme une tête d'épingle, quelques taches blanches peu étendues, superficielles, à bords irréguliers. C'est toute la maladie dont mon client se plaint. Dans quelques jours, si vous le revoyez, tout sera réparé. Vous vous demandez sans doute comment si petite lésion peut conduire le porteur à aller pendant cinq ans, presque chaque semaine, consulter un médecin. L'histoire plus complète du patient vous montrera que son affection, si elle n'est pas dangereuse en elle-même, est, du moins, fort pénible.

Cet homme a eu une syphilis bénigne, il y a une quinzaine d'années. Aucun accident ne s'était produit depuis plusieurs années et notre client se considérait comme guéri quand, il y a six ans, une éruption fit son apparition dans les mêmes points qu'aujourd'hui, et semblable à celle que vous venez de voir; cette éruption guérit en quelques jours. Tout paraissait fini, mais, peu de temps après, les manifestations linguales se reproduisirent avec les mêmes caractères, pour guérir avec la même facilité.

Depuis lors, la vie du malade peut se décomposer en deux périodes alternatives : pendant quelques semaines il paraît absolument bien portant, rien ne s'observe sur sa langue; puis, tout à coup, le bord droit devient douloureux, l'éruption se montre avec des caractères à peu près toujours identiques; en peu de jours elle guérit et tout rentre dans la normale; après quelques semaines de tranquillité, elle reparaît à nouveau. C'est ainsi que depuis six ans notre homme passe sa vie à osciller entre des périodes d'intégrité linguale et des périodes d'éruption; il y a cinq ans que nous nous efforçons d'empêcher le retour de ces poussées éruptives, sans grand résultat; je dois dire cependant que depuis quelque temps leur fréquence diminue, et il est permis d'espérer que le moment de la guérison approche.

Vous vous étonnez sans doute de voir malade et médecin s'acharner depuis si longtemps après un mal si petit en apparence, occasionnant tout au plus une légère gêne de la mastication au moment des poussées. Quelques indications sur le moral de cet homme vont nous faire connaître le côté grave de son état.

Quand la première poussée éruptive s'est produite, il y a six ans, notre client avait presque oublié qu'il était syphilitique; cette première poussée ne le préoccupa pas autrement; mais, quand il vit les éruptions se répéter incessamment, la pensée lui vint que la syphilis se réveillait et lui jouait à nouveau des tours du côté de la bouche, qu'elle allait entrer dans la série des accidents graves tardifs; cette idée l'obséda et c'est sous son impression qu'il est venu demander mes soins. Depuis lors, malgré tous les efforts que j'ai pu faire pour le rassurer, notre homme est profondément malheureux, syphilophobe au suprême degré, toujours convaincu que des manifestations sérieuses de syphilis le menacent; en vain, je lui répète sur tous les tons que sa petite éruption n'est pas de nature syphilitique, qu'elle n'aura aucune conséquence sérieuse, qu'elle guérira; je ne puis déraciner de son esprit l'idée qu'il est voué aux pires accidents de la syphilis, et son existence est absolument empoisonnée par cette conviction; cet état moral est ce qu'il y a de plus grave dans sa situation. Ne croyez pas que cette obsession soit un fait accidentel particulier à ce sujet; elle est habituelle à la plupart des patients atteints de la lésion qu'il porte; elle constitue le côté pénible de cette affection qui n'est autre que l'*herpès récidivant buccal*, type morbide heureusement détaché de la syphilis par M. le professeur Fournier et dont on pourrait dire que l'éruption n'est rien, que l'influence morale est tout. Permettez-moi de profiter de l'occasion pour vous parler des herpès récidivants.

L'herpès est une éruption caractérisée par la production de vésicules hémisphériques, à sommet mousse, à liquide nettement transparent au début. Ces vésicules ont tendance à se réunir en groupes de forme plus ou moins nettement circulaire; elles reposent sur un derme enflammé, œdématié, épaissi; dans les régions à tissu cellulaire lâche (prépuce, paupières, etc.) un œdème considérable et très étendu se montre autour d'un petit groupe herpétique.

L'éruption peut atteindre la peau ou les muqueuses en continuité avec la peau, particulièrement la muqueuse buccale. Sur la peau, la dessiccation des vésicules donne lieu à la production d'une croûte plus ou moins foncée; sur les muqueuses, la durée des mêmes éléments est éphémère, si bien qu'ils échappent souvent à l'observation du médecin; dans le lieu où ils s'étaient produits, on voit rapidement apparaître une membrane diphtéroïde prenant à un tel point les aspects de la membrane diphtérique vraie qu'il est souvent on ne peut plus difficile, impossible même, de faire à l'œil nu un diagnostic positif.

L'éruption herpétique n'est pas une affection grave : elle guérit en quelques jours; après la chute de la croûte ou de la membrane diphtéroïde, la peau ou la muqueuse présente une coloration rouge exagérée qui persiste fort peu de temps et bientôt tout rentre dans l'ordre. Peau ou muqueuse reprennent leur constitution absolument normale; il n'y a pas ombre de cicatrice à la suite de l'évolution d'un herpès non compliqué.

La production de l'éruption que nous étudions s'accompagne presque toujours de phénomènes douloureux spéciaux bien connus des malades sujets à l'herpès et qui leur permettent d'en prévoir l'apparition. Ces phénomènes consistent en une sensation de cuisson, d'agacement, en élancements sur la valeur desquels les clients de l'herpès ne se trompent pas.

L'éruption herpétique se montre souvent à l'occasion d'une affection fébrile, comme la pneumonie, la grippe, la méningite cérébro-spinale, etc.; quand elle survient dans de pareilles conditions, elle était et est encore considérée par nombre de médecins comme un phénomène de bon augure, comme l'annonce de la guérison prochaine de la maladie; c'est l'herpès dit critique. Il ne faut pas exagérer cette bonne réputation faite à l'herpès, celui-ci pouvant se montrer au cours de formes graves des maladies fébriles et même dans des cas destinés à devenir mortels.

Des inflammations locales, des traumatismes provoquent quelquefois l'apparition de l'herpès dans les régions qu'ils atteignent; c'est ce qu'on observe à la suite de la blennorrhagie, de la vaginite, du chancre simple, du viol, de certains traumatismes des membres. Ces derniers ne paraissent pas, quoi qu'on en ait dit, provoquer un herpès vrai; les éruptions qui les accompagnent sont suivies de la production d'eschares, de cicatrices qui ne s'observent pas dans l'herpès simple, éruption dont un des grands caractères est de ne laisser sur la peau aucune trace de son passage, aucune cicatrice, si minime soit-elle.

Des auteurs éminents, Morton, Parrot, Fernet, ont décrit une maladie générale fébrile, la fièvre herpétique, sorte de fièvre éruptive dont l'herpès de la peau constituerait la manifestation cutanée, l'herpès buccal ou pharyngé la manifestation du côté des muqueuses, et dont la pneumonie serait une manifestation viscérale fréquente : on a parlé d'épidémies d'herpès. Malgré l'autorité de ses défenseurs, la fièvre herpétique n'a pas encore conquis, pour la plupart des médecins, droit de cité définitif à côté de nos grandes fièvres éruptives, scarlatine, rougeole, variole.

L'herpès survenant dans les différentes conditions que je viens de vous signaler est presque un incident plutôt qu'un accident chez la plupart des sujets qui en sont atteints : en quelques jours, l'éruption parcourt son cycle complet et le malade en est débarrassé. Certains patients ne seront plus jamais atteints; nombreux sont, en effet, ceux qui ne sont affectés d'éruption herpétique qu'une fois en leur vie; mais d'autres verront de loin en loin l'herpès les frapper à nouveau, et il en est chez qui tout malaise un peu important, tout excès de fatigue provoque pour ainsi dire fatalement le retour de l'éruption.

A côté de ces malades, dont les uns sont atteints tout à fait accidentellement d'herpès, tandis que les autres peuvent en être déjà considérés comme les clients, de par la facilité avec laquelle ils le voient se reproduire à l'occasion du moindre malaise, il existe un troisièm groupe de sujets chez lesquels l'herpès se montre avec une fréquence désespérante, une répétition incessante et souvent régulière, dans des conditions nettement déterminées et toujours les mêmes : cette dernière variété d'herpès constitue ce qu'on a appelé les *herpès r cidivants.*

Ceux-ci se montrent sur la peau et sur les muqueuses, dans des conditions différentes che l'homme et chez la femme.

Chez la femme, l'affection est très fréquente; elle constitue l'*herpès dit cataménial;* à chaque époque menstruelle, une éruption herpétique se montre, ordinairement au pourtour de la bouche, au niveau de la pointe ou des ailes du nez; elle peut se produire à la vulve. Chez certaines malades, elle adopte pour lieu d'élection des localisations qui surprennent : on l'a vue se montrer au cou, sur les fesses, etc.; j'ai observé une dame qui voyait se produire à la fin de chaque époque une éruption herpétique au-dessous du sein gauche.

L'herpès cataménial est un accident tellement fréquent qu'il est considéré par la plupart des femmes comme un phénomène normal et que celles qui en sont atteintes ne s'en préoccupent guère que dans les cas où il occupe un des sièges insolites que je viens de vous signaler, ou lorsqu'il devient gênant par l'abondance de l'éruption.

Tout autre est l'*herpès génital récidivant de l'homme*, qui a été particulièrement étudié par MM. Diday et Doyon, par M. le professeur Fournier et par M. Mauriac.

L'éruption ne diffère pas de l'éruption herpétique ordinaire : elle consiste dans la production de vésicules habituellement peu nombreuses, accumulées dans une zone limitée des organes génitaux, la plupart réunies en groupes qui donnent lieu à des figures limitées par des bords microcycliques et polycycliques, pour employer la qualification si expressive du professeur Fournier; c'est-à-dire que les bords sont dentelés, les dentelures ayant la forme arrondie et les dimensions des vésicules de l'herpès et correspondant à la partie la plus avancée des éléments périphériques du groupe.

Les vésicules reposent sur une base rouge, enflammée, œdémateuse; l'œdème sous-jacent devient considérable quand l'éruption est quelque peu abondante et repose sur un tissu cellulaire lâche, comme c'est le cas pour la muqueuse du prépuce.

La déchirure des vésicules peut donner lieu à la production d'érosions; celles-ci, à moins d'infection ou de traumatisme violent, sont sans profondeur; elles sont taillées à pic et la hauteur de leurs bords ne dépasse pas celle des couches superficielles de l'épiderme qui constituaient la paroi supérieure de la vésicule; le derme est indemne; l'érosion se trouve limitée par un bord polycyclique et microcyclique. La base sur laquelle l'ulcération repose est molle,

œdémateuse; quand on la comprime entre les doigts, un liquide séreux abondant s'écoule à la surface de la petite plaie. Sur la peau, l'érosion se recouvre d'une croûte jaune ou brunâtre; sur les muqueuses, d'un enduit diphtéroïde.

L'herpès génital se rencontre dans les différents points des organes génitaux de l'homme, peau du fourreau ou du prépuce, muqueuse préputiale, sillon balano-préputial, gland.

Cette affection est douloureuse; l'apparition de l'éruption est précédée pendant quelques heures de démangeaisons agaçantes, parfois insupportables, qui se calment habituellement peu de temps après que les vésicules se sont montrées; il est rare de les voir survivre à la guérison de celles-ci.

M. Mauriac a insisté sur le haut degré que les douleurs de l'herpès génital acquièrent chez quelques malades : elles peuvent égaler l'intensité des névralgies les plus douloureuses; cette forme a reçu le nom spécial d'*herpès névralgique;* elle s'accompagne souvent d'une éruption abondante, d'une surexcitation nerveuse extrême.

En résumé, l'éruption de l'herpès génital récidivant ne diffère pas sensiblement, par ses caractères objectifs et par son évolution, de celle de l'herpès vulgaire; un peu plus d'intensité des phénomènes douloureux, voilà à peu près la seule différence qu'il est possible de relever entre l'une et l'autre. L'éruption est en elle-même bénigne : ce qui constitue sa gravité, c'est la fréquence de ses répétitions, c'est l'état moral pénible dans lequel elle jette le patient.

Un malade atteint d'herpès génital récidivant passe rarement plus de quelques semaines sans voir l'éruption se reproduire.

D'après Diday et Doyon, la récidive se ferait à peu près tous les deux mois; mais souvent la fréquence des poussées est plus grande et un espace de quinze ou vingt jours au plus les sépare; quelquefois, elles sont à ce point rapprochées qu'elles sont véritablement subintrantes. Ce rapprochement dépend beaucoup de l'intervention de causes provocatrices dont l'action est des plus accusées, telles qu'excès de table, marches forcées, mais surtout et avant tout inconstance dans les amours : il est des malades qui, tranquilles dans la vie ordinaire, voient infailliblement une poussée éruptive se produire chaque fois qu'ils se montrent infidèles à leur compagne habituelle.

Le côté grave de l'herpès récidivant de l'homme est l'état moral dans lequel il plonge le malheureux qui en est atteint : la pensée de l'infériorité dans laquelle le met l'affection dont il est victime devient pour lui une cause d'obsession constante; sa vie se passe à se désoler devant l'éruption qui évolue, ou à se demander quand une nouvelle éruption va se produire; il lui semble qu'un mal si rebelle ne peut être que l'indice d'une affection vénérienne grave; ce mal lui paraît une tare honteuse entre toutes. Le désespoir de certains sujets est tel qu'ils demandent au suicide la fin de leur torture morale.

L'*herpès récidivant buccal* a été mis en lumière par le professeur Fournier; il peut occuper tous les points de la muqueuse buccale, mais son siège de beaucoup le plus habituel est le bord de la langue. Il est rare d'observer des vésicules bien nettes au début de l'éruption; quand le médecin est consulté, celle-ci se présente ordinairement sous l'aspect de grains miliaires, de petites taches opalines, grisâtres, lactescentes, qui paraissent formées par l'épithélium macéré. Bientôt la partie centrale de l'épithélium malade se détache et l'on se trouve en présence d'une tache rouge à revêtement épithélial mince, bordée par une petite collerette blanche qui tombe à son tour; il ne reste plus alors qu'une érosion superficielle de la muqueuse. Cette érosion est petite, miliaire quand elle correspond à l'évolution d'une vésicule isolée; plus ou moins étendue, à bords microcycliques et polycycliques, lorsqu'elle succède à la rupture de plusieurs vésicules confluentes.

L'apparition de la lésion est précédée d'élancements et d'une certaine ardeur locale dans le point où celle-ci va se montrer.

La réparation est rapide, elle se fait en peu de jours; mais après quelques semaines, quelques mois au plus, une nouvelle poussée éruptive se produit, occupant le même siège, présentant les mêmes caractères et la même évolution.

L'herpès récidivant buccal ne s'observe guère que chez l'homme, et presque toujours chez des sujets ayant eu la syphilis. Ce n'est pas un accident qui se montre dans les premières périodes de cette affection; c'est chez les syphilitiques atteints depuis plusieurs années qu'il est de règle de le voir apparaître, alors que les malades ne présentent plus que quelques-uns des accidents dits secondaires ou, plus souvent encore, alors qu'ils semblent guéris : ce n'est ordinairement pas avec, c'est après la syphilis que l'herpès récidivant buccal survient; aussi le professeur Fournier déclare-t-il qu'on pourrait l'appeler un accident métasyphilitique.

Le mal une fois installé persiste pendant des années, deux, trois, quatre ans dans les cas les plus ordinaires, d'après M. Fournier; vous avez vu que notre malade vient réclamer nos soins depuis cinq ans déjà; il est vrai que, à l'heure actuelle, les poussées éruptives sont moins intenses, plus espacées, et il est permis d'espérer que nous approchons de la guérison.

Il semble exister entre la syphilis et l'herpès récidivant buccal un lien incontestable, mais dont nul encore n'a pu préciser la nature exacte. Le professeur Fournier se demande si l'influence provocatrice ne se trouverait pas dans les irritations répétées de la bouche auxquelles donnent lieu la production des éruptions successives de la muqueuse, le traitement mercuriel, l'usage du tabac. Ce qu'on peut dire, c'est que l'herpès ne se comporte pas comme une lésion franchement syphilitique; il ne répond pas au traitement de la syphilis et ne s'améliore pas sous son influence; celui-ci est même souvent plus nuisible qu'utile; il précipite et aggrave les poussées éruptives au lieu de les supprimer.

Le malade atteint d'herpès récidivant buccal tombe souvent dans un état de tristesse qui rappelle celui du sujet porteur d'un herpès récidivant génital, bien que généralement moins intense : il semble au patient que cette lésion de la bouche, survenant à la suite de la syphilis, occupant une des régions favorites de celle-ci, ne peut être qu'une lésion syphilitique, et qu'elle indique la persistance du mal, de l'intoxication vénérienne. Avant les travaux du professeur Fournier, les médecins partageaient la même opinion, et aujourd'hui même la notion de l'herpès récidivant buccal ne s'est pas encore suffisamment répandue, en dehors du monde des syphiligraphes, pour que nombre de praticiens ne le confondent avec les lésions syphilitiques de la bouche, n'entretiennent le malade dans cette opinion que les lésions qu'il présente sont de nature spécifique, enfin ne le soumettent indéfiniment à des traitements antisyphilitiques.

L'herpès récidivant buccal ne conduit à aucun accident grave de la muqueuse buccale; il n'est particulièrement pas un acheminement vers l'épithéliome, comme la leucoplasie vraie.

Je ne m'attarderai pas au diagnostic généralement facile des herpès récidivants. Le diagnostic de l'*herpès cataménial*, en dehors de ses localisations bizarres et insolites, cou, sein, etc., etc., est habituellement posé par le sujet même qui en est atteint.

Plus délicat est le diagnostic de l'*herpès génital récidivant* de l'homme ; pour le malade qui en a eu déjà plusieurs poussées, l'évolution spéciale du mal, les troubles de la sensibilité qui ouvrent la scène, ses lésions vésiculeuses habituellement nettes ne laissent place à aucun doute.

La lésion irritée artificiellement pourrait donner lieu à des hésitations, et prêter à confusion avec un chancre simple ou avec un chancre syphilitique. Mais l'apparition de l'herpès est précédée d'une période douloureuse, d'une sensation d'agacement, de brûlure qui n'appartiennent pas aux autres lésions; il est rare que l'herpès, même irrité, atteigne la profondeur de l'ulcère chancrelleux; celui-ci creuse dans la profondeur du derme, celui-là n'atteint que l'épiderme et met tout au plus à nu la surface du derme; les bords du chancre simple sont élevés, décollés, renversés en dehors; ceux de l'herpès sont sans élévation et ne dépassent pas l'épaisseur de l'épiderme. La surface de l'ulcération chancrelleuse est couverte de pus liquide ou concret, constituée par des bourgeons volumineux et irréguliers; celle de l'herpès est voilée par une membrane grisâtre, légèrement diphtéroïde; elle est régulière et non mamelonnée. Quant à la base sur laquelle l'une et l'autre lésion reposent, elle est inflammatoire, molle, plus ou moins œdémateuse et son étude ne fournit souvent aucune notion bien précieuse. Malgré ces caractères différentiels permettant habituellement une distinction facile, il faut bien savoir que certains chancres simples superficiels sont, à leur début, très difficiles à distinguer de l'ulcération herpétique, et que ce diagnostic, après avoir nécessité autrefois l'épreuve de l'inoculation, exige parfois aujourd'hui la recherche du bacille de Ducrey.

Les différences entre l'herpès et l'accident primitif de la syphilis sont généralement plus accusées. L'ulcère syphilitique est régulier de forme, arrondi, ovalaire ou en volet; la profondeur en est rarement grande; la forme générale rappelle celle d'un godet, c'est-à-dire que l'excavation, profonde au centre, va rejoindre par une pente douce les bords et les tissus sains; le centre de la lésion est recouvert d'une membrane diphtéroïde qu'entoure un anneau rouge foncé, ce qui donne à l'ensemble l'aspect d'une cocarde bicolore; la base de la lésion présente, surtout en certains points, une dureté chondroïde; mais il ne faudrait pas croire que ce caractère soit absolument constant ni pathognomonique; il manque dans des chancres incontestables, et certaines indurations inflammatoires artificielles, parfois notamment celles qui accompagnent l'herpès, ne peuvent en être distinguées.

Les sécrétions des différentes lésions sont distinctes : l'herpès fournit une sérosité abondante, le chancre simple suppure, le chancre syphilitique reste sec et improductif, se distinguant parmi les érosions pathologiques par cette tendance à ne pas suinter.

En comprimant entre les doigts la base des diverses ulcérations, on augmente le flux séreux de l'herpès, qui est pour ainsi dire intarissable; on provoque pour le chancre simple l'écoulement d'une sérosité moins abondante qui se mélange à la suppuration naturelle; pour obtenir quelque chose du chancre syphilitique, il faut faire sauter la membrane diphtéroïde qui le recouvre; on voit alors sourdre par une infinité d'orifices microscopiques un liquide jaunâtre foncé; puis, par les mêmes orifices, s'écoule péniblement un sang brun noirâtre. Ces particularités relèvent de la structure même du chancre, de son endartérite oblitérante et des obstacles que celle-ci oppose à l'issue du sang hors des vaisseaux.

Le chancre syphilitique s'accompagne de sa pléiade ganglionnaire indolente; le chancre simple est souvent suivi d'une mono-adénite inflammatoire; l'adénopathie fait le plus habituellement défaut dans l'herpès; cependant, il n'est pas exceptionnel de voir une adénite inflammatoire l'accompagner, probablement par infection secondaire de la petite plaie.

L'herpès récidivant buccal peut être confondu avec les lésions blanches et opalines de la cavité buccale.

Les affections chroniques, telles que la leucoplasie qui conduit à l'épithélioma, la langue géographique, le lichen plan, seront facilement distinguées par l'épaisseur, l'étendue, la persistance non interrompue des lésions. Les altéra-

tions avec lesquelles l'herpès est ordinairement confondu sont les lésions érosives et opalines de la syphilis; et la chose est facile à comprendre, quand on se rappelle ce que nous disions tantôt, à savoir que l'herpès survient presque constamment chez d'anciens syphilitiques, vers la fin de la période dite secondaire ou peu après.

Un certain nombre de faits appelleront cependant l'attention sur la nature de la lésion et permettront d'en fixer le diagnostic. Des troubles sensitifs très pénibles, agacements, élancements, précèdent l'éruption; celle-ci présente habituellement deux ordres de lésions : 1° des lésions miliaires, petites taches blanches, grosses comme des têtes d'épingles, ou érosions minuscules; 2° des lésions plus grandes, plaques à contours irréguliers revêtues d'un enduit blanchâtre ou érosions plus ou moins étendues, superficielles, microcycliques et polycycliques. Les lésions miliaires correspondent à l'évolution des vésicules herpétiques isolées; les plaques et les grandes érosions correspondent à l'évolution de groupes de vésicules. Les caractères de l'éruption que je viens d'indiquer, l'évolution spontanée rapide de la lésion, ses répétitions incessantes distingueront l'herpès d'avec les lésions syphilitiques plus tenaces, plus rebelles, moins douloureuses.

Un certain nombre de malades, en présence d'un herpès lingual, sont pris de la crainte qu'il ne tourne au cancer de la langue; je voyais ces temps derniers arriver dans mon cabinet un confrère de province qui, atteint d'herpès, venait me demander jusqu'à quel point je redoutais pour lui le cancer de la langue; je lui répondis « en aucune façon », puisque la lésion qu'il portait était un herpès et non une leucoplasie. Mon affirmation ne suffit pas à le rassurer et ne l'empêcha pas de consulter tous les syphiligraphes de la capitale qui lui firent la même réponse; ces affirmations répétées finirent par rendre quelque espérance au malheureux inquiet; mais je n'affirmerais point qu'il n'ait pas persisté un certain degré d'appréhension dans son esprit. Quant à vous, lorsque vous aurez posé le diagnostic d'herpès, soyez sûrs que l'épithélioma ne poussera pas derrière lui.

La thérapeutique des herpès récidivants est loin, en général, de couvrir le médecin de gloire. Au moment de l'éruption, le traitement local sera celui de toutes les éruptions herpétiques. Le grand point est d'empêcher la reproduction des éruptions. Sommes-nous en mesure d'atteindre ce résultat? Je ne dirai pas absolument non; mais bien rarement notre intervention paraît agir d'une façon rapide et puissamment active.

Les vices de constitution, le lymphatisme, l'arthritis, seront attaqués par les médications appropriées. L'arsenic est considéré comme ayant plus d'une fois contribué à empêcher la récidive; il doit être administré à doses élevées. Les eaux sulfureuses constituent le traitement qui paraît avoir donné le plus grand nombre de guérisons, sans qu'on puisse cependant promettre aux malades, avant leur départ, un succès assuré.

Les cautérisations énergiques du foyer morbide, même les pointes de feu, ne semblent pas modifier suffisamment la nutrition locale pour arrêter le retour du mal; le traitement local a cependant amené quelquefois des résultats heureux : une malade était atteinte d'un herpès cataménial récidivant dont l'éruption se produisait au niveau du cou; Verneuil ayant eu l'idée de pratiquer en ce point des injections d'éther iodoformé à 5 %, l'éruption ne se reproduisit plus.

Contre l'herpès récidivant de l'homme, le traitement qui paraît le plus efficace, c'est l'abstention des excès de table et des grandes fatigues, c'est surtout, comme Diday, le professeur Fournier et tous les vénéréologistes le proclament, la stabilité dans les relations amoureuses : nombre de malades ont trouvé la guérison dans le mariage.

L'herpès récidivant buccal se trouvera bien des soins minutieux de propreté, de la suppression des causes d'excitation : tabac, mets épicés, liqueurs alcooliques; quand le diagnostic aura été nettement établi, l'usage du mercure deviendra absolument contre-indiqué. Le malade — généralement un ancien syphilitique, comme je l'ai dit —, convaincu que son accident est encore de nature syphilitique, demande, réclame le traitement mercuriel; vous devrez vous opposer à ses désirs et vous efforcer de lui persuader que le mercure, loin de lui faire du bien, lui serait nuisible.

L'herpès récidivant est une des affections au sujet desquelles le médecin a le plus occasion d'exercer son rôle consolateur, car vous savez déjà que cette affection produit une influence morale désastreuse, tout à fait disproportionnée avec sa gravité; vous vous efforcerez donc de persuader au patient que ce mal qui le désespère ne le menace d'aucun avenir grave, qu'il en exagère l'importance, qu'il en guérira d'autant plus vite qu'il respectera mieux les règles de l'hygiène de l'herpétisme; malheureusement le médecin le plus persuasif échoue souvent dans ce rôle consolateur. C'est incontestablement dans leur action démoralisatrice que réside le côté sombre des herpès récidivants.

MÉDECINE PRATIQUE

Un procédé facile d'extirpation des papillomes du larynx chez les enfants.

De toutes les tumeurs bénignes du larynx, les plus fréquentes, surtout dans le jeune âge, sont les papillomes. On sait que c'est aussi chez les enfants que ces néoplasies sont le plus graves, car elles peuvent entraîner la mort par suffocation, l'étroitesse des voies aériennes infantiles et l'indocilité des petits malades rendant, d'ailleurs, tout traitement par les voies naturelles presque impossible.

Aussi, l'ablation des polypes par des pinces ou une curette avec le contrôle du laryngoscope étant presque irréalisable chez eux, se contente-t-on le plus souvent de faire la laryngotomie sous chloroforme; c'est là, du reste, une opération assez efficace et n'offrant pas plus de gravité qu'une simple trachéotomie, pourvu qu'elle soit exécutée par une main habile. Mais, quels qu'en soient les avantages, elle n'est pas non plus sans dangers, comme l'est toute ouverture des voies aériennes à la région du cou; en outre, elle donne assez souvent de mauvais résultats pour le rétablissement normal de la voix et ne met pas à l'abri des récidives : on connaît le cas de ce chirurgien américain, qui, dans l'espace de trois ans, fit sur le même enfant 17 laryngotomies pour des papillomes qui se reproduisaient sans cesse; le résultat de ces multiples interventions fut, il est vrai, la disparition définitive des tumeurs, mais aussi une sténose du larynx qui condamna le sujet à respirer toute sa vie par une canule.

D'autre part, comme il est connu que le repos du larynx agit d'une manière bienfaisante sur l'évolution des papillomes, au point que chez des individus trachéotomisés on a vu ces néoplasies disparaître en peu de jours pour se reproduire sitôt que la respiration était rétablie par les voies naturelles, plusieurs auteurs, à l'exemple de Morell Mackenzie, ont eu l'idée de traiter simplement par la trachéotomie les enfants atteints de papillomes du larynx; ils temporisent ainsi jusqu'à l'époque où les tumeurs ne récidivent plus, ou, du moins, jusqu'à ce que le malade soit devenu assez docile pour qu'on puisse l'opérer en s'aidant de la laryngoscopie. Mais il n'est pas sans danger de laisser un enfant respirer pendant des mois et des années par une canule, sans savoir à quel moment on pourra rétablir définitivement la respiration par les voies naturelles, ni même si on le pourra jamais.

En ce qui concerne les opérations endolaryngées, plusieurs méthodes ont été proposées : ainsi Voltolini, dès 1877, introduisait dans le larynx — avec le secours du miroir, si possible, sinon à l'aide du doigt — une éponge un peu rude montée sur une tige recourbée qu'il faisait passer plusieurs fois avec force à travers la glotte, en y pratiquant une espèce de ramonage; les papillomes étaient ainsi détachés de la muqueuse à laquelle ils adhèrent très faiblement. Au lieu d'éponge, d'autres laryngologistes se sont servis de grattoirs métalliques à surface rude, ou bien d'une espèce de curette fenêtrée. Mais tous ces procédés déterminent des déchirures de la muqueuse, d'assez abondantes hémorrhagies et une inflammation réactive, qui, surtout chez de jeunes sujets, peut avoir de graves conséquences.

En 1879, un médecin hongrois, le docteur Löri, proposa une méthode tout aussi simple, mais bien moins brutale que celle de Voltolini : il se servait d'une série de cathéters métalliques courbés à peu près comme les sondes uréthrales, et dont chacun portait sa fenêtre d'un côté différent. En introduisant successivement ces cathéters dans le larynx, on accrochait tour à tour les papillomes qui avaient leur siège en divers points des cordes vocales; il suffisait ensuite de retirer l'instrument pour arracher les tumeurs. Le docteur Baumgarten (de Budapest), qui a naguère expérimenté ce procédé avec d'excellents résultats, regrette qu'il soit tombé dans l'oubli.

Enfin, plus récemment, M. le professeur Massei (de Naples), jusque-là partisan convaincu de la trachéotomie et de la méthode temporisatrice, a eu l'occasion de se servir avec plein succès, dans un cas où l'indocilité du petit malade rendait impossible toute intervention endolaryngée, même avec le secours de l'éther, d'un instrument imaginé par O'Dwyer pour racler les granulations se formant dans la région hypoglottique des enfants après le croup, instrument qui ressemble beaucoup à celui que j'ai fait construire dans le but spécial d'extirper les papillomes d'après la méthode de Löri, modifiée et modernisée.

Ce procédé de traitement me paraît de nature à intéresser tous les praticiens, car le plus souvent c'est au médecin d'enfants, et non au laryngologiste, que sont conduits tout d'abord les petits malades affectés de papillomes du larynx, les symptômes que provoquent ces tumeurs (dysphonie, aphonie, toux) rappelant ceux de la laryngite chronique — laquelle est du domaine de la médecine générale —, et les accidents qu'elles sont susceptibles de déterminer amenant également, par leur ressemblance avec ceux du croup, l'intervention du médecin ordinaire.

Mais celui-ci, même s'il soupçonne la nature du mal, se contente forcément de faire la trachéotomie ou la laryngotomie, interventions dont j'ai déjà signalé les inconvénients; quant aux opérations endolaryngées classiques, elles lui demeurent interdites quelque exercé qu'il soit à la manœuvre du laryngoscope, à cause des difficultés spéciales qu'elles présentent dans ce cas particulier. Il s'agissait donc de trouver un dispositif qui mît la méthode en question à la portée de la majorité des praticiens.

Or, il est une opération que presque tout le monde a appris à faire : c'est le tubage du larynx. Aussi ai-je eu l'idée de faire construire un instrument qui eût la même forme que le tube d'O'Dwyer, de manière que tout médecin exercé à se servir de ce dernier pût, avec la même facilité, introduire et extraire du larynx l'instrument destiné à arracher les papillomes. Celui-ci se compose essentiellement de plusieurs cylindres creux, dont le calibre et la longueur diffèrent suivant l'âge de l'enfant, et que l'on visse au bout d'un manche semblable à l'introducteur des tubes d'O'Dwyer. Chaque cylindre se termine en bas par une extrémité arrondie au voisinage de laquelle il porte une ouverture ovale à bords tranchants qui peut être tournée à volonté dans toutes les direc-

tions, le cylindre demeurant solidement fixé au manche. Pour opérer, on introduit plusieurs fois le cylindre dans le larynx, de la même manière que s'il s'agissait de pratiquer l'intubation, mais en tournant chaque fois la fenêtre dans une nouvelle direction : on enlève ainsi tous les papillomes, quel que soit leur point d'insertion sur les cordes vocales. Les tumeurs extirpées se retrouvent dans l'intérieur du cylindre.

J'ai eu récemment l'occasion d'employer cet instrument chez 3 petits malades qui se présentèrent presque simultanément dans ma pratique privée ou à la clinique pédiatrique de M. le professeur Mya (de Florence) : chez tous, les résultats ont été excellents. Le premier, après avoir traversé une période d'enrouement progressif, était devenu complètement aphone depuis quelque temps; puis sa respiration s'était peu à peu embarrassée, jusqu'à la nuit où il fut amené à la clinique, en plein accès de suffocation; cette crise se calma d'ailleurs peu après l'admission. Le lendemain, je pus constater par l'examen laryngoscopique qu'il s'agissait de papillomes du larynx. J'aurais pu me servir de mon instrument en l'introduisant dans le larynx à l'aide du miroir; mais je préférai suivre la technique de l'intubation, ce qui se fit sans la moindre difficulté : en trois passages de l'instrument, je réussis à libérer complètement le larynx des masses papillomateuses qui l'encombraient, et le petit malade retrouva immédiatement sa voix naturelle et une excellente respiration; quelques jours après, il quittait la clinique parfaitement guéri. Un second enfant fut opéré de la même façon le lendemain par un assistant de la clinique, avec un égal succès. Enfin, j'intervins deux jours plus tard chez une petite fille dont l'indocilité rendait tout examen laryngoscopique impossible. Dans ces trois cas, les enfants ont été délivrés de leurs papillomes sans s'être même aperçus qu'ils avaient subi une opération.

On m'objectera que, sans examen laryngoscopique, on ne peut établir avec certitude le diagnostic de tumeurs papillomateuses du larynx; du moins l'existence de ces dernières est-elle très probable quand on a affaire à un enfant qui, après une période d'enrouement progressif, est peu à peu devenu aphone et dont la respiration est bruyante, surtout si l'on entend au niveau du larynx un bruit de valvule, des râles, etc. Et, même en cas de doute, que risque-t-on à essayer l'opération que je viens de décrire? S'il y a des papillomes, ils seront enlevés du coup; si, au contraire, il s'agit de toute autre affection, l'instrument sera retiré vide sans que l'on ait causé aucun dommage au larynx, le procédé en question étant tout à fait inoffensif.

Cette méthode, d'une grande simplicité, permet d'extirper les papillomes aussi souvent qu'ils se reproduisent, jusqu'au moment où ils ne présentent plus de disposition à récidiver. L'intervention n'ayant aucun inconvénient, il n'y aura plus lieu de se préoccuper de ces tumeurs qui étaient considérées jusqu'à présent comme très graves, et dont la cure radicale, toujours difficile et dangereuse, demeurait l'apanage des spécialistes. Désormais, tout médecin exercé à la technique du tubage pourra opérer, facilement et sans danger, les papillomes tant primitifs que récidivants.

Dr S. Monselles (de Florence).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 décembre 1900.

Diagnostic et traitement des sténoses pyloriques.

M. Routier. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport à propos de deux observations d'opérations sur l'estomac, qui nous ont été envoyées par M. Lafourcade (de Bayonne).

Dans le premier cas, il s'agit d'une pylorectomie pratiquée chez une femme de quarante-trois ans pour épithélioma du pylore; ne pouvant aboucher directement le duodénum dans l'estomac, notre confrère sutura les deux plaies duodénale et gastrique, et fit une gastro-entérostomie complétée par une entéro-anastomose. L'opération date de trente mois, et la malade est en parfaite santé.

L'autre observation a trait à une femme qui paraissait atteinte d'une sténose pylorique consécutive à un ulcère. M. Lafourcade fit une gastro-entérostomie; les suites furent simples et, aujourd'hui, la patiente, qui a été opérée le 28 avril dernier, est dans un état très satisfaisant; son poids a augmenté de 15 kilogrammes. D'après les détails qui nous sont donnés dans cette observation, je ne suis pas aussi convaincu que M. Lafourcade de la bénignité de la lésion pylorique, et je me demande s'il n'aurait pas été préférable de faire une pylorectomie.

M. Guinard. — J'ai eu cette année une véritable catastrophe, en matière de chirurgie stomacale : chez un malade qui présentait depuis trois ans des symptômes gastriques coïncidant avec un amaigrissement considérable, je fis une laparotomie, et je trouvai une cavité que je pris pour l'estomac, avec un pylore très rétréci; convaincu qu'il ne s'agissait pas d'un cancer, puisque les accidents dataient de trois ans, je fis une pyloroplastie qui fut suivie de mort en deux jours. L'autopsie montra qu'il existait une dilatation sous-cardiaque, suivie d'un canal de 18 centimètres de longueur, conduisant dans une ectasie prépylorique que j'avais prise pour l'estomac. Si j'avais fait une gastro-entérostomie portant sur la dilatation sous-cardiaque, il est vraisemblable que mon malade aurait guéri.

M. Poirier. — J'ai pratiqué ce matin une laparotomie pour une constriction du pylore par une péripylorite ayant amené la formation d'une sorte de bride circulaire; la section de cette bride a permis de déplisser le pylore et de lui rendre son calibre normal. Il aurait été bien difficile, dans le cas présent, de porter un diagnostic précis sur la nature de l'affection.

M. Reclus. — J'ai opéré, il y a quinze jours, un sujet qui avait été vu il y a quatre ans par M. Terrier et chez lequel on avait parlé d'adhérences inflammatoires; ultérieurement il se produisit des troubles gastriques pour lesquels on posa le diagnostic d'ulcère rond. J'ai trouvé chez ce malade, au niveau du pylore, une induration suspecte, accompagnée d'une adénopathie très accentuée. Je me suis borné à faire une gastro-entérostomie postérieure, et, malgré des accidents qui ont duré quelques jours et qui me paraissent imputables à du *circulus viciosus*, ce patient est actuellement en bonne voie de guérison.

M. Tuffier. — Il est bien difficile de faire un diagnostic précis des lésions gastriques, aussi bien pendant qu'avant ou après l'opération. Je vous ai présenté un homme chez lequel j'avais pratiqué une gastro-entérostomie, un an auparavant, et pour lequel je m'étais bien cru en droit de porter le diagnostic d'ulcère; or, un an plus tard, cet individu a succombé à un cancer.

M. Hartmann. — Je crois que nous devons multiplier les moyens d'exploration clinique qui peuvent nous permettre de distinguer le cancer gastrique d'avec l'ulcère. Indépendamment des renseignements que nous donnent l'examen du malade et l'analyse du suc gastrique, je suis convaincu que l'étude du sang est très utile pour le diagnostic, le sang des cancéreux offrant des caractères qu'on ne retrouve pas chez les patients atteints simplement d'ulcère.

M. Delbet. — Je vous présenterai bientôt un sujet qui paraissait manifestement porteur d'un cancer pylorique, et auquel j'ai fait une pylorectomie; il s'agissait d'une linite surajoutée à une lésion cancéreuse.

Je veux vous parler maintenant de 2 malades, pour lesquels le traitement chirurgical n'a pas été heureux. Dans le premier cas, il s'agissait d'un ulcère du duodénum, donnant lieu à des hématémèses graves; je me suis borné à faire une gastro-entérostomie, et cet homme a succombé à une hématémèse au neuvième jour; il aurait été certainement préférable de réséquer la première portion du duodénum, sur laquelle siégeait l'ulcère. Chez le second patient, j'ai pratiqué une gastro-entérostomie postérieure pour des phénomènes de sténose pylorique, et l'opération a été suivie d'accidents graves de *circulus viciosus;* j'ai rouvert l'abdomen et fait une entéro-anastomose; malgré cela, les vomissements ont continué et le malade a succombé.

M. Tuffier. — J'ai opéré un homme du service de M. Hayem, qui présentait simplement des symptômes d'anémie avec quelques troubles gastriques; grâce à la leucocytose révélée par l'examen du sang, M. Hayem fit le diagnostic de cancer de l'estomac; par la gastrectomie, je pus enlever un néoplasme étendu de la face postérieure de l'estomac; la guérison dure depuis trois ans.

M. Schwartz. — Dans un cas analogue à celui que M. Delbet vient de rapporter, j'ai observé, après la gastro-entérostomie, des accidents de *circulus viciosus* qu'une entéro-anastomose secondaire n'a pu supprimer. A l'autopsie, j'ai constaté que les troubles avaient été déterminés par une coudure de l'anse intestinale anastomosée à l'estomac.

M. Broca fait un rapport sur une observation de tuberculose mammaire envoyée par M. Pluyette (de Marseille).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 décembre 1900.

Les fistules ano-rectales prémonitoires de la tuberculose.

M. Barié. — Les observations précises de malades qui, après avoir été atteints d'une fistule ano-rectale, sont devenus plus tard tuberculeux, ne sont pas très nombreuses. En ce qui me concerne, j'ai pu observer cinq patients chez lesquels la fistule a précédé d'un temps relativement long l'apparition d'une tuberculose pulmonaire. Il s'agissait dans un de ces cas d'une femme, ce qui est relativement assez rare, puisque, d'après un relevé statistique, on compte 5,3 % de phtisiques hommes ayant eu précédemment une fistule, alors que cette proportion n'est que de 2 % pour les phtisiques femmes.

En outre, sur les cinq observations que j'ai réunies, trois fois l'abcès fistuleux survint spontanément, sans cause locale apparente, ce qui est la règle; dans les deux autres faits, la fistule reconnaissait une origine traumatique.

Chez les trois premiers malades, le début de la tuberculose pulmonaire se manifesta respectivement dix-huit mois, trois ans et quatre ans après l'apparition de la fistule; chez les deux autres, un an et demi et deux ans après.

Antagonisme de la tuberculose pulmonaire et des affections cardiaques.

M. Danlos montre, au nom de M. Gillet et au sien, une jeune fille, née d'une mère tuberculeuse ayant déjà perdu quatre enfants de méningite, qui présente depuis onze ans des signes de tuberculose pulmonaire au niveau de tout le côté gauche (souffle cavitaire, bruit de gargouillement, etc.) avec incurvation de la colonne vertébrale, et chez laquelle cependant on ne constate ni fièvre, ni altération de la santé générale. L'orateur croit devoir attribuer cette absence de phénomènes généraux au développement d'une affection mitrale dont les signes sont devenus évidents depuis peu.

M. Barth. — J'ai vu un fait à peu près semblable : il s'agit d'une femme toussant depuis très longtemps, chez laquelle on remarque, avec une déviation de la colonne vertébrale, de la matité et un bruit de gargouillement dans toute l'étendue du poumon droit. Comme la malade de M. Danlos, cette femme a conservé toutes les apparences de la santé, mais elle n'a aucun signe d'affection cardiaque. Je crois que ces faits ne sont pas absolument rares.

M. Faisans. — Je ferai observer qu'un grand nombre de tuberculeux sont atteints de lésions mitrales sans qu'on voie pour cela leurs lésions pulmonaires rétrocéder : le prétendu antagonisme de la tuberculose avec les affections du cœur me paraît loin d'être démontré.

M. Lancereaux lit un travail sur *les hémorrhagies névropathiques de la peau.*

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance des 15 et 22 décembre 1900.

Toxicité de la sueur des épileptiques et des paralytiques généraux.

MM. Mairet et **Ardin-Delteil.** — Nous avons fait un certain nombre d'expériences pour savoir si la sueur des épileptiques et des paralytiques généraux est toxique.

Chez les *épileptiques*, nos expériences ont porté sur de la sueur recueillie : 1° dans l'intervalle des attaques; 2° au moment même des crises convulsives ou immédiatement après.

La sueur interparoxystique a produit les mêmes effets physiologiques que la sueur de l'homme normal : elle ne s'est jamais montrée toxique; tous nos animaux ont survécu indéfiniment. Les doses injectées ont varié de 135 à 326 c.c. par kilogramme de lapin.

La sueur recueillie au moment des accès a toujours, au contraire, provoqué la mort de l'animal, et cela du fait d'une véritable action toxique et non par osmonocivité, la cryoscopie nous ayant montré que la sueur des épileptiques a un point de congélation variant de — 0°40 à — 0°56.

Avec la sueur des *paralytiques généraux*, nous n'avons jamais obtenu la mort immédiate des animaux, dont 10 seulement sur 16 ont succombé au bout d'un temps plus ou moins long. Sur ce nombre, 5 ont présenté des troubles paralytiques plusieurs jours après l'injection. A l'autopsie, on rencontre dans ces cas, à côté d'une congestion généralisée des méninges et du cerveau, des suffusions sanguines et des hémorrhagies.

La sueur des paralytiques généraux a donc une toxicité faible, mais réelle.

La formule histologique du liquide des hydrocèles.

MM. Widal et **Ravaut.** — L'étude histologique du liquide de huit hydrocèles essentielles, faite suivant le procédé que nous avons indiqué pour l'étude des pleurésies, nous a montré dans 5 cas des placards endothéliaux plus ou moins abondants et plus ou moins confluents, mêlés parfois à des globules rouges et à des lymphocytes peu nombreux. Deux fois, nous avons constaté seulement la présence de quelques cellules endothéliales dissociées et altérées; dans un cas enfin, nous avons noté l'absence presque complète d'éléments figurés.

Cette formule générale, semblable à celle que nous avons décrite dans les pleurésies aseptiques observées, par exemple, chez des cardiaques et des brightiques, est un argument contre l'origine infectieuse de cette variété d'hydrocèle dont le liquide est d'ailleurs stérile, ce qui plaide aussi en faveur d'une origine purement mécanique.

Dans les vaginalites symptomatiques, la formule histologique de l'épanchement est, en effet, tout autre. C'est ainsi que dans le liquide d'une vaginalite développée autour d'une orchite blennorrhagique, nous n'avons guère trouvé que des polynucléaires. D'autre part, dans l'épanchement d'une vaginalite inflammatoire avec fausses membranes et suffusions hémorrhagiques, nous avons constaté un mélange abondant de polynucléaires et de lymphocytes, sans cellules endothéliales.

La réaction de Haycraft pour la recherche des acides biliaires et sa valeur clinique.

M. H. Frenkel. — Si l'on verse dans un verre contenant de l'urine un peu de fleurs de soufre, on voit ce corps rester à la surface du liquide quand l'urine ne contient pas de bile, et tomber, au contraire, au fond du vase, en présence des acides biliaires. J'ai fait des recherches qui m'ont prouvé qu'un certain nombre de substances autres que les acides biliaires sont susceptibles d'amener la précipitation du soufre.

Toutefois, aucune de ces substances ne se rencontrant dans l'urine, soit normale, soit pathologique, la réaction de Haycraft n'en reste pas moins précieuse en urologie clinique. Par contre, cette réaction ne convient pas pour la recherche de la bile dans le contenu stomacal ou dans les selles.

Recherches histologiques sur le liquide des pleurésies expérimentales.

MM. Widal et **Ravaut.** — L'épanchement séro-fibrineux que l'on trouve parfois dans les plèvres de cobayes ayant succombé à une tuberculose généralisée est caractérisé par une véritable lymphocytose.

L'épanchement chronique occasionné par l'inoculation directe d'une culture de bacilles de Koch dans la plèvre du chien a une formule différente. On trouve de nombreuses cellules endothéliales, nettement dissociées pour la plupart, des lymphocytes, d'abondants polynucléaires et des globules rouges. A l'autopsie, on constate des tubercules à fleur de plèvre, et non pas la néomembrane tuberculeuse que l'on observe dans la pleurésie dite autrefois idiopathique ou *a frigore*.

Chez un cobaye ayant succombé à une septicémie typhique après inoculation intrapéritonéale de bacilles d'Eberth, nous avons trouvé un épanchement pleural dont le liquide, fourmillant de bacilles, contenait quelques cellules endothéliales desquamées, quelques lymphocytes et surtout des polynucléaires neutrophiles et éosinophiles.

Sur l'action du sérum des animaux traités par l'arsenic et la créosote.

M. Wiener dit avoir fait sur deux lapins et sur un chien des expériences qui prouvent que, lorsque ces animaux sont soumis à la médication arsenicale ou créosotée, leur sérum — recueilli pendant le traitement — possède des propriétés non seulement préventives, mais encore curatives, vis-à-vis de diverses infections microbiennes.

LETTRES D'AUTRICHE

(De notre correspondant spécial.)

Vienne, le 22 décembre 1900.

Des applications d'air chaud dans le traitement de certaines affections articulaires et des plaies infectieuses et chroniques.

Dans la séance d'hier de la Société impériale royale des médecins de Vienne, **M. Carl Ullmann** a présenté plusieurs malades atteints d'affections articulaires, blennorrhagiques ou syphilitiques, qui, après avoir été soumis sans résultats à différents traitements, ont guéri en quelques semaines par l'application d'air chaud d'après le procédé de Bier.

L'orateur a traité, en outre, par la même méthode 150 cas d'ulcérations des organes génitaux, des membres et du tronc. Les lésions des muqueuses sont naturellement peu accessibles à ce mode de traitement; mais celles du tégument cutané, les ulcères du pied en particulier, sont modifiées très avantageusement dès la première application d'air chaud.

Quant à la température à atteindre, elle varie suivant la nature et le degré des lésions : il faut une température plus élevée pour déterger les ulcères que pour tonifier les plaies et les rendre granuleuses. Chez tous les sujets anémiques, cachectiques, dyscrasiques, ou débilités par une cause quelconque, le traitement par l'air chaud donne de meilleurs résultats que les antiseptiques chimiques.

Plus la partie traitée est petite, plus l'hyperémie résultant de la dilatation des vaisseaux est vive et active. Cette dilatation dure plusieurs heures et peut devenir le point de départ d'un œdème qui jouerait un rôle très important dans la guérison. En effet, la sérosité qui le constitue serait douée, d'après l'orateur, de propriétés bactéricides et aurait l'avantage de dissoudre les masses exsudatives, ainsi que de favoriser le développement d'un tissu conjonctif de nouvelle formation.

Les applications d'air chaud sont indiquées surtout en cas d'ulcérations syphilitiques, mais elles peuvent également être utilisées contre tous les ulcères gangreneux, serpigineux, atoniques, etc.

Traitement des adhérences des osselets consécutives à l'otite moyenne suppurée.

Dans la séance du 17 décembre du Collège médical de Vienne, **M. I. Müller** a fait connaître un nouveau procédé de traitement contre la soudure des osselets à la suite des suppurations de l'oreille moyenne; dans ce but, il glisse entre eux à travers la perforation, agrandie ou non, du tympan de petites lamelles d'or qu'il laisse en place jusqu'après la guérison de l'otite. L'introduction de ces petites plaques d'or n'a donné lieu à aucun accident et a toujours été suivie de bons résultats.

Dr Schnirer.

LITTÉRATURE MÉDICALE

PUBLICATIONS FRANÇAISES

Ascarides lombricoïdes ayant simulé une crise d'appendicite, par Mme C. Arboré-Rally.

Il n'est pas exceptionnel que les ascarides lombricoïdes déterminent des troubles graves du côté du tube digestif, mais en pareille occurrence il s'agit généralement de parasites nombreux ayant, du fait même de leur volume, produit des phénomènes d'obstruction intestinale. Parfois, des accidents infectieux peuvent être dus à la présence d'un grand nombre d'ascarides : M. Chauffard a publié ici même, il y a quelques années (Voir *Semaine Médicale*, 1895, p. 505), un exemple remarquable de *lombricose à forme typhoïde;* le patient ne rejeta pas moins de 39 lombrics. Le cas relaté par Mme Arboré-Rally est tout différent, puisqu'il n'existait que deux ascarides qui, sans doute par leur localisation dans la région appendiculaire, avaient fait songer à une crise d'appendicite.

Il s'agit d'un garçon de dix ans qui, constipé depuis quelques jours, avait été pris brusquement de douleurs dans l'abdomen. Un purgatif administré peu après resta sans effets, ainsi qu'un lavement au séné. Le lendemain, les douleurs persistent, en même temps qu'apparaissent des vomissements. Le jour suivant, l'auteur trouve le jeune malade avec de la fièvre, un pouls petit et battant à 120, un facies grippé; les vomissements sont incessants; les douleurs, extrêmement vives, revenant par accès tous les quarts d'heure, sont très nettement localisées au point de McBurney; l'abdomen est tympanisé; la paroi, très hyperesthésique, se défend vivement et rend la palpation impossible.

Le lendemain, l'état s'est encore aggravé, malgré l'administration de pilules d'opium et l'application de glace sur l'abdomen; depuis trois jours l'enfant, qui n'a pu absorber aucun aliment, présente des vomissements incessants et n'a eu ni selle, ni émission de gaz. Deux chirurgiens, appelés en consultation, confirment le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée, posé par Mme Arboré-Rally, mais refusent d'intervenir, étant donnée la gravité de la situation. Le jour même, à minuit, après quelques heures d'accalmie, vomissements et douleurs réapparaissent; le jeune patient, très agité, a des lipothymies et finit par rendre, au bout de quatre heures, au milieu de vomissements porracés et striés de sang, un ascaride lombricoïde vivant de 16 centimètres de longueur. Aussitôt se produit une amélioration notable; le lendemain matin, le ventre est beaucoup moins ballonné, le pouls est redescendu à 90; il persiste seulement un peu de sensibilité à la pression dans la fosse iliaque droite; un simple lavement salé, en produisant une vraie débâcle intestinale, fait disparaître les derniers troubles.

Trois jours plus tard, l'administration de 0 gr. 40 centigr. de calomel associés à 0 gr. 15 centigrammes de santonine amènent le rejet, au milieu de selles vertes, d'un second lombric de 25 centimètres de long. Depuis lors, la santé de l'enfant s'est maintenue parfaite. (*Arch. de méd. des enfants*, décembre 1900.) — F. F.

Tumeur d'aspect sarcomateux causée par des corps étrangers multiples, par MM. W. Dubreuilh et A. Venot.

Le cas qui fait l'objet du présent travail concerne un enfant de onze ans qui, en jouant au bord de la mer, s'était enfoncé un fragment d'écaille d'huître sous la peau de la face dorsale de la première phalange de l'index droit. Ce corps étranger, moins gros qu'une lentille, fut expulsé au bout de deux mois avec un peu de pus, et la petite plaie résultant de cet abcès

guérit sans incident. Néanmoins, il persista au point lésé un léger empâtement indolore qui s'accrut progressivement, sans occasionner, d'ailleurs, le moindre trouble local ni général.

Au bout de six mois, la tumeur avait pris la forme et le volume d'une amande; à son niveau, la peau était adhérente, la grosseur elle-même demeurant mobile sur les plans sous jacents. Les téguments étaient rouges et amincis au point culminant de la tuméfaction, laquelle était molle et fluctuante; aussi crut-on à l'existence d'une collection purulente, voire d'un abcès froid, car le père du petit malade était mort tuberculeux. On fit une ponction au bistouri, mais qui ne donna que quelques gouttes de sang.

Devant cet insuccès, le diagnostic fut modifié, et les auteurs songèrent à un myxosarcome; l'ablation fut pratiquée quelques jours après, et l'on vit alors qu'il s'agissait d'une tumeur très molle, grisâtre, parsemée de petits points jaunâtres et entourée d'une membrane d'enveloppe, ce qui en rendit l'énucléation facile.

L'examen histologique fit reconnaître que ce néoplasme était formé d'un tissu conjonctif jeune, divisé en lobes inégaux et irréguliers par des travées de tissu fibreux. En outre, il était farci d'abcès microscopiques, contenant chacun un tout petit fragment de coquille d'huître.

C'était donc une tumeur offrant cliniquement l'aspect du sarcome, mais causée, en réalité, par des corps étrangers multiples et de volume très faible, ayant provoqué une réaction inflammatoire chronique sous forme d'une néoformation de tissu conjonctif avec des points de suppuration.

MM. Dubreuilh et Venot rapprochent de cette observation un cas publié en 1897 par Spitzer et relatif à un homme qui présenta une tumeur analogue sur la face dorsale du pied, en un point sur lequel il avait, peu de temps auparavant, écrasé une chenille. (*Ann. de dermatol. et syphiligr.*, oct. 1900.) — F. F.

PUBLICATIONS ALLEMANDES

Le traitement orthopédique de certaines affections nerveuses, par M. A. Hoffa.

Après une expérience de treize années, M. Hoffa (de Wurtzbourg) fait connaître dans le présent travail les résultats de sa pratique concernant le traitement orthopédique des affections nerveuses. Nous nous bornerons à signaler ici les points de cette étude qui nous paraissent les plus intéressants et les plus nouveaux. Mais il importe de faire remarquer tout d'abord que, par traitement orthopédique, l'auteur entend, outre l'orthopédie proprement dite, la mise en œuvre du massage, de l'hydrothérapie et de la gymnastique.

Les deux premiers de ces moyens thérapeutiques ont donné à M. Hoffa d'excellents résultats chez 26 malades atteints de sciatique, qui ont tous fini par guérir; il leur associe, contre cette affection, l'élongation non sanglante du nerf et, exceptionnellement, l'usage d'injections de cocaïne au niveau des points douloureux; dans un cas particulièrement tenace, l'application d'un appareil orthopédique, d'après le principe de Hessing, a amené la guérison. Le massage, employé seul, serait susceptible de déterminer une amélioration sensible chez les parkinsoniens. Enfin, il n'est pas jusqu'à la neurasthénie qui ne soit justiciable du traitement orthopédique : dans deux cas très graves, le port d'un corset agit d'une façon remarquable, probablement par suggestion.

Chez les hémiplégiques atteints de contracture du membre inférieur, la ténotomie, après laquelle M. Hoffa prescrit le port d'un appareil, rend la marche possible. Quant au tic rotatoire, l'auteur, tout en reconnaissant la supériorité du procédé opératoire de M. Kocher (Voir *Semaine Médicale*, 1896, p. 405), estime que parfois le traitement orthopédique à lui seul réussit à amener la guérison : il consiste essentiellement en l'application d'une bande de caoutchouc disposée en huit de chiffre et attirant la tête vers l'épaule du côté sain; le port de ce bandage est associé au massage et à la gymnastique.

En ce qui concerne la paralysie infantile, M. Hoffa insiste tout d'abord sur l'importance d'un traitement prolongé par l'électricité; on doit avoir soin de fixer en position normale l'extrémité paralysée, pendant la séance d'électrisation, de manière que la contraction des muscles atteints rapproche le plus possible leurs points d'insertion. A ce traitement il faut ajouter le massage et la gymnastique. On fait ensuite porter au malade un appareil orthopédique de construction légère, pour empêcher le développement des contractures; si ces dernières existent déjà, on peut les combattre par la transplantation tendineuse. L'arthrodèse ne saurait être mise en œuvre que lorsque tous les autres moyens, appliqués pendant au moins six mois, ont échoué, le nombre de muscles paralysés étant trop considérable pour que l'on puisse se borner à la transplantation des tendons.

Dans deux cas de paralysie radiale — l'une complète et l'autre partielle —, le raccourcissement du muscle radial externe améliora le fonctionnement de la main d'une manière remarquable.

Relativement aux arthropathies paralytiques, l'auteur donne des renseignements très utiles pour la confection des appareils orthopédiques destinés à rendre possibles les fonctions des membres atteints. On devra, autant que faire se peut, compléter l'action de ces appareils par la transplantation tendineuse.

Dans la maladie de Little, l'usage persévérant de la gymnastique et du massage est fort utile. En cas de lésions trop graves pour que ces moyens puissent réussir, on pratiquera la ténotomie des muscles contracturés, et l'on maintiendra le muscle dans une position d'hypercorrection pendant quatre à six semaines; c'est à ce moment que la gymnastique et le massage interviendront avec succès pour assurer le résultat. Ici encore, la transplantation tendineuse peut parfois rendre des services.

Chez plusieurs sujets atteints d'athétose, des exercices patients de gymnastique et des séances de massage amenèrent une amélioration très sensible.

Quant au tabes dorsal, M. Hoffa en a traité 23 cas; il a pu constater que l'application d'un corset orthopédique léger procure un soulagement notable, qui, pour lui, serait surtout dû à la suggestion, l'appareil donnant au malade une plus grande sûreté de maintien. Il est évident que, s'il en est ainsi, le corset, pour être utile, doit être placé avant que l'affection soit arrivée à une période trop avancée. Le massage et la rééducation d'après la méthode de Fränkel constituent un adjuvant des plus utiles. En cas d'arthropathie tabétique, les appareils orthopédiques sont susceptibles de rendre la marche possible, et parfois même d'arrêter les progrès de la lésion articulaire.

Dans 4 faits de myélite transverse, l'application d'un appareil, associée à la ténotomie (cette dernière pour combattre les contractures), donna un résultat très favorable.

Chez les paralysés par mal de Pott, M. Hoffa n'emploie pas le procédé de Calot; il se contente de la simple extension par traction sur la colonne vertébrale, avec fixation consécutive de la correction par un appareil plâtré. De 18 sujets traités de cette façon, 7 guérirent et un seul succomba. L'auteur a imaginé pour le traitement du mal de Pott un lit à extension, dans lequel le patient peut prendre successivement la position horizontale, puis assise, et enfin verticale, sans que l'extension soit interrompue. Quant à la laminectomie, M. Hoffa ne l'a pratiquée que dans un seul cas; l'opération fut suivie de mort à bref délai.

En terminant, l'auteur s'occupe de l'atrophie musculaire progressive. Il déconseille formellement ici l'usage des appareils orthopédiques qui pourraient faciliter l'atrophie des muscles non encore paralysés. L'indication est, au contraire, de fortifier autant que possible ces muscles : le massage et la gymnastique la rempliront. (*Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, V, 4-5.) — F. DE Q.

Sur l'effet des inhalations d'oxygène dans l'intoxication par la strychnine, par M. C. Osterwald.

Les recherches de von Leube et Rosenthal, confirmées dans la suite par différents auteurs, ont démontré l'influence évidente de la respiration artificielle chez les animaux empoisonnés par la strychnine. Pendant qu'on la pratique, les convulsions cessent ou diminuent beaucoup, pour reparaître si l'on suspend trop tôt les manœuvres de respiration. On a proposé de ce phénomène deux interprétations, les uns admettant que la respiration artificielle a pour effet d'activer les échanges gazeux et de favoriser les combustions organiques, les autres attribuant la disparition des convulsions à une action réflexe sur le pneumogastrique. C'est cette question que l'auteur a cherché à résoudre en remplaçant la respiration artificielle par des inhalations d'oxygène, ce qui a pour effet d'éliminer une inconnue du problème : on supprime ainsi, en effet, l'influence mécanique de la respiration artificielle.

Dans une série d'expériences préparatoires, M. Osterwald a pu se convaincre qu'il n'existe pas d'accoutumance pour la strychnine. Si l'on fait à un animal une série d'injections de strychnine en ayant soin d'espacer suffisamment les séances, on peut se convaincre que la même dose de toxique suffit toujours pour produire un effet identique. La quantité de nitrate de strychnine nécessaire pour provoquer des convulsions chez le cobaye est de 0 gr. 00034 à 0 gr. 00035 centimilligr. pour 100 grammes de poids. L'auteur a vu que si, de deux cobayes ayant reçu cette dose en injection sous-cutanée, l'un est placé sous une cloche d'oxygène, l'autre restant à l'air libre, le premier présente tout au plus, au bout d'un certain temps, une légère augmentation de l'excitabilité réflexe, alors que le second est atteint de convulsions tétaniques typiques. Intervertissant les rôles dans une seconde expérience, M. Osterwald laisse à l'air libre, après injection de la même dose de strychnine, le cobaye qui, la première fois, avait respiré l'oxygène : cet animal présente bientôt tous les symptômes de l'intoxication; le second cobaye, au contraire, placé dans l'oxygène, reste indemne de tout accident.

La démonstration est encore plus éclatante après injection de la dose mortelle, soit 0 gr. 0006 à 0 gr. 0007 décimilligr. pour 100 grammes. Dans ce cas, le cobaye maintenu dans l'oxygène a pendant quelque temps de la raideur dans les extrémités postérieures, mais il se rétablit rapidement, tandis que le témoin succombe après une série d'accès tétaniques violents. L'oxygène ne se montre impuissant qu'après administration d'une dose de toxique assez forte pour provoquer de la paralysie en même temps que les convulsions; dans ce cas, les animaux meurent de paralysie bulbaire.

Pour se convaincre que les résultats observés étaient bien dus aux inhalations d'oxygène, l'auteur a étudié l'effet d'une atmosphère pauvre en oxygène : il a placé des cobayes sous une cloche dans laquelle une partie de ce gaz avait été préalablement absorbée; il a vu que, dans ces conditions, une dose de strychnine inférieure à la dose convulsivante *minima* suffit pour provoquer l'apparition de convulsions violentes. (*Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, XLIV, 5 et 6.) — A. J.

La gangrène utérine puerpérale, par M. W. Beckmann.

La gangrène utérine puerpérale, généralement désignée sous le nom de métrite disséquante, serait, d'après l'auteur, beaucoup moins rare qu'on ne le croit d'ordinaire, surtout dans la clientèle privée; le diagnostic de cette affection est, en effet, rarement porté, et, quand un fragment de tissu nécrosé est expulsé de l'utérus, on le prend volontiers pour un débris placentaire. Cette opinion est basée sur 40 observations, dont 12 sont rapportées d'une manière détaillée dans le présent travail.

En somme, pour M. Beckmann, la gangrène utérine est une maladie infectieuse causée par une invasion de streptocoques. Ces microorganismes pénètrent dans la profondeur des tissus, le long des vaisseaux sanguins et lymphatiques dans lesquels ils provoquent des thromboses étendues entraînant la nécrose des territoires correspondants. L'affection débute pendant ou peu après l'accouchement. La température ne dépasse pas en général 39°5 et le pouls est plutôt rapide. Les symptômes caractéristiques sont un retard prononcé de l'involution de l'utérus, qui augmente de volume après l'accouchement, par suite d'un œdème dû à la gêne de la circulation; la paroi utérine fait saillie dans la cavité de l'organe. L'écoulement, d'abord sanguin et

très abondant, ne tarde pas à prendre une couleur noirâtre et une odeur infecte; vers le vingtième jour, il devient purulent.

L'élimination des tissus nécrosés a lieu généralement dans la quatrième semaine; ces débris peuvent se présenter sous la forme d'un sac complet reproduisant le moulage de l'utérus et dans lequel on reconnaît la structure musculaire. D'autres fois, il s'agit de fragments de tissu allongés ou de forme ovoïde. Immédiatement après leur expulsion, la température tombe et l'odeur nauséabonde s'atténue considérablement. Parfois, il peut se produire, au cours de la maladie, une perforation entraînant une péritonite mortelle; ou bien les patientes succombent avec les symptômes d'une septicémie générale. S'il n'y a pas de complications, la gangrène puerpérale guérit le plus souvent; c'est ainsi que, sur 40 malades, M. Beckmann en a vu succomber 11 seulement, soit 27.5 %.

La thérapeutique a bien peu de prise sur cette affection. L'auteur recommande de soutenir les malades par une alimentation tonique et de fortes doses d'alcool. Comme traitement local, il est partisan de l'expectation. Il considère, en particulier, que les injections intra-utérines sont dangereuses et incertaines dans leurs résultats. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 3.) — E. C.

Contribution à l'étude de l'intoxication par l'iodoforme, par M. W. Anschütz.

La fréquence des accidents dus à l'application de l'iodoforme a beaucoup diminué depuis que l'on possède des notions plus précises sur les propriétés toxiques de ce médicament; néanmoins, on signale encore quelquefois des cas d'intoxication mortelle consécutifs à son emploi, ainsi qu'en témoigne le fait suivant :

Un homme de trente ans était atteint d'un abcès froid de la région inguinale, provenant d'une carie vertébrale. Après ponction de la collection purulente, on y injecta d'abord 80 c.c., puis, au bout de six semaines, 90 c.c. de glycérine iodoformée à 10 %; ces deux injections furent très bien supportées. Mais l'abcès s'étant reproduit cinq mois plus tard, on y introduisit derechef 100 c.c. de la même émulsion; cette dernière intervention fut suivie de vomissements, d'accélération du pouls et de somnolence; au bout de huit jours survint une éruption acnéiforme présentant tous les caractères de l'acné iodique; en outre, on notait de l'hypérémie des gencives et une desquamation étendue de l'épithélium de la cavité buccale. Les muqueuses nasale et conjonctivale présentèrent les symptômes d'une forte inflammation catarrhale, et le malade succomba neuf jours après l'injection iodoformée, malgré une incision large de l'abcès, l'évacuation de son contenu et des injections intraveineuses de sérum artificiel.

A l'autopsie, on constata, outre une spondylite tuberculeuse, une dégénérescence tuberculeuse des deux capsules surrénales. C'est à cette lésion que l'auteur croit devoir attribuer l'effet funeste de l'iodoforme chez ce malade qui avait supporté facilement, quelques mois auparavant, des doses presque égales de ce médicament.

La particularité la plus curieuse de ce cas est l'extension de l'éruption acnéiforme à tout le corps. Cette généralisation — caractéristique de l'intoxication par les composés iodés — n'a été signalée jusqu'à présent qu'une seule fois dans l'empoisonnement par l'iodoforme.

M. Anschütz fait remarquer, à propos de cette observation — et beaucoup de chirurgiens partageront son opinion —, qu'il faudrait renoncer à l'application massive de l'iodoforme, d'autant plus que l'accumulation indiscutable de ce médicament dans l'économie rend le traitement bien illusoire en cas d'accidents toxiques. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVIII, 1.) — F. DE Q.

PUBLICATIONS ANGLAISES

Traitement de certains abcès tuberculeux par la simple aspiration, par M. W. Bennett.

Sans vouloir se dissimuler qu'en préconisant un procédé tombé depuis de longues années en désuétude on risque aujourd'hui de passer pour un chirurgien « vieux jeu », M. Bennett estime qu'on peut avoir le courage de ses opinions, quelque rétrogrades qu'elles puissent paraître, si elles sont basées sur un nombre considérable de faits. Et, d'ailleurs, tel procédé, qui à l'époque pré-antiseptique était souvent cause de complications mortelles, peut parfaitement, entre les mains du chirurgien moderne rompu à toutes les exigences de l'asepsie, donner des résultats très satisfaisants. Il en est ainsi notamment de la ponction des abcès tuberculeux. Sans doute, l'incision de la collection purulente et le raclage, avec suture immédiate ou drainage suivant le cas, constituent à l'heure actuelle la méthode de choix. Mais qu'on soit appelé à exercer dans un milieu pauvre, et l'on éprouvera les plus grandes difficultés à réaliser l'asepsie ante et post-opératoire que nécessite une pareille intervention. C'est ici que la ponction de l'abcès, suivie de l'aspiration du pus, se trouve tout indiquée; non pas qu'elle soit toujours susceptible d'amener une guérison complète, mais elle aura du moins pour résultat de modifier la collection purulente de façon que, si une opération plus radicale est ultérieurement jugée nécessaire, cette intervention pourra alors être effectuée avec moins de délabrements.

Il va sans dire que toutes les précautions d'asepsie sont de rigueur, aussi bien en ce qui concerne le champ opératoire que les instruments. Il importe, en outre, de cesser l'aspiration dès que du sang se montre dans le contenu de la poche, et de ne pas laisser l'abcès reprendre plus de la moitié de son volume primitif. On doit aspirer le pus le plus lentement possible. M. Bennett est d'avis qu'il est inutile, pour ne pas dire nuisible, de faire suivre cette petite intervention d'une injection iodoformée. Ces règles s'appliquent non seulement à la première ponction, mais encore à toutes celles qu'on pourra être appelé à pratiquer dans la suite.

Ce mode de traitement est surtout indiqué dans les cas de larges abcès d'origine osseuse ou articulaire, dans le psoïtis, etc. Il est, au contraire, à rejeter lorsqu'on a affaire à des collections purulentes ayant pour point de départ les ganglions lymphatiques. (*Lancet*, 1er décembre 1900.) — L. CH.

Les fausses tumeurs ou tumeurs apparentes de l'abdomen, par M. Max Einhorn.

Sur 6,045 sujets atteints de troubles digestifs que l'auteur a eu l'occasion d'observer dans l'espace des quatre dernières années, 42, soit 0.69 %, présentaient de fausses tumeurs de l'abdomen. Dans la plupart des cas, à savoir 34 fois sur 42, il s'agissait de femmes, bien que le total des patients du sexe masculin (3,522) fût beaucoup plus élevé que celui des femmes (2,523); aussi la proportion des tumeurs apparentes, représentée pour les hommes par le chiffre de 0.23 %, atteint en ce qui concerne les femmes 1.35 %. Cette fréquence plus grande des fausses tumeurs de l'abdomen dans le sexe féminin s'explique par ce fait que les ptoses viscérales, favorisées chez la femme par la grossesse et par les déplacements des organes génitaux, tiennent dans l'étiologie de ce phénomène morbide une place des plus importantes.

D'après M. Einhorn, les tumeurs de ce genre, localisées à l'épigastre ou bien à l'hypocondre droit ou gauche, peuvent être déterminées soit par un prolapsus du lobe gauche du foie, soit par une hypertrophie de l'appareil musculaire de l'abdomen, soit par un épaississement des parois de l'aorte abdominale ou encore par des adhérences intéressant la petite courbure de l'estomac. Dans le premier cas, la fausse tumeur, grosse comme le poing, est située sur la ligne médiane, immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde, et la percussion, pratiquée au niveau de cet appendice, donne un son tympanique qui contraste avec la matité hépatique. Si la tumeur est formée par l'aorte, elle offre une forme allongée et siège profondément dans la cavité abdominale, tout près du rachis. Elle est, du reste, animée de battements très accusés et peut facilement être confondue avec un anévrysme. S'agit-il tout simplement des muscles abdominaux, la tumeur apparente est superficielle et se trouve située à droite ou à gauche de la ligne blanche. Elle mesure de 5 à 7 centim. 1/2 dans le sens longitudinal et de 25 à 35 millimètres de large. Sa surface n'est pas globulaire comme dans les cas où le foie est en cause, mais plate, parfois seulement quelque peu arrondie sur les bords. Enfin, on peut attribuer ces pseudo-tumeurs à des adhérences de l'estomac lorsque la saillie, peu considérable comme étendue et comme résistance, occupe la région de la petite courbure, au voisinage du pylore.

Le diagnostic différentiel entre ces quatre variétés cliniques offre, d'ailleurs, moins d'importance que la question de savoir si l'on se trouve en présence d'un vrai néoplasme ou d'une tumeur purement apparente. A cet égard, on doit noter que la surface des fausses tumeurs est toujours plus ou moins lisse; en tout cas, on n'y distingue jamais de nodules. La tuméfaction ne se laisse pas apprécier d'une façon aussi nette que dans les cas de néoplasme vrai; quelquefois même elle échappe complètement à la palpation. Il existe, de plus, une entéroptose ordinairement très accentuée. Enfin, on tiendra compte de l'évolution de l'affection, la tumeur apparente pouvant persister des années. Le plus souvent, la présence de tous ces éléments permettra d'établir le diagnostic, mais il est des cas, exceptionnels il est vrai, où le problème à résoudre ne laisse pas que d'être fort embarrassant. En pareille occurrence, on ne se prononcera qu'après avoir suivi le malade pendant plusieurs semaines ou même quelques mois : si l'on a affaire à un néoplasme, on verra survenir des changements plus ou moins importants dans le volume de la tumeur progressivement croissant et dans la gravité des symptômes; s'agit-il, au contraire, d'une tumeur apparente, elle restera invariable ou bien les manifestations auxquelles elle donne lieu iront en diminuant sous l'influence d'un traitement approprié.

Au point de vue thérapeutique, la tumeur apparente ne fournit en elle-même aucune indication : il importe de déterminer et de traiter d'une manière rationnelle l'affection première. Toutefois, quel que soit l'organe en cause, on doit s'attacher à empêcher le patient d'être constamment préoccupé de la tumeur et s'efforcer d'assurer une alimentation suffisante afin d'éviter la dénutrition. (*Med. Record*, 24 novembre 1900.) — L. CH.

L'orifice iléo-cæcal et son action sur la constipation chronique, par M. W. J. Mayo.

Il est admis par tout le monde que la principale fonction de la valvule iléo-cæcale est de prévenir le reflux des matières du gros intestin dans l'iléon. Mais est-ce là le seul rôle de cette valvule ? M. Mayo croit qu'elle en remplit un autre non moins important, qui consiste à empêcher l'évacuation trop rapide de l'intestin grêle et à permettre ainsi que la digestion s'accomplisse convenablement. Or, si la valvule iléo-cæcale atteint ce but d'une façon trop complète, l'auteur estime qu'il peut se produire une rétention partielle du contenu de l'iléon et une constipation de cette partie de l'intestin. Et, de fait, ayant supprimé chez 8 malades l'action de la valvule iléo-cæcale, soit en opérant des tumeurs malignes, soit en pratiquant l'iléocolostomie, il a toujours constaté que, chez les sujets ainsi traités, la circulation du contenu du gros intestin devenait plus active; autant qu'il a pu en juger, cet élargissement de la voie de communication iléo-cæcale ne détermine pas de symptômes fâcheux.

Ces faits l'ont amené à la conviction qu'il existe un ensemble de symptômes, consistant principalement en douleurs dans la région cæcale, sans lésion de l'appendice, et en constipation chronique, qui dépend d'un rétrécissement de l'orifice iléo-cæcal : il a pu remédier à cet état maladif par une opération plastique chez deux individus dont il relate les observations. (*Ann. of Surgery*, septembre 1900.) — E. C.

Les hernies chez les enfants, par M. E. Balloch.

Dans le jeune âge, les hernies présentent certaines particularités intéressantes; c'est ainsi que l'auteur, qui passe en revue, dans ce travail, les diverses espèces de hernies chez les enfants au-dessous de quatorze ans, estime que chez eux l'affection herniaire est presque toujours congénitale, et très rarement acquise.

Les hernies ombilicales, à son avis, guérissent d'ordinaire sans traitement spécial, l'anneau ombilical tendant à se fermer spontané-

ment. Aussi recommande-t-il simplement d'appliquer sur la hernie un coussinet plat, et non la pelotte convexe habituelle qui a plutôt pour effet de maintenir l'anneau béant. Si cela ne suffit pas, une opération radicale lui semble justifiée, d'autant qu'elle réussit mieux chez l'enfant que chez l'adulte. Quant aux hernies situées un peu au-dessus de l'ombilic, sur la ligne blanche, il estime qu'une opération peut seule en amener la guérison.

La hernie crurale, rare chez l'enfant, serait le plus souvent acquise. M. Balloch a rarement vu les moyens mécaniques suffire à la guérir.

En ce qui concerne la hernie inguinale, elle peut être congénitale ou acquise. L'hérédité semblant jouer un certain rôle dans son développement, l'auteur conseille, comme mesures prophylactiques à mettre en œuvre chez les jeunes sujets prédisposés, de surveiller les fonctions digestives, de traiter la constipation et la toux. Aussitôt qu'une hernie a été reconnue, on doit chercher à la maintenir par un bandage à ressort faible, de manière qu'il soit facilement supporté : contrairement à ce qui a lieu chez l'adulte, on peut espérer obtenir par ce moyen la disparition définitive de la hernie.

Quand le bandage a été porté pendant deux ans sans résultat, M. Balloch pense qu'il est inutile de persister plus longtemps. Une opération est alors indiquée; à son avis, la sixième année est l'époque la plus favorable pour soumettre l'enfant à une intervention. (*Am. Journ. of Obstetrics*, août 1900.) — E. C.

PUBLICATIONS ITALIENNES

Recherches expérimentales sur la digestion « post mortem », par M. C. Ferrai.

Les médecins experts se basent essentiellement, pour déterminer l'heure à laquelle un décès est survenu, sur l'état de digestion plus ou moins avancée des aliments ingérés au dernier repas. Aussi comprend-on l'importance qui s'attache au point de savoir si les processus digestifs ne sont pas susceptibles de continuer après la mort. Cependant cette question ne paraît pas avoir attiré jusqu'ici l'attention des médecins légistes ni des physiologistes; c'est pourquoi M. Ferrai a tenté de l'élucider par la méthode expérimentale, la seule utilisable en l'espèce.

Voici le dispositif qu'il a adopté :

Il a fait avaler à des chiens de petits cubes d'albumine cuite pesant exactement (à un milligramme près) 0 gr. 25 centigr.; les animaux étaient sacrifiés aussitôt, et leur autopsie, pratiquée au bout d'un laps de temps variable, permettait de recueillir l'albumine ingérée, qu'il suffisait de peser pour voir si elle avait été attaquée par le suc gastrique.

Nous n'entrerons pas dans le détail de toutes les expériences que l'auteur a faites, en se plaçant dans des conditions spéciales, pour préciser divers points particuliers; ce qu'il importe seulement de retenir, c'est que *dans tous les cas* les morceaux d'albumine avaient perdu une partie de leur poids, cette diminution, à la température ordinaire (de 13° à 18° C.) et au bout de six à dix heures, s'élevant jusqu'à près de 30 % du poids primitif. Ajoutons que les résultats obtenus à la sixième et à la dixième heure furent à peu près identiques, de sorte que, pratiquement, on peut admettre que la digestion s'arrête définitivement six heures après la mort. La température joue un rôle important dans l'activité du processus digestif et le point *optimum* paraît être 38° C. : après dix heures de séjour dans une étuve à cette température, la perte de poids a atteint 42 à 43 %; aussi est-ce sans doute aux progrès du refroidissement qu'il faut rapporter la cessation du phénomène au bout de six heures.

L'auteur a, de plus, déterminé la diminution de poids des carrés d'albumine, après une heure, chez l'animal vivant : elle atteint également 43 %; on peut donc en conclure que la digestion « post mortem », à la température de 38° C. — fréquente en été — produit en dix heures les mêmes effets que la digestion *in vivo* au bout d'une heure. L'importance de cette conclusion n'a pas besoin d'être soulignée.

M. Ferrai a obtenu des résultats analogues en ce qui concerne la digestion duodénale; mais ses recherches sur ce point étant encore incomplètes, il se réserve de les publier plus tard. (*Riv. di med. legale e di giurisprud. med.*, juin 1900.) — F. F.

L'abus des épices comme cause de cirrhose hépatique, par M. S. Tinozzi.

Les dangers résultant d'un usage immodéré des épices, dénoncés dans tous les ouvrages classiques, ne paraissent pas avoir été démontrés jusqu'ici d'une façon bien irréfragable ni par la clinique ni par l'expérimentation, surtout en ce qui concerne la production de lésions hépatiques. C'est à ce dernier point que l'auteur vient de consacrer une série de recherches ayant porté sur des animaux de laboratoire.

Il a étudié seulement les deux épices les plus répandues, au moins en Italie, à savoir le poivre et le piment, et le mélange de ces deux substances. Il les faisait absorber avec la nourriture à des chiens et à des lapins, et certains de ces animaux ont été soumis à ce régime pendant plus d'un an.

Les résultats auxquels il est arrivé doivent être envisagés séparément dans les deux espèces animales en question.

Les chiens engraissent d'une façon appréciable malgré l'usage des condiments à doses assez élevées; quand on les sacrifie, l'examen histologique ne fait découvrir dans leur foie aucune lésion conjonctive, mais, par contre, des altérations graves et très accentuées de la cellule hépatique : il s'agit d'une nécrose cellulaire comparable à celle que détermine l'intoxication phosphorée.

Chez le lapin, au contraire, l'amaigrissement est constant; il n'est, d'ailleurs, proportionnel ni à la quantité d'épices ingérées ni à la durée de l'expérience. Enfin le foie présente — à côté de lésions cellulaires précoces, pouvant, par cela même, exister seules quand l'animal est sacrifié de bonne heure — une réaction du tissu interstitiel, sous forme, d'abord, d'infiltration de cellules embryonnaires autour des vaisseaux portes, et, ensuite, de production de fibrilles conjonctives entourant les lobules, en un mot d'une véritable *cirrhose périlobulaire*.

On peut résumer l'ensemble de ces altérations en disant que le poivre et le piment possèdent des propriétés irritantes et dégénératives à l'égard du parenchyme hépatique, et sclérosantes sur la trame conjonctive du foie. Mais est-ce là une vraie cirrhose atrophique, telle que la réalisent l'alcool et divers poisons? A cette question M. Tinozzi répond par l'affirmative, au moins en ce qui concerne le lapin, et il n'hésite pas à étendre cette conclusion à l'homme.

En terminant, l'auteur tient à se mettre à l'abri du reproche qu'on pourrait lui adresser d'avoir employé des doses trop fortes, puisqu'il n'hésitait pas à faire absorber de 0 gr. 05 centigr. à 0 gr. 30 centigr. de poivre ou de piment à ses lapins, et de 0 gr. 05 centigr. à 5 et même 6 grammes des mêmes substances à ses chiens. Mais il fait observer que ces quantités ne sont pas exagérées; elles correspondent, pour un homme de 60 kilos, à une dose de 20 à 40 grammes de poivre ou de piment, dose qui n'a, paraît-il, rien d'excessif pour les habitants de certaines provinces de l'Italie. (*Giorn. internaz. delle scienze med.*, 15 octobre 1900.) — F. F.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

L'excision de la fistule à l'anus sans section du sphincter.

Dans sa thèse inaugurale, M. le docteur P. Barge fait connaître un procédé de cure opératoire de la fistule à l'anus qu'il a vu employer avec succès par M. le docteur Souligoux, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Ce procédé consiste à pratiquer l'ablation du trajet fistuleux et des tissus indurés qui l'entourent, comme s'il s'agissait d'une tumeur, en se guidant sur une sonde cannelée. On doit éviter de sectionner le sphincter et d'inciser le rectum et on excise simplement le pourtour du trajet au niveau de la muqueuse rectale; on ferme l'orifice interne de la fistule par quelques points de suture au catgut, puis on accole le rectum à la paroi externe de la fosse ischio-rectale, rapprochant ainsi les bords de la plaie au moyen d'un plan de sutures profondes, de façon à ne laisser subsister aucun espace vide où du sang pourrait s'accumuler.

L'opération terminée, on applique, comme pansement, de la gaze stérilisée ou iodoformée recouverte d'une couche de coton hydrophile et maintenue par quelques tours de bande, mais on n'introduit dans l'anus aucun tampon, mèche ou drain, ces corps étrangers pouvant provoquer des contractions du sphincter défavorables à la réunion immédiate de la plaie.

On obtient souvent de la sorte la guérison rapide des fistules les plus étendues et, en outre, on met le patient à l'abri de toute incontinence du rectum. Même dans les cas où la réunion immédiate ne se produit pas, le procédé de M. Souligoux n'en conserve pas moins son utilité : le trajet fistuleux proprement dit et les tissus scléreux environnants — qui sont un obstacle à la guérison — ayant été excisés, la plaie se cicatrise bientôt par bourgeonnement, parce qu'elle est large et que, par suite, aucun produit septique ne peut y séjourner.

Moyen d'éviter l'inflammation oculaire consécutive au traitement prophylactique de l'ophtalmie des nouveau-nés par le nitrate d'argent.

Il est d'usage en thérapeutique oculaire, quand on a cautérisé la conjonctive au nitrate d'argent, de faire un badigeonnage avec une solution de chlorure de sodium afin de neutraliser l'excès de sel argentique. Or, on néglige d'employer cette précaution lorsqu'il s'agit du traitement prophylactique de l'ophtalmie des nouveau-nés d'après la méthode de Credé, qui consiste, comme on sait, à instiller dans le sac conjonctival une ou deux gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2 %. C'est à cette omission que seraient dus, d'après M. le docteur P. Zweifel, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Leipzig, le catarrhe oculaire plus ou moins grave qui se produit souvent chez les nouveau-nés traités par la méthode de Credé et qui, par son intensité, peut devenir inquiétant. En effet, depuis que M. Zweifel a pour règle d'introduire, après chaque instillation de nitrate d'argent, quelques gouttes d'une solution faible de chlorure de sodium dans le sac conjonctival, il ne voit plus survenir d'irritation oculaire à la suite de ces instillations prophylactiques.

Prophylaxie de l'otite morbilleuse au moyen d'applications intra-nasales de nitrate d'argent en solution.

M. le docteur S. Weiss, médecin du « Carolinen-Kinderspital », à Vienne, est parvenu à diminuer considérablement la fréquence des complications otiques de la rougeole en faisant systématiquement quatre fois par jour, chez tous les petits malades atteints de cette affection, des applications intra-nasales d'une solution de nitrate d'argent à 0.5 %.

Pour ce faire, l'enfant étant dans le décubitus dorsal, on introduit dans chaque narine un petit bourdonnet de coton légèrement imbibé de la solution argentique en question, et on comprime les ailes du nez de façon à faire sourdre le liquide qui pénètre ainsi jusqu'au fond des fosses nasales.

Un procédé sûr de stérilisation des éponges.

M. le docteur C. Elsberg (de New-York) préconise un procédé très simple, permettant de stériliser parfaitement les éponges sans altérer leurs propriétés physiques.

On laisse d'abord séjourner les éponges, pendant vingt-quatre heures, dans une solution à 8 % d'acide chlorhydrique, afin de les débarrasser de la chaux et des impuretés grossières qu'elles renferment, puis on les lave dans de l'eau pure et on les place dans la solution ci-dessous formulée :

Potasse caustique............	10 grammes.
Tannin........................	20 —
Eau...........................	1 litre.

Après les avoir laissé tremper dans ce liquide pendant cinq à vingt minutes, on rince les éponges dans de l'eau stérilisée ou dans une solution d'acide phénique ou de sublimé jusqu'à ce qu'elles aient perdu complètement la coloration brune qu'elles acquièrent par leur séjour dans la solution potasso-tannique; enfin, on les conserve dans de l'eau phéniquée à 2 ou 5 %.

20e ANNÉE. — No 1. Vingt centimes le numéro. 3 JANVIER 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Ce numéro contient quatre planches en couleurs et six portraits.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Prix proposés par l'Académie de médecine de Paris pour l'année 1902.

(Pour les prix proposés pour l'année 1900, voir *Semaine Médicale*, 1898, Annexes, p. XXI ; pour l'année 1901, voir *Semaine Médicale*, 1899, Annexes, p. CCLIII.)

Prix de l'Académie. — 1,000 fr. (Annuel.)
Question : *Des toxines en pathologie.*

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — 800 fr. (Annuel.)
Au meilleur mémoire sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat. — 1,000 fr. (Triennal.)
A l'auteur du travail ou des recherches, basées simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Baillarger. — 2,000 fr. (Biennal.)
Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

Prix Barbier. — 2,000 fr. (Annuel.)
A celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Prix Charles Boullard. — 1,200 fr. (Biennal.)
Au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret. — 1,200 fr. (Annuel.)
Au meilleur travail ou ouvrage sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1,500 fr. (Annuel.)
Au meilleur travail sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales, à l'exception des traductions et des ouvrages faits par des étrangers.

Prix Campbell Dupierris. — 2,300 fr. (Biennal.)
Au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

Prix Capuron. — 1,000 fr. (Annuel.)
Question : *Rapports des tumeurs fibreuses de l'utérus avec la grossesse.*

Prix Chevillon. — 1,500 fr. (Annuel.)
A l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. — 800 fr. (Annuel.)
Question : *Des diverses formes de la démence.*

Prix Clarens. — 400 fr. (Annuel.)
A l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet. — 1,000 fr. (Annuel.)
Les travaux adressés pour ce prix devront porter sur une des maladies reconnues incurables jusqu'à ce jour et plus spécialement sur les tumeurs.

Prix Desportes. — 1,300 fr. (Annuel.)
Au meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret. — 700 fr. (Biennal.)
Question : *Des somnambulismes.*

Prix Ernest Godard. — 1,000 fr. (Annuel.)
Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Herpin (de Metz). — 1,200 fr. (Quadriennal.)
Question : *Traitement abortif du tétanos.*

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3,000 fr. (Annuel.)
Au meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Laborie. — 5,000 fr. (Annuel.)
A l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey. — 500 fr. (Annuel.)
A l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval. — 1,000 fr. (Annuel.)
A l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

Prix Lefèvre. — 1,800 fr. (Triennal.)
Question : *De la mélancolie.*

Prix Henri Lorquet. — 300 fr. (Annuel.)
A l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Meynot aîné père et fils. — 2,600 fr. (Annuel.)
A l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne. — 1,500 fr.
Ce prix est destiné à subventionner, par une allocation annuelle ou biennale, des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

Prix Nativelle. — 300 fr. (Annuel.)
Au meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Oulmont. — 1,000 fr. (Annuel.)
A l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or-chirurgie) au concours annuel des prix de l'internat des hôpitaux de Paris.

Prix Portal. — 600 fr. (Annuel.)
Question : *Etudier sur les animaux l'inoculation et la contagion du cancer.*

Prix Pourat. — 700 fr. (Annuel.)
Question : *Fournir des documents expérimentaux propres à éclairer la question de la destination, immédiate ou éloignée, des aliments albuminoïdes.*

Prix Saintour. — 4,400 fr. (Biennal.)
A l'auteur du meilleur travail sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Stanski. — 1,400 fr. (Biennal.)
A celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

Prix Vernois. — 700 fr. (Annuel.)
Au meilleur travail sur l'hygiène.

Nota. — Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Marie Chevallier, Huguier et Roger.

VARIA

La danse des velonandrano.

M. le docteur Lasnet a eu l'occasion, en sa qualité de médecin des colonies, de parcourir le pays des Sakalaves, situé sur le versant ouest de Madagascar, aux confins de l'Emyrne et du pays Betsileo. Dans des notes d'ethnologie et de médecine qu'il vient de publier sur ce peuple dans le dernier fascicule des *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, notre confrère donne la description suivante d'une affection nerveuse épidémique que les indigènes appellent velonandrano (1).

Cette affection, sorte de chorée hystérique, n'est point particulière au pays sakalave; elle est très fréquente dans les environs de Tananarive, où elle porte le nom de *ménabé* (2) ou *ramanenjana* (3); il est très probable que les Sakalaves l'ont connue et contractée chez les Hovas leurs voisins et leurs ennemis; c'est d'ailleurs à eux qu'ils l'attribuent entièrement. Ceux qui en sont atteints sont considérés comme possédés par des esprits, *lolo*, de Hovas qui se sont emparés de leur corps pour les persécuter et leur faire perdre la raison.

Les velonandrano étaient fort nombreux autrefois : ils se réunissaient par groupes de 50 ou de 100, se livrant aux danses les plus échevelées et les plus incohérentes; la contagion était alors des plus faciles et des villages entiers étaient parfois atteints; les individus ainsi frappés étaient redoutés et les autorités indigènes n'osaient prendre aucune mesure pour les arrêter et empêcher la propagation du mal (4). Depuis notre occupation, la maladie est devenue extrêmement rare; ceux qui en sont atteints se cachent dans leurs cases et n'osent plus sortir (5).

L'affection débute brusquement et est caractérisée par une agitation incessante, avec mouvements désordonnés, paroles incohérentes et délire; les malades se livrent à des danses furieuses, véritables bacchanales où ils finissent par tomber épuisés, râlant et la bouche couverte d'écume; parfois ils grimpent sur les rochers et se livrent aux ascensions les plus extraordinaires; quelques-uns passent des journées entières dans des mares ou dans des rivières et se disent enchaînés par les âmes; d'autres se jettent à terre et se relèvent en sursaut, ce sont les âmes qui les ont précipités et qui les redressent ensuite en les tirant par les cheveux; leur regard reste toujours égaré; quand ils ne dansent pas, ils marchent droit devant eux, la tête levée et les yeux sans cesse en mouvement.

La maladie est éminemment contagieuse : il suffit de voir un malade ou d'être touché par lui, pour être atteint à son tour; souvent les spectateurs imprudents qui assistent aux danses des velonandrano sont brusquement saisis; ils poussent un cri, se précipitent au milieu des possédés et vont danser avec la même furie et les mêmes gestes désordonnés.

Il n'existe pas de traitement bien sérieux de cette affection. En règle générale, il faut fatiguer les malades et les épuiser en battant du tamtam et les faisant danser du matin au soir. Les sorciers s'adressent aux esprits malfaisants et sous l'influence de leur inspiration disent ce qu'il faut faire pour voir cesser la maladie : on réunit tout le village; les velonandrano se livrent à leurs danses, le sorcier appelle les esprits, puis s'agite, se lève et parle en leur nom. Le médicament le plus employé est la tisane de *tsilavondrivotra, fahivana*, etc.; on emploie aussi l'argile blanche, *tany-malandy*, dont on barbouille la figure et le corps des malades.

(1) *Velonandrano* : qui vivent dans l'eau, à cause du régime auquel sont soumis les malades.

(2) *Ménabé* : *mena*, rouge; ce nom vient des lambas rouges dont se couvrent ceux qui sont atteints de cette affection.

(3) *Ramanenjana* : qui ne peuvent rester en place.

(4) Il y a quelques années, le père de Tsialane, *mpanjaka* actuel des Sakalaves et Antakares du nord, résidant à Nossi-Mitsiou, fit battre et arrêter les velonandrano qui agitaient son île; on raconte que son fils devint aussitôt fou et que pour obtenir sa guérison, il fallut les remettre en liberté et les laisser danser.

(5) Même fait en Emyrne. Les ménabé parcouraient autrefois les campagnes, se disant porteurs des anciens rois, dansant et dévastant les plantations; aujourd'hui ils se cachent et il est à peu près impossible de pouvoir les observer. L'an dernier, plusieurs cas nous ont été signalés dans les environs d'Arivonimamo (à un jour ouest de Tananarive); jamais nous n'avons pu arriver à les rencontrer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899).

PHYSIOLOGIE

Albu (A.). Zur Lehre vom Eiweissstoffwechsel; vorläufige Mitteilung. (*Fortsch. der Med.*, 28 juin.) — Recherches sur le métabolisme des substances protéiques.

Bordier (H.). Recherches sur les phénomènes gustatifs et salivaires produits par le courant galvanique. (*Arch. d'électricité méd.*, juin.)

Hamburger. Weitere Beobachtungen über den physiologischen Pupillenabschluss. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er juin.) — Nouvelles recherches sur la contraction physiologique des pupilles.

Holowinski (A. von). Mikrophonische Untersuchung der Puls-und Herzwellen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVII, 3-4.) — Etude, au moyen du microphone, des ondulations du pouls et du cœur.

Hölscher (J.). A study in perspiration; original research in 113 cases. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 17 juin.)

Hough (Th.) et **Ballantyne** (Bertha). Preliminary note on the effects of changes in external temperature on the circulation of blood in the skin. (*Journ. of the Boston Soc. of Med. Scienc.*, 20 juin.) — Influence des variations de la température ambiante sur la circulation cutanée.

Munk (I.). Physiologie des Menschen und der Säugetiere. 5e éd. In-8°, 634 p. avec fig. Berlin. — Traité de physiologie de l'homme et des mammifères.

Popelsky (L.). La rate et les ferments pancréatiques (en russe). (*Vratch*, 19 juin.)

Sitzungsberichte der Gesellschaft für Morphologie und Physiologie in München (1898). In-8°, 161 p. Munich. — Comptes rendus des séances de la Société de morphologie et de physiologie de Munich.

Zeynek (R. von). Zur Kenntnis der menschlichen Lebergalle. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 mai.) — Recherches sur la bile contenue dans le parenchyme hépatique de l'homme.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Behring (E.). Ueber die specifisch giftigen Eigenschaften der Tuberculinsäure. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 juin.) — Des propriétés toxiques spécifiques de l'acide tuberculinique.

Hamburger. Ueber den Einfluss von Kohlensäure, bezw. von Alkali auf das antibakterielle Vermögen von Blut- und Gewebsflüssigkeit, mit besonderer Berücksichtigung von venöser Stauung und Entzündung. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVI, 2.) — De l'influence exercée par l'acide carbonique et par les alcalins sur le pouvoir bactéricide du sang et des humeurs.

Klecki (Ch. de). Contribution à la pathogénie de l'appendicite (étude de la virulence du colibacille dans l'appendicite expérimentale). (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin.)

Schepilewsky (E.). Experimentelle Beiträge zur Frage der amyloiden Degeneration. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 19 juin.) — Recherches expérimentales sur la dégénérescence amyloïde.

Vallée (H.). Recherches sur les propriétés neutralisantes de la bile à l'égard du virus rabique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin.)

Wallgren (A.). Experimentelle Untersuchungen über peritoneale Infection mit Streptococcus. (*Thèse de Helsingfors.*)

Wechsberg (F.). Ueber den Einfluss chemischer Gegenreize auf Entzündungen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVII, 3-4.) — De l'influence exercée par les révulsifs chimiques sur le processus inflammatoire.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Besredka. Etude sur l'immunité vis-à-vis des composés arsenicaux : du rôle des leucocytes dans l'immunisation contre l'acide arsénieux soluble. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin.)

Maragliano. Die Beteiligung des Staphylococcus in der Pathogenese der Chorea rheumatica. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 13 mai.) — Le rôle du staphylocoque dans la pathogénie de la chorée d'origine rhumatismale.

Martin (Ch.). Ueber das Ausscheidungsverhältnis der Alloxurkörper bei Nephritis. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 17 juin.) — De l'élimination des substances alloxuriques dans la néphrite.

MÉDECINE

Caley (H.). Considerations as to the etiology and significance of dilated heart. (*Lancet*, 3 juin.) — Etiologie et signification clinique de la dilatation du cœur.

Czyhlarz (E. von) et **Donath** (J.). Ueber die Ausscheidung des Methylenblau durch normale und pathologische Nieren. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 juin.) — De l'élimination du bleu de méthylène par les reins à l'état sain et à l'état pathologique.

Einhorn (M.). Further remarks on erosions of the stomach. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 20 mai.)

Finlay (D.). Some points in pneumothorax, with illustrative cases. (*Scottish Med. and Surg. Journ.*, juillet.)

Greco (E.). Il ritmo di galoppo nelle cardiopatie. (*Gazz. degli Osped.*, 18 juin.)

Hahn (E.). Ueber Chylothorax. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 juin.)

Herzog (L.). Diagnostische Schwierigkeiten und Beziehungen zwischen dem Coma der Zuckerkranken und anderen comaartigen Zuständen. (*Berlin. Klinik*, juin.) — Difficultés du diagnostic différentiel du coma diabétique d'avec quelques autres états comateux et rapports existant entre ces phénomènes.

Holst (P. F.). Om hæmorrhagisk nefrit som udtryk for almeninfektion. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juillet.) — De la néphrite hémorrhagique comme manifestation d'une infection générale.

Jürgensen (Th. von). Erkrankungen der Kreislaufsorgane. Insufficienz (Schwäche) des Herzens. In-8°, 220 p. avec fig. Vienne. — Les maladies du système circulatoire : l'insuffisance cardiaque.

Klinisch-experimentelle Beiträge zur inneren Medicin. Festschrift, Julius Lazarus zu seinem 25jährigen Jubiläum als Arzt am jüdischen Krankenhause gewidmet von seinen Schülern am 1. April 1899. In-8°, 198 p. avec fig. Berlin.

Menzel (M.). Ueber Argyrose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 mai.)

Mircoli (S.). Das latente Fieber bei der chronischen Tuberkulose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIII, 1-2.) — La fièvre latente dans la tuberculose chronique.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Boeri (G.). Sul fenomeno di Babinski (phénomène des orteils); ricerche cliniche. (*Riforma med.*, 26, 27 et 28 juin.)

Bonnier (P.). Le tabes labyrinthique. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril.)

Bramwell (B.). On « crossed » aphasia and the factors which go to determine whether the « leading » or « driving » speech-centres shall be located in the left or in the right hemisphere of the brain. (*Lancet*, 3 juin.) — De l'« aphasie croisée » et de la localisation dans l'hémisphère gauche ou droit du cerveau des centres « coordonnateurs » ou « moteurs » de la parole.

Charon (R.). Des fractures spontanées pendant les accès épileptiques. (*Ann. médico-psychol.*, juillet-août.)

Crookshank (F.). Asthma sexualis and its occurrence in the insane. (*Edinburgh Med. Journ.*, juin.) — L'asthme réflexe à point de départ génital chez les aliénés.

Dana (Ch.). Subacute ataxic paralysis and combined sclerosis, a form of spinal disease associated with lethal anæmia and toxæmia. (*Med. Record*, 24 juin.)

De Amici (T.). Le syndrome de Little (congenital spastic rigidity of limbs) et la syphilis héréditaire. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Dreher. Untersuchung einiger Fälle von tuberculöser und eines Falles von eitriger Meningitis unter besonderer Berücksichtigung des Ventrikelependyms, der Hirnnerven und des Rückenmarkes. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 1-2.) — De l'état de l'épendyme ventriculaire, des nerfs crâniens et de la moelle dans la méningite tuberculeuse et dans un cas de méningite purulente.

Eberson (J. H.). Een geval van chronische arsenik-vergiftiging bij een hystericus. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 8 juin.) — Intoxication chronique par l'arsenic chez un hystérique.

Gilles de la Tourette et **Durante** (G.). Un cas de syphilis héréditaire de la moelle épinière avec autopsie. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril.)

Hilger (W.). Zur Kasuistik der hypnotischen Behandlung der Epilepsie. (*Zeitsch. f. Hypnotismus*, IX, 1.) — Sept cas d'épilepsie traités par l'hypnotisme.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes, Bruxelles, septembre 1899. T. Ier, appendice : communications relatives aux questions du programme. In-8°, 207 p. Bruxelles.

Corazza (G.). La pellagra e le sue manifestazioni cutanee. (*Supplem. al Policlinico*, 27 mai.)

Frolov (P.). Le biiodosalicylate de mercure dans le traitement de la syphilis (en russe). (*Bolnitchn. Gaz. Botkina*, 23 juin.)

Gottheil (W.). A unique case of pityriasis versicolor. (*Med. Record*, 1er juillet.)

Jullien (L.). Tripper und Ehe. (Trad. du français par E. Hopf.) In-8°, 320 p. Berlin. — Blennorrhagie et mariage.

Lähr (M.). Die nervösen Krankheitserscheinungen der Lepra mit besonderer Berücksichtigung ihrer Differential-Diagnose, nach eigenen auf einer Studienreise in Sarajevo und Constantinopel gesammelten Erfahrungen. In-8°, 162 p. avec fig. Berlin. — Les symptômes nerveux de la lèpre, surtout au point de vue du diagnostic différentiel.

CHIRURGIE

Bayer (C.). Acuter intraperitonealer Erguss als Symptom innerer Einklemmung (Bruchwasser-analogon). (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 10 juin.) — De l'épanchement intrapéritonéal aigu comme signe de l'étranglement interne.

Biagi (N.). Ricerche cliniche, istologiche e microbiologiche su di un mixosarcoma della regione poplitea; contributo all'etiologia dei tumori maligni. (*Policlinico*, 15 mai.)

Bircher (H.). Die Wirkung der Artilleriegeschosse. In-8°, 89 p. avec atlas de 32 planches. Aarau. — Les effets des obus.

Bodon (K.). Die chirurgische Behandlung des Exophthalmus pulsans durch einseitige, resp. doppelseitige Unterbindung der Carotis communis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LI, 5-6.) — Traitement de l'exophtalmie pulsatile par la ligature de l'une ou des deux carotides primitives.

Braun (H.). Ueber ausgedehnte Blutextravasate am Kopfe, Halse, Nacken und linken Arme, infolge von Compression des Unterleibes. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LI, 5-6.) — Extravasation sanguine étendue à la tête, au cou, à la nuque et au bras gauche, consécutive à une compression de l'abdomen.

Bruns (von) et **Honsell**. Ueber die akute Osteomyelitis im Gebiete des Hüftgelenkes. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 1.) — L'ostéomyélite aiguë de la hanche.

Bunge (R.). Zur Technik und Casuistik der osteoplastischen Unterschenkelamputation nach Bier. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er et 8 juin.) — Technique de l'amputation ostéoplastique de la jambe, avec observations.

Dayot (H.). Quelques réflexions sur le traitement de l'appendicite à propos de 35 cas. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, VIII, 2.)

Derocque (P.). Traitement de la scoliose. (*Normandie méd.*, 1er juillet.)

Dobrovits (M.). Tuberculosis penis in Folge ritueller Circumcision. (*Pest. med.-chir. Presse*, 4 juin.)

Döderlein. Die Bacterien aseptischer Operationswunden. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 juin.) — Les bactéries des plaies opératoires aseptiques.

D'Ursi (E.). Tredici laparotomie per ferite penetranti dell'addome; contributo all'anatomia topografica ed operativa della vena cava inferiore. (*Riforma med.*, 17, 18, 19, 20 et 21 juillet.)

Edebohls (G. M.). The hernia guarantee and the minimum of confinement after operations for appendicitis with and without pus. (*Med. Record*, 13 mai.) — Pendant combien de temps faut-il rester au lit après l'opération de l'appendicite en vue d'éviter l'éventration?

Fink (F.). Zur Frage: Wann sind Gallenstein-Kranke zu operieren? In-8°, 40 p. Berlin. — Du moment opportun pour l'opération des calculs biliaires.

Forbes (W.). To make clean the hands and the field of surgical operation with a job. (*Philadelphia Med. Journ.*, 20 mai.) — Substitution à la brosse ordinaire de paquets de crin de cheval pour la toilette des mains et du champ opératoire.

Grant (W.). New operation for epithelioma of the lip. (*Med. Record*, 27 mai.) — Une nouvelle opération pour l'épithélioma de la lèvre.

Grätzer (H.). Ueber Spätеiterungen nach Schussverletzungen. In-8°, 163 p. Tubingue. — De la suppuration tardive des lésions par armes à feu.

Grosser (O.). Ueber Zwerchfellhernien. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 juin.) — Des hernies diaphragmatiques.

Helferich. Versuche über die Transplantation des Intermediärknorpels wachsender Röhrenknochen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LI, 5-6.) — Essais de transplantation du cartilage intermédiaire des os à la période de leur croissance.

Henle (A.) et **Wagner** (H.). Klinische und experimentelle Beiträge zur Lehre von der Transplantation ungestielter Hautlappen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 1 et 3.) — Recherches cliniques et expérimentales sur la greffe de lambeaux cutanés non pédiculés.

OPHTALMOLOGIE

Deutschmann (R.). Weitere Mitteilungen über mein Heilverfahren bei Netzhautablösung, gleichzeitig ein Bericht über 101 nach dieser Methode von mir operierte, an Netzhautablösung erkrankte Augen. In-8°, 226 p. Hambourg. — Traitement du décollement de la rétine.

Domec. Du traitement de l'hypermétropie, de l'astigmatisme hypermétropique et de l'amblyopie des strabiques par le massage-pression; quelques cas de guérison radicale du strabisme. (*Bourgogne méd.*, mars-juin.)

Gourfein (D.). Etude expérimentale sur la tuberculose des voies lacrymales. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juin.)

Hirschberg (J.). Die Magnet-Operation in der Augenheilkunde. 2e éd. In-8°, 134 p. avec fig. Leipzig. — L'emploi de l'électro-aimant en ophtalmologie.

Lobanov (S.). Absence congénitale de l'iris dans les deux yeux (en russe). (*Vratch*, 3 juillet.)

Maschke (M.). Die augenärztliche Unfallpraxis. Ein Hilfsbuch für die Feststellung der Unfall-Erkrankungen des Auges und der Unfall-Renten. In-8°, 120 p. avec fig. Wiesbaden. — Les blessures de l'œil au point de vue des assurances contre les accidents.

Oeller (J.). Atlas der Ophthalmoskopie. 5e fasc. In-folio, 15 planches en couleurs avec texte explicatif. Wiesbaden.

Rohmer. De la suppression du pansement après l'opération de la cataracte. (*Ann. d'oculist.*, juin.)

Sachs (M.). Kann Schielen Schwachsichtigkeit verursachen? (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 juin.) — Le strabisme peut-il provoquer un affaiblissement de la vue?

Schnabel. Kleine Beiträge zur Lehre von der Augenmuskellähmung und zur Lehre vom Schielen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 mai, 1er juin et 3 août.) — Contribution à l'étude des paralysies oculaires et du strabisme.

Sulzer. Quelques remarques sur la mesure de l'acuité visuelle. (*Ann. d'oculist.*, juin.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Benckiser (A.). Ueber Tumoren als Geburtshindernisse. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 juillet.) — Des tumeurs considérées comme cause de dystocie.

Davis (E.). The treatment of labor in abnormal pelves. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Falk (O.). Ein Beitrag zur Kenntnis des Stoffwechsels nach Entfernung der Ovarien. (*Arch. f. Gynäkol.*, LVIII, 3.) — Recherches sur l'état des échanges intra-organiques après l'ablation des ovaires.

Friedenheim (B.). Beitrag zur Lehre vom Tubencarcinom; über ein primäres, rein alveoläres Carcinom der Tubenwand. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 juin.) — Sur un cancer primitif alvéolaire de la paroi de la trompe.

Gerot (C.). Das Geschlecht des Embryo. Ein Beitrag zur Lösung des Problems der Geschlechtswahl. In-8°, 64 p. Berlin. — Le sexe de l'embryon.

Gersuny (R.). Peritoneale Adhäsionen und ihre Beziehungen zum weiblichen Genitale. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er juin.) — Les adhérences péritonéales et leurs rapports avec les organes génitaux de la femme.

Gönner (A.). Sind Streptokokken im Vaginalsekret gesunder Schwangerer und Gebärender? (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 mai.) — Trouve-t-on des streptocoques dans les produits de sécrétion vaginale des femmes enceintes ou parturientes saines?

Kleinschmidt (G.). Vademecum für den Geburtshelfer. 2e éd. In-8°, 159 p. avec fig. Munich. — Vade-mecum de l'accoucheur.

Kolischer (G.). Pericystitis in puerperio. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 24 juin.)

Kreisch (E.). Beitrag zur Anatomie und Pathologie der Tubargravidität. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.)

Legueu (F.). Sur deux kystes tubo-ovariens. (*Comptes rendus de la Soc. d'obstét. de Paris*, juin.)

Lepage. Des grossesses utérines prises pour des grossesses extra-utérines. (*Comptes rendus de la Soc. d'obstét. de Paris*, mai.)

Lewis (D.). The surgery of the puerperium. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

Lindenthal (O.). Ueber die Diagnose und Behandlung der abnormen Haltung der Extremitäten bei Gesichtslage. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 24 juin.) — Du diagnostic de la position anomale des membres dans les présentations de la face et de la conduite à tenir en pareil cas.

Miller (G. B.). The occurrence of the streptococcus pyogenes in gynecological diseases. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.) — De la présence du streptocoque pyogène dans les affections gynécologiques.

Mitteilungen aus der gynäkologischen Klinik des Prof. Dr. Otto Engström in Helsingfors. T. II, fasc. 3. In-8°, p. 199 à 289. Berlin.

Monod (E.). Pyosalpinx et périsalpingite séreuse; laparotomie et incision vaginale combinées. (*Ann. de la policlin. de Bordeaux*, juin.)

Moran (J.). The prophylaxis and treatment of puerperal fever, with report of 3 cases of streptococcus infection successfully treated with antistreptococcus serum. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juin.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Audeoud (H.). Note sur le vanillisme professionnel. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, oct.)

Bähr (F.). Rentensätze für glatte Schäden in privater und obligatorischer Unfallversicherung. In-8°, 94 p. Karlsruhe. — Appréciation du degré d'invalidité des individus atteints de fractures simples.

Moscato (P.). Ancora su due casi di intossicazione chinica. (*Arch. internazion. di med. e chir.*, XV, 9, 10 et 11.)

20e ANNÉE. — N° 2. Vingt centimes le numéro. 10 JANVIER 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Ce numéro contient neuf figures en noir.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine d'Angers. — M. le docteur Ch.-M. Martin est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Ecole de médecine de Dijon. — M. le docteur P.-A. Baron est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. le docteur H.-F. Larre est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Gustav Fritsch, professeur extraordinaire d'histologie et d'anatomie comparée, est nommé professeur ordinaire honoraire.

Faculté de médecine de Breslau. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Arthur Grönouw, privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Catane. — M. le docteur Gaetano Traversa, privatdocent à la Faculté de médecine de Naples, est nommé privatdocent de pharmacologie expérimentale et de thérapeutique.

Faculté de médecine de Lemberg. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à M. le docteur Oskar von Widmann, privatdocent de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Naples. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Ferdinando Matoni (*pathologie médicale*); Cesare Colucci (*neurologie*); Gaetano Angiolella (*psychiatrie*); A. Sandulli (*médecine opératoire*).

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur G. Rein, professeur à la Faculté de médecine de Kiev, est nommé professeur d'obstétrique et de gynécologie, en remplacement de M. Slaviansky, décédé.

King's College de Londres. — M. le docteur N. I. C. Tirard, professeur de matière médicale et de thérapeutique, est nommé professeur de médecine, en remplacement de M. I. Burney Yeo, démissionnaire.

New York Post-Graduate Medical School and Hospital. — Sont nommés professeurs : MM. les docteurs Max Einhorn (*médecine*); R. T. Morris et S. Lloyd (*chirurgie*).

NÉCROLOGIE

M. le docteur Riquard, ancien médecin des hôpitaux de Bordeaux. — M. le docteur Ebrard, ancien médecin en chef de l'hôpital général de Nîmes. — M. le marquis Andrès del Busto, sénateur espagnol et ancien professeur à la Faculté de médecine de Madrid. — Sir James Paget, ancien président du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre, correspondant de l'Académie des sciences et associé étranger de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Francesco Orsi, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Constantin Vorochilov, ancien professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Kazan. — M. le docteur Edwin R. Axtell, lecteur des maladies du rein à l'Université de Denver.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et 1882 : Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à 1899 inclusivement (17 années) absolument complètes, soit les 19 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 174 francs pour la France, 210 francs pour l'étranger.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899).

MÉDECINE

Ferrannini (L.). La morfologia del cuore nella stenosi mitralica. (*Arch. ital. di med. interna*, II, 3-6.)

Magalhães (A.). Dos ruidos de sopro cardiacos no beriberi. In-8°, 46 p. avec fig. São Paulo.

Mosler (F.). Ueber Entstehung und Verhütung der Tuberkulose als Volkskrankheit, mit besonderer Berücksichtigung der Errichtung von Volksheilstätten überall im deutschen Vaterland. In-8°, 103 p. Wiesbaden. — Etiologie et prophylaxie de la tuberculose.

Müller (F.). Ueber die Ausscheidung des Methylenblaus durch die Nieren. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIII, 1-2.) — De l'élimination du bleu de méthylène par les reins.

Oliver (Th.). Remarks on plastic or croupous bronchitis. (*Brit. Med. Journ.*, 8 juillet.)

Ortner (N.). Ueber peritoneo-pericardiales oder pseudo-pericardiales Peritoneal-Reiben. (*Wien. klin. Wochensch.*, 29 juin.) — Du frottement pseudo-péricardique d'origine péritonéale.

Pick (A.). Ueber den Einfluss der Ernährung auf die Eiweissausscheidung bei der chronischen Nephritis. (*Prag. med. Wochensch.*, 8 et 20 avril et 1er juin.) — Influence de la nourriture sur l'élimination de l'albumine dans la néphrite chronique.

Pineles (F.). Die Beziehungen der Akromegalie zum Myxödem und zu anderen Blutdrüsenerkrankungen. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 242.)

Podack (M.). Zur Kenntnis des sogenannten Endothelkrebses der Pleura und der Mucormykosen im menschlichen Respirationsapparate. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIII, 1-2.)

Reynaud (G.) et **Olmer** (D.). Note sur les variations de la tension artérielle dans la pleurésie. (*Marseille méd.*, 15 nov.)

Ryckère (R. de). L'alcoolisme féminin. In-8°, 229 p.

Sahli (H.). Lehrbuch der klinischen Untersuchungs-Methoden. 2e éd. In-8°, XXVI-934 p. avec fig. Vienne.

Schatiloff (P.). Ueber die verschiedenartigen Formen der functionellen Dissociationen des Herzens. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVII, 1-2 et 3-4.) — Sur les diverses formes de dissociation fonctionnelle du cœur.

Schrötter (H. von). Zur Kenntnis der Bergkrankheit. In-8°, 84 p. avec fig. Vienne. — Le mal de montagne.

Soulier (H.). Souffles cardiaques par lésion orificielle; rapport entre la veine fluide (Chauveau) d'une part, d'autre part leur siège (maximum) et leur propagation. (*Lyon méd.*, 2 juillet.)

Starck (H.). Ein Zenker'sches Pulsionsdivertikel, combinirt mit intrathoracischem Tumor. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 et 19 juin.)

Steell (G.). Use of the sphygmograph in clinical medicine. In-8°, 58 p. Londres.

Stolz (A.). Ueber einen Fall von Pyloruscarcinom mit continuirlichem Magensaftfluss bei stark verminderter Salzsäuresecretion. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVII, 3-4.) — Cancer du pylore avec gastrosucorrhée continue et diminution considérable de la sécrétion chlorhydrique.

Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. 14. Heft : Die Lungentuberkulose in der Armee. In-8°, 114 p. avec fig. Vienne. — La tuberculose pulmonaire dans l'armée.

Vetlesen (H. J.). Morbus Basedowi, særlig med hensyn til patogenese og behandling. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juin.) — Pathogénie et traitement de la maladie de Basedow.

Varnali. Note sur un cas de paralysie radiale à la suite d'une pneumonie. (*Roumanie méd.*, mars-avril.)

Vorobiev (V.). Recherches sur l'étiologie des affections valvulaires du cœur (en russe). (*Klin. Journ.*, juin.)

Wade (Sir W.). On the treatment of abdominal palpitations. (*Brit. Med. Journ.*, 17 juin.)

Zboray (B.). Beiträge zur Quincke'schen Lumbalpunction. (*Ungar. med. Presse*, 11 juin.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Barker (L. F.). The nervous system and its constituent neurones. In-8°, 1122 p. avec fig. New-York.

Hirschl (J.). Ueber die sympathische Pupillarreaction und über die paradoxe Lichtreaction der Pupillen bei der progressiven Paralyse. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er juin.) — La réaction sympathique des pupilles à la lumière et la réaction pupillaire paradoxale dans la paralysie générale.

Jacob (P.) et **Moxter**. Ueber Rückenmarkserkrankungen und-Veränderungen bei tödtlich verlaufenden Anämieen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXII, 1.) — Affections et lésions de la moelle épinière au cours de l'anémie mortelle.

Juliusburger (O.) et **Kaplan** (L.). Anatomischer Befund bei einseitiger Oculomotoriuslähmung im Verlaufe von progressiver Paralyse. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juin.) — Altérations anatomo-pathologiques dans un cas de paralysie unilatérale du moteur oculaire commun au cours de la paralysie générale.

Laudenheimer (R.). Die Schwefelkohlenstoff-Vergiftung der Gummi-Arbeiter. Unter besonderer Berücksichtigung der psychischen und nervösen Störungen und der Gewerbehygiene. In-8°, 232 p. avec fig. Leipzig. — Les troubles nerveux et psychiques chez les ouvriers maniant le caoutchouc (intoxication par le sulfure de carbone).

Licastro (G.) et **Mirto** (D.). Follia impulsiva omicida in un militare, con contributo clinico-anatomico allo studio delle localizzazioni corticali motrici e del decorso delle fibre piramidali. (*Pisani*, janv.-avril.)

Liebrecht. Ueber das Wesen der Pupillenerscheinungen und ihre diagnostische Bedeutung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 et 29 juin.) — Nature et signification diagnostique du « phénomène pupillaire ».

Macpherson (J.). Mental affections : an introduction to the study of insanity. In-8°, 280 p. Londres.

Margulies (A.). Ueber Pseudodipsomanie. (*Prag. med. Wochensch.*, 8 et 15 juin.)

Massaro (D.). Contributo alla patogenesi delle ossessioni morbose. (*Pisani*, janv.-avril.)

Meyer (E.). Sarcom des dritten Ventrikels mit Metastasen im vierten Ventrikel. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXII, 1.)

Mingazzini (G.). Ueber das Lidphänomen der Pupille (Galassi). (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juin.) — Sur le « phénomène pupillaire » provoqué par la contraction des paupières (Galassi).

Mirto (D.). Sulla fina anatomia delle regioni peduncolare e subtalamica dell'uomo. (*Pisani*, janv.-avril.)

Oppenheim (H.). Weiterer Beitrag zur Lehre von der acuten, nicht-eitrigen Encephalitis und der Poliencephalomyelitis. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 1-2.) — De l'encéphalite aiguë non purulente et de la poliencéphalomyélite.

Ossipov (W.). Ueber Magen-, Darm-und Harnblasencontractionen während des epileptischen Anfalls. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 1-2.) — Des contractions de l'estomac, de l'intestin et de la vessie au cours de crises épileptiques.

Paul (M.). Beiträge zur Frage der retrograden Amnesie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXII, 1.)

Personali (S.). Nuovo contributo alle localizzazioni cerebrali; studio clinico e anatomo-patologico. (*Riforma med.*, 21, 22 et 23 juin.)

Pfannenstill (S. A.) et **Josefson** (A.). Bidrag till kännedomen om akromegaliens symptomatologi och patologiska anatomi. (*Hygiea*, juin.) — Symptomatologie et anatomie pathologique de l'acromégalie.

Piltz (J.). Weitere Mitteilungen über Vorstellungsreflexe der Pupillen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juin.) — Nouvelles recherches sur les réflexes pupillaires provoqués par l'imagination.

Ransohoff (A.). Ueber einen Fall von acuter Bulbärparalyse mit Sectionsbefund. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 1-2.) — Un cas de paralysie bulbaire aiguë avec autopsie.

Raymond (F.). Polynévrite et poliomyélite. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Reuling (R.). A case of Brown-Séquard paralysis appearing one year after syphilitic infection. (*Philadelphia Med. Journ.*, 20 mai.) — Paralysie de Brown-Séquard survenue un an après l'infection syphilitique.

Richter (A.). Ueber Porencephalie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXII, 1.)

Rossolimo (G.). Trois cas d'ataxie cérébelleuse héréditaire dans la même famille. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Rothmann (M.) et **Nathanson** (A.). Ueber einen Fall von kataleptiformer Lethargie mit Simulation von Chylurie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXII, 1.)

Sabrazès et **Brengues**. Myopathie primitive et progressive avec autopsie (forme tardive, type huméro-scapulo-facial). (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Schuster (P.) et **Mendel** (K.). Zur Casuistik der Epilepsia cursoria. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 juillet.)

Solovtzov (N.). L'hydrocéphalie et l'hydromyélie comme causes des différentes difformités congénitales du système nerveux central. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Tournier (C.). Ethérisation méthodique dans les états convulsifs. (*Gaz méd. de Strasbourg*, 1er août.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Brown (H.). Ringworm and some other scalp affections : their cause and cure. In-8°, 175 p. Londres. — La teigne tondante et quelques autres affections du cuir chevelu.

Leredde. Note pour servir à l'étude de la question de l'eczéma parasitaire, à propos de la publication du second fascicule de l'atlas histologique de Unna. (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, mai.)

Löwenbach (G.). Histologische Befunde bei Herpes tonsurans maculosus et squamosus und Pityriasis rosea. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 juin.)

Mainzer (M.). Ein Fall von Elephantiasis congenita. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 juillet.)

Sabouraud (R.). Essai critique sur l'étiologie de l'eczéma. (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, avril.)

Stenbeck (Th.). Om behandling af lupus med Röntgenstraalar. (*Hygiea*, mai.) — Traitement du lupus au moyen des rayons de Röntgen.

Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft. VI. Congress. In-8°, XXXIX-599 p. avec fig. Vienne. — Comptes rendus du 6e Congrès de la Société allemande de dermatologie.

Wolters (M.). Mycosis fungoides. In-4°, 74 p. Stuttgart.

CHIRURGIE

Cerf (L.). Hernie épigastrique embryonnaire; étiologie de la hernie épigastrique; la hernie maladie héréditaire. (*Anjou méd.*, nov.)

Hinsberg (V.). Die klinische Bedeutung der Endotheliome der Gesichtshaut. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 1.) — De l'importance clinique des endothéliomes de la face.

Hoffa (A.). Die chronisch ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule (Strümpell). (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 247.)

Hofmann (H.). Zur operativen Behandlung der Aneurysmen. (*Beiträge. z. klin. Chir.*, XXIV, 2.) — Traitement opératoire des anévrysmes.

Honsell (B.). Ueber gutartige metastasierende Strumen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 1.) — Des goitres bénins formant des métastases.

Kocher (A.). Ueber eine einfache Trepanationsmethode für intracerebrale Injektionen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 3 juin.)

Kriegswaffen und Feld-Sanitätsdienst. Ein Kompendium der Waffenlehre und Waffenwirkungen für Militärärzte. In-8°, 67 p. avec fig. Vienne. — Etudes des armes de guerre et de leurs effets.

Lauenstein (C.). Die « Heberpunktion » bei Operationen in der Bauchhöhle. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 10 juin.) — La ponction avec aspiration par le mécanisme du siphon dans les opérations intra-abdominales.

Lennander (K.). M. sphincter ani zerstört durch eine Phlegmone; plastische Operation mit Hilfe der Mm. levatores ani und Mm. glutaei maximi; Continentia ani. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 24 juin.) — Destruction du sphincter de l'anus par un phlegmon; autoplastie à l'aide des muscles releveurs de l'anus et des grands fessiers.

Linser (P.). Ueber Gewebeläsionen und die durch sie erzeugte Prädisposition für Infectionen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LI, 5-6.) — Des lésions des tissus comme condition prédisposante aux infections.

Lipstein (A.). Casuistische Beiträge zur Leberchirurgie. (*Deutsche Zeitsch. f. klin. Chir.*, LII, 1-2.) — Observations relatives à la chirurgie du foie.

Lucke (R.). Die verschiedenen Arten der Gastroenteroanastomose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 mai.) — Les divers procédés de gastro-entéro-anastomose.

Majewski (K.). Neue Untersuchungen über die Einwirkung der Ricochetschüsse auf todte Ziele (8 Mm.-Stahlmantelgeschosse auf 600 Schritte Distanz). (*Wien. med. Presse*, 18 juin.) — Nouvelles recherches sur l'action des projectiles de 8 millimètres à chemise d'acier venant frapper par ricochet des cadavres à une distance de 600 pas.

Matthiolius. Ueber Schädeloperationen bei Epilepsie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LII, 1-2.) — Des opérations sur le crâne dans l'épilepsie.

Mattoli (A.). Resoconto clinico-statistico di chirurgia operativa [riparto chirurgico dell'ospedale civile di Tolentino] dal 1° gennaio 1898 al 30 giugno 1899. In-8°, 102 p. Pérouse.

Mintz (W.). Das wahre Adenom des Nabels. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LI, 5-6.) — Le vrai adénome de l'ombilic.

Neumann (A.). Zur Frage der operativen Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 juin.) — Du traitement opératoire de l'ascite dans la cirrhose du foie.

Novaro (G.). Asepsis und Antisepsis in der Chirurgie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 1.)

Nunn (T. W.). Cancer: illustrated by 1,000 cases from registers of the Middlesex Hospital and by 50 selected cases of cancer of the breast. In-8°, 90 p. avec fig. Londres.

Prölss. Die Entfernung der Scapula. (*Therap. Monatsh.*, juin.) — L'ablation de l'omoplate.

Ruggiero (E.). Un caso di emorroidi operato col metodo di Whitehead; considerazioni circa il metodo Whitehead ed altri affini e circa l'operazione delle emorroidi in genere. (*Ann. di med. navale*, sept.-oct.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Fabre. De l'allongement des diamètres transverses du détroit supérieur dans la position à la Walcher constaté sur le vivant par la radiographie. (*Province méd.*, 21 oct.)

Haake. Ueber den Vorfall der Nachgeburt bei regelmässigem Sitze derselben und ausgetragenem Kinde. (*Arch. f. Gynäkol.*, LVIII, 3.) — De la procidence du placenta normalement inséré dans les accouchements à terme.

Leopold (G.). Beiträge zur Graviditas extra-uterina: Graviditas interstitialis; Graviditas auf der Fimbria ovarica bez. Plica infundibulo-ovarica; Graviditas ovarialis; Graviditas tubo-ovarialis. (*Arch. f. Gynäkol.*, LVIII, 3 et LIX, 3.)

Neumann (S.). Ueber einen neuen Fall von Adenomyom des Uterus und der Tuben mit gleichzeitiger Anwesenheit von Urnierenkeimen im Eierstock. (*Arch. f. Gynäkol.*, LVIII, 3.) — Un nouveau cas d'adénomyome de l'utérus et des trompes avec vestiges de rein rudimentaire dans l'ovaire.

Orthmann (E.). Zur Casuistik einiger seltener Ovarial- und Tuben-Tumoren. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.)

Philippeau (A.-F.). Manuel d'obstétrique et de gynécologie. In-18, 226 p. avec fig. Clermont.

Porak et Schwartz. A propos de l'appendicite survenant dans le cours de la grossesse. (*Comptes rendus de la Soc. d'obstét. de Paris*, mai.)

Pozzi (S.). Des suites de la résection du col au point de vue des grossesses et des accouchements ultérieurs. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, mai-juin.)

Präger (J.). Ueber Stieldrehung der Eileitergeschwülste. (*Arch. f. Gynäkol.*, LVIII, 3.) — De la torsion du pédicule des tumeurs de la trompe.

Rieck (A.). Ein Fall von primärer Tuberkulose der Vulva einer Erwachsenen und ihre Beziehungen zum Ulcus rodens vulvae (Veit). (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.) — Sur une tuberculose vulvaire primitive chez une femme adulte et sur les rapports de cette affection avec l'ulcère rongeant de la vulve.

Schäffer (O.). Anatomischer Atlas der geburtshilflichen Diagnostik und Therapie. 2e éd. In-8°, 318 p. avec planches en couleurs. Munich.

Schmid (M.). Tod nach Injection von Chlorzink in den Uterus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.) — Mort à la suite d'une injection de chlorure de zinc dans l'utérus.

Schramm (J.). Zur Casuistik der primären Harnröhrencarcinome des Weibes. (*Arch. f. Gynäkol.*, LVIII, 3.) — Observations de cancer primitif de l'urèthre.

Somma (E.). Ricerche sperimentali sull'eliminazione del mercurio per il latte di donna. (*Pediatria*, juin.)

Städler (H.). Die operative Behandlung der Lageveränderungen der Gebärmutter mittelst Lawson-Tait-Alexander. (*Arch. f. Gynäkol.*, LVIII, 3.) — Traitement opératoire des déviations utérines par la méthode de Lawson-Tait-Alexander.

Varnier. A propos d'un bassin dit « à forme double oblique ovalaire ». (*Comptes rendus de la Soc. d'obstét. de Paris*, juin.)

Veit (J.). Gynäkologische Diagnostik. 3e éd. In-8°, 206 p. avec fig. Stuttgart.

PÉDIATRIE

Concetti (L.). Puntura lombare e siero-terapia nelle meningiti acute non tubercolari dell'infanzia. (*Bull. dell'Accad. med. di Roma*, XXV, 7.)

Hainebach (J.). Beitrag zur Aetiologie des Pfeiffer'schen Drüsenfiebers. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 juin.) — Recherches sur l'étiologie de la fièvre ganglionnaire de Pfeiffer.

Homburger (Th.). Ueber acuten infectiösen Katarrh der oberen Luftwege und katarrhalische Pneumonie. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, XLIX, 4.) — Catarrhe infectieux aigu des voies respiratoires supérieures et pneumonie catarrhale.

Kouindjy. Le traitement de la paralysie obstétricale du membre supérieur. (*Arch. de méd. des enfants*, déc.)

Monti. Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Fasc. 8 et 9. In-8°, 194 p. Vienne.

Oberwarth. Zur Kenntnis der syphilitischen Pseudoparalyse. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, XLIX, 4.) — Douze cas de pseudo-paralysie syphilitique.

Passini (F.). Beitrag zur Ernährung frühgeborener Kinder. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, XLIX, 4.) — De l'alimentation des enfants nés avant terme.

Pfeiffer (E.). Verhandlungen der fünfzehnten Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in der Abteilung für Kinderheilkunde der 70. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Düsseldorf, 1898. In-8°, 286 p. Wiesbaden. — Comptes rendus de la quinzième Assemblée de la Société allemande de pédiatrie.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Broman (I.). Die Entwickelungsgeschichte der Gehörknöchelchen beim Menschen. In-8°, 164 p. avec fig. Wiesbaden. — Embryologie des osselets de l'oreille moyenne.

Cordes (H.). Zur Behandlung der Keilbeinhöhlenerkrankungen. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, mai.) — Traitement des affections des sinus sphénoïdaux.

Drasche (A.), **Weiss** (J.) et **Brestowski** (A.). Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften: Ohren-, Nasen-, Rachen- und Kehlkopf-Krankheiten. In-8°, 743 p. avec fig. Teschen. — Bibliothèque des sciences médicales: otologie, rhinologie et laryngologie.

Hajek (M.). Die Therapie des Kieferhöhlenempyems. (*Wien. med. Wochensch.*, 6, 13, 20 et 27 mai, 3 et 10 juin.) — Traitement de l'empyème du sinus maxillaire.

Hasslauer (W.). Acute Periostitis des Warzenfortsatzes im Gefolge von chronischem trockenen Mittelohrcatarrh. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, juin.) — Périostite aiguë de l'apophyse mastoïde consécutive à l'otite moyenne catarrhale sèche.

Kamm (M.). Giebt es ein Hören ohne Labyrinth? In-8°, 20 p. Iéna. — Peut-on entendre sans labyrinthe?

Laraya (F.). Da intubação do larynge no croup. In-8°, 62 p.

Möller (J.). Nogle tilfælde af otogen pyæmi. (*Hospitalstidende*, 28 déc.)

Reinhard (P.). Zur Kenntnis des Auftretens von Trachealstenose nach Tracheotomie. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, juin.) — Sur la sténose trachéale après la trachéotomie.

Rosenberg (A.). Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes mit Einschluss der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. 2e éd. In-8°, 412 p. avec fig. Berlin. — Les maladies de la bouche, du pharynx et du larynx; méthodes d'examen et de traitement.

Schmithuisen (P.). Die unblutige Operation des typischen Nasenrachenpolypen. (*Wien. med. Wochensch.*, 10 juin.) — L'opération non sanglante du polype nasopharyngien.

Stangenberg (E.). Om den nutida behandlingen af varbildande processer i mellanörat. (*Hygiea*, avril.) — Le traitement moderne des otites moyennes suppurées.

Wassmund. Verknöcherung der Ohrmuschel und Röntgographie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6 juillet.) — Ossification du pavillon de l'oreille et radiographie.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Gilbert (V.). Un nouveau traitement de la coqueluche. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juin.)

Julian y Genella (L.). A little point of great importance in transfusion. (*New York Med. Journ.*, 27 mai.) — Un petit point de grande importance pour la transfusion du sang.

Nitzelnadel (E.). Therapeutisches Jahrbuch. Kurze diagnostische, therapeutische und pharmakologische Angaben, entnommen der deutschen medicinischen Journal-Literatur des Jahres 1898. In-12, 223 p. Vienne. — Annuaire de thérapeutique.

BACTÉRIOLOGIE

Klein (E.). Zur Kenntnis des Schicksals pathogener Bakterien in der beerdigten Leiche. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 31 mai.) — Du sort des microbes dans les cadavres des animaux enfouis.

Krogius (A.) et **Wallgren** (A.). Et indlæg i sporgsmaalet om « bacterium coli's antagonisme mod de övrige urinbakterier ». (*Hospitalstidende*, 12 et 19 juillet.) — Contribution à l'étude de l'antagonisme du colibacille et des autres bacilles de l'urine.

Marzinowsky (E.). Ueber eine neue Methode der Differentialfärbung der Mikroorganismen der menschlichen und Vögeltuberkulose, Lepra und Smegma. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 31 mai.) — Une nouvelle méthode de coloration pour le diagnostic différentiel des microbes de la tuberculose humaine et aviaire, de la lèpre et des bacilles du smegma.

Mayer (G.). Ueber das Wachstum von Mikroorganismen auf Speicheldrüsen- und Mucin-Nährböden. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 31 mai et 15 juin.) — Le développement des microbes sur des milieux nutritifs constitués par des glandes salivaires et de la mucine.

Trétrop. Antiseptiques et infections. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, juillet.)

20e ANNÉE. — N° 3. Vingt centimes le numéro. 17 JANVIER 1900.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Julius Strasburger est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Budapest. — M. le docteur Michael von Lenhossék, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Tubingue, est nommé professeur ordinaire d'anatomie, en remplacement de M. Géza Mihálkovics, décédé.
M. le docteur Wilhelm Friedrich est nommé privatdocent des maladies professionnelles.

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Gustavo Lusena est nommé privatdocent de pathologie générale.

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur Ludwig Neumayer est nommé privatdocent d'anatomie.

Faculté de médecine de Naples. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Andrea Zinno (*pathologie générale*); Antonio Virdia (*anatomie chirurgicale et médecine opératoire*); Enrico Rossi (*pathologie chirurgicale*); Giovanni Piccoli (*obstétrique et gynécologie*).

Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur Anton Heveroch est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

Faculté de médecine de Turin. — MM. les docteurs J. Arslan et Giuseppe Strazza sont nommés privatdocenten d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Moritz Sachs est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs L. Popelsky (*physiologie*); Dmitri Kouraïev (*chimie médicale*); Constantin Georgievsky (*médecine interne*).

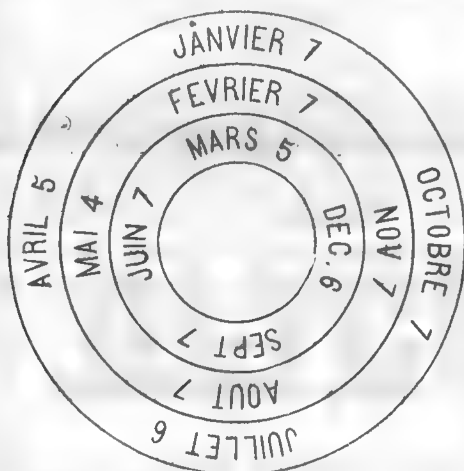
VARIA

Calcul extemporané du terme de la grossesse à l'aide d'un calendrier à cercles concentriques.

On reproche aux calendriers de la grossesse d'être peu exacts, mais à cette critique on peut objecter qu'il est, en général, impossible de fixer rigoureusement le terme d'une gestation. On ne saurait le faire même dans les cas rares où le moment de la conception est connu, car si l'on est d'accord pour admettre que chez la femme la grossesse comprend dix mois lunaires, soit deux cent quatre-vingt jours, ce n'est là qu'une moyenne qui comporte des écarts individuels. Si, en outre, on tient compte que dans la plupart des cas, la date du coït fécondant ne pouvant être précisée, c'est à la dernière menstruation qu'on doit se reporter pour calculer l'époque de l'accouchement, on voit qu'il n'est pas possible d'éviter encore d'autres causes d'erreur et notamment celle qui résulte de ce que la menstruation et l'ovulation ne concordent pas d'une façon absolue.

Cela étant, ce qu'on doit surtout exiger d'un calendrier de la grossesse, c'est la facilité et la rapidité des renseignements avec un minimum de calcul arithmétique.

Ces desiderata se trouvent parfaitement réalisés par le schéma que M. le docteur W. Kantor (de New-York) a fait connaître dans le *Philadelphia Medical Journal* du 30 décembre dernier. Les mois de l'année y sont disposés suivant trois cercles concentriques, comme le montre la figure ci-dessous.



L'époque de la dernière menstruation étant fixée, on n'a qu'à ajouter à ce chiffre le nombre inscrit à droite du mois dont il s'agit pour obtenir la date de l'accouchement : celui-ci s'effectuera au quantième ainsi trouvé du mois qui — sur le même cercle et en allant de gauche à droite — suit celui des dernières règles.

Si, par exemple, les règles sont venues la dernière fois le 17 décembre, la date approximative de l'accouchement sera le (17 + 6 =) 23 septembre.

Le calcul est un peu plus compliqué lorsque, la dernière menstruation s'étant produite vers la fin d'un mois, on obtient une somme qui dépasse 30 ou 31. Dans ce cas, on retient, comme quantième, le nombre qui est l'excédent de 30 ou de 31 et on ajoute un mois au mois qui, dans le même cercle du calendrier, suit celui des dernières règles.

Exemple : dernières règles le 28 octobre, accouchement le 4 ou 5 août.

Ce calendrier qu'on peut toujours porter dans la poche du gilet, collé au verso d'une carte de visite, est très commode pour ceux qui ne peuvent se graver dans la mémoire les chiffres que M. le docteur Lingrand a indiqués comme points de repère pour calculer la date probable d'un accouchement (Voir *Semaine Médicale*, 1892, Annexes, p. VI).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899).

THÈSES DE PARIS

Asselineau. Contribution à l'étude de l'aphasie dans la fièvre typhoïde.

Bécherel (J.). Etude de quelques causes de mortalité infantile dans le département des Côtes-du-Nord et principalement dans les environs de Lamballe.

Bluzat (L.). Contribution à l'étude de l'empyème double chez l'enfant.

Boisramé (P.). Contribution à l'étude de l'artérite aiguë au cours de la grippe.

Boissière (L.). De l'application du forceps au détroit supérieur de l'excavation.

Bramtot (A.). Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure) autrefois et aujourd'hui.

Clérambault (G. de). Contribution à l'étude de l'othématome (pathogénie, anatomie pathologique et traitement).

Debuchy (A.). Des kystes dermoïdes de l'ovaire et de leur dégénérescence maligne.

Deligné (U.). Contribution à l'étude de l'état du facial supérieur dans les hémiplégies cérébrales de l'adulte.

Delprat (E.). Des arthropathies trophiques dans les traumatismes médullaires.

Deverre (H.). Etude sur les complications hépatiques de la grippe.

Ducatte (G.). Les ptoses du gros intestin et leurs complications chirurgicales (étude anatomique et critique).

Fernique (P.). Sur quelques particularités des dégénérescences spinales descendantes consécutives à une lésion hémisphérique.

Gautret (A.-F.). Les pneumonies à scories.

George (A.). Considérations sur les exhibitionnistes impulsifs.

Germain de Saligny (P.-Ch.). Contribution à la néphropexie sans sutures par enclavement cicatriciel du rein.

Guilaine (J.). Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie chez l'enfant.

Husson (G.). Des éléments symptomatiques établissant le diagnostic différentiel entre le lupus, la syphilis et le cancer de la face.

Jamart (E.). Des dystrophies arthropathiques et leur traitement.

Jouany. Contribution à l'étude de l'hystérectomie abdominale supra-vaginale dans le traitement des gros fibromes de l'utérus.

Le Clech (L.). Contribution à l'étude de l'exclusion.

Lemoine (J.). Etude sur les tumeurs de la trachée.

Lesage (P.). De la possibilité de quelques mycoses dans la cavité respiratoire basée sur l'hygrométrie de cette cavité.

Lorot (C.). Les combinaisons de la créosote dans la tuberculose pulmonaire.

Marchand (Ch.). La péritonite aiguë par perforation au cours de l'entérite tuberculeuse.

Maricot (J.). De la phlegmatia alba dolens chez les tuberculeux.

Martinot (L.). Considérations cliniques et thérapeutiques sur le traitement des ulcères variqueux.

Murer (R.). De la levure de bière dans le traitement de la vaginite blennorrhagique.

Perrin (J.). De la névrite optique dans l'albuminurie légère.

Prévost-Maisonnay. Les ulcérations du gros intestin dans la fièvre typhoïde.

Rambaud (P.). Contribution à l'étude des anomalies des organes génitaux de la femme.

Robineau (Mlle M.). Etude sur le microbe de l'ozène.

Roux (C.). Traitement chirurgical et orthopédique de la maladie de Little.

Warin (H.). De la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire et tubo-utérine (diagnostic et traitement avant le cinquième mois).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Ammon (O.). Zur Anthropologie der Badener. Bericht über die von der anthropologischen Kommission des Karlsruher Altertumsvereins an Wehrpflichtigen und Mittelschülern vorgenommenen Untersuchungen. In-8°, 707 p. avec fig. Iéna. — Anthropologie des habitants du grand-duché de Bade (résultats de l'examen des conscrits et des élèves des écoles secondaires).

Bombicci (G.). Sui caratteri morfologici della cellula nervosa durante lo sviluppo (osservazioni eseguite sull'embrione di pollo). (*Arch. per le scienze med.*, XXIII, 2.)

Kermauner (F.). Zur Kenntnis des makroskopischen Baues der Parotis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIX, 4.) — De la structure macroscopique de la parotide.

Michaelis (L.). Eine Universalfärbemethode für Blutpräparate. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 juillet.) — Une méthode générale de coloration des préparations histologiques du sang.

Smidt (H.). Zur Theorie der Golgi-Methode. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 juillet.)

Wright (H.). A contribution to the study of the posterior columns of the spinal cord. (*Brit. Med. Journ.*, 15 juillet.)

PHYSIOLOGIE

Benedicenti (A.) et **Wehmeyer** (E.). Sulla causa della scissione chetonica nell'organismo. (*Arch. per le scienze med.*, XXIII, 2.)

Bordier (H.). Les actions moléculaires dans l'organisme. In-16, 102 p. Chartres.

Bruno (G.). L'excitabilité spécifique de la muqueuse du tube digestif : la bile comme agent digestif. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VII, 1-2.)

Chauveau (A.). La pulsation cardiaque extérieure et ses rapports avec les autres phénomènes du mécanisme du cœur. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Deganello (U.). Azione della temperatura sul centro bulbare inibitore del cuore e sul centro bulbare vaso-costrittore. (*Gazz. degli Osped.*, 9 juillet.)

Drago (S.). Contributo allo studio dell'influenza della giandola tiroide sulla funzione sessuale; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 2 juillet.)

François-Franck (Ch.-A.). Recherches sur la sensibilité directe de l'appareil sympathique cervico-thoracique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Garnier (L.). Transformation du glycogène du foie en glucose, après la mort, avec glycolyse partielle dans le tissu hépatique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bosc (F.-J.) et **Jeanbrau** (E.). Recherches sur la nature histologique des tumeurs mixtes de la parotide. (*Arch. provinc. de méd.*, mai.)

Buday (K.). Proliferirendes Adenocystom der Mamma mit Flimmerepithelien. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVI, 2.) — Adénokystomes proliférants du sein à épithélium vibratil.

Grünwald (L.). Eine neue Art von Elementarkörnchen (Granula) im Blut, Auswurf und Geweben des Menschen; vorläufige Mitteilung. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 29 juillet.) — Un nouveau genre de granules dans le sang, les crachats et les tissus.

Kelynack (T. N.). Pathologist's handbook ; manual for post-mortem room. In-12, 198 p. avec fig. Londres.

Leuk. Untersuchungen zur pathologischen Anatomie des menschlichen Magens mit Berücksichtigung der praktischen Verwertbarkeit anatomisch diagnosticirter Magenschleimhautstückchen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVII, 3-4.) — Recherches sur l'anatomie pathologique de l'estomac humain et sur la valeur diagnostique des fragments de muqueuse stomacale.

Ramoino (G.). Rara forma di occlusione temporanea del piloro. (*Gazz. degli Osped.*, 30 juillet.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Arloing (S.). Etude sur le sérum antidiphtérique et son action antitoxique. (*Arch. internation. de pharmacodynamie*, V, 5-6.)

Bond (C.). On the experimental production of hydrosalpinx and hydrometra in animals and its relation to the hydrosalpinx in the human subject. (*Lancet*, 22 juillet.)

Czyhlarz (E. von). Zur Lehre von der Bedeutung der Hyperthermirung für den thierischen Organismus. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 22 juillet.) — Des conséquences de l'hyperthermie expérimentale pour l'organisme animal.

De Vecchi (B.). Sulla patogenesi dell'epatite suppurativa; ricerche sperimentali. (*Sperimentale*, LIII, 3.)

Dönitz (W.). Ueber die Grenzen der Wirksamkeit des Diphtherie-Heilserums. (*Arch. internation. de pharmacodynamie*, V, 5-6.)

Enderlen. Histologische Untersuchungen bei experimentell erzeugter Osteomyelitis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LII, 3-4 et 5-6.)

Fieschi (D.). Sui processi da embolismo infettante nei centri nervosi e sulla genesi degli ascessi cerebrali. (*Arch. per le scienze med.*, XXIII, 2.)

Klitine (J.). De l'infection streptococcique générale aiguë post-partum et de l'action du sérum antistreptococcique sur cette infection. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VII, 1-2.)

Richter (P.) et **Róth** (W.). Experimentelle Beiträge zur Frage der Niereninsufficienz. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 et 31 juillet.) — Recherches expérimentales sur l'insuffisance rénale.

Sellier (J.) et **Verger** (H.). Les hémianesthésies capsulaires experimentales. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Christomanos (A.). Das Schicksal der rothen Blutkörperchen bei der Haemoglobinurie. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVI, 3.) — Le sort des hématies dans l'hémoglobinurie.

Couvelaire (A.). La dysostose cléido-crânienne héréditaire. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Freudweiler. Experimentelle Untersuchungen über das Wesen der Gichtknoten. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIII, 3-4.) — Recherches expérimentales sur la nature des nodosités goutteuses.

Hofmann (A.). Die Rolle des Eisens bei der Blutbildung; zugleich ein Beitrag zum Wesen der Chlorose. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 juillet.) — Du rôle du fer dans l'hématopoïèse et de la nature de la chlorose.

Marischler (J.) et **Ozarkiewicz** (E.). Stoffwechsel bei abnehmendem und zunehmendem Ascites. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, V, 2.) — Les échanges intra-organiques pendant les périodes de décroissance et d'augment de l'ascite.

Monteverdi (I.). Dell'influenza antagonista fra la sifilide e la tubercolosi. (*Gazz. degli Osped.*, 30 juillet.)

Pignatti Morano (G.) et **Baccarani** (U.). Ricerche sperimentali sulla tossicità della saliva mista di individui sani ed ammalati. (*Settimana medica*, 24 juin, 1er et 8 juillet.)

Piotrowski (J.) et **Zaleski** (K.). Zur Frage über Eosinophilie. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 3 juin.)

MÉDECINE

Bayer (C.). Die Form des Meteorismus als diagnostisches Hilfsmittel. (*Prag. med. Wochensch.*, 22 et 29 juin et 13 juillet.) — La forme du météorisme abdominal comme moyen adjuvant de diagnostic.

Bernoud (Cl.) et **Péhu** (M.). Ascite chyliforme au cours d'une symphyse cardiaque avec maladie mitrale d'origine rhumatismale. (*Lyon méd.*, 30 juillet.)

Bosanquet (W. C.). Notes on 215 cases of enteric fever. (*Brit. Med. Journ.*, 8 juillet.)

Carslaw (J.). An unusal case of cardio-pulmonary râle. (*Brit. Med. Journ.*, 8 juillet.)

Cavazzani (A.). Ematemesi essenziale. (*Settimana medica*, 15 juillet.)

Courmont (P.), **Tixier** (L.) et **Bonnet** (L.). De la lymphadénie tuberculeuse ganglionnaire et viscérale. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Donnadieu (A.). Néphrite dothiénentérique précoce : néphro-typhus. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 juillet.)

Ebstein (W.). Beiträge zur klinischen Geschichte der Endocarditis ulcerosa maligna. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIII, 3-4.)

MALADIES INFECTIEUSES

Abelly. Un cas de tétanos ayant débuté par la région traumatisée et guéri par l'amputation. (*Marseille méd.*, 15 juillet.)

Bandi (I.). La sieroprofilassi della difterite. (*Ufficiale sanitario*, juillet.)

Da Costa (J.). Anomalous eruptions in typhoid fever. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Eshner (A.). Pulmonary tuberculosis with intercurrent typhoid fever complicated by pneumonia; triple infection. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Hilbert (P.). Ueber das constante Vorkommen langer Streptokokken auf gesunden Tonsillen und ihre Bedeutung für die Aetiologie der Anginen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXI, 3.) — De la présence constante de streptocoques longs sur les amygdales saines et du rôle de ces microbes dans la pathogénie des angines.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Arnheim (G.). Zur Casuistik der Kleinhirntumoren. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVII, 1-2.) — Un cas de tumeur du cervelet.

Bechterev (W. von). Ueber ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule und der grossen Extremitätengelenke. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 1-2.) — Inflammation ankylosante de la colonne vertébrale et des grandes articulations des membres.

Berdach (C.). Hysterie bei Schulkindern. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er juillet.) — L'hystérie dans les écoles.

Bourdin (V.). Pachyméningite hémorrhagique ayant simulé une paralysie générale. (*Ann. médico-psychol.*, juillet-août.)

Crocq (J.). Les anesthésies, paralysies et amyotrophies en tranches et la théorie métamérique de Brissaud. (*Journ. de neurol.*, 20 juillet.)

Galeazzi (R.) et **Perrero** (E.). La sindrome di Déjerine-Klumpke provocata da una ferita del collo. (*Riforma med.*, 14 juillet.)

Krewer (L.). Zur Diagnostik der Lues cerebrospinalis und über ihre Beziehung zur multiplen Herdsklerose (sclérose en plaques). (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVII, 3-4.) — Diagnostic de la syphilis des centres nerveux et rapports de cette affection avec la sclérose en plaques.

Kron (H.). Zur Symptomatologie und Therapie schwerer Deltoideus-Lähmungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 1-2.) — Séméiologie et traitement des paralysies graves du deltoïde.

Lähr (H.) et **Lewald** (M.). Die Heil- und Pflege-Anstalten für Psychisch-Kranke des deutschen Sprachgebietes am 1. Januar 1898. In-8°, 348 p. avec fig. Berlin. — Les maisons de santé pour les maladies mentales existant en Allemagne au 1er janvier 1898.

Van Walsem (G.). Ueber das Gewicht des schwersten bis jetzt beschriebenen Gehirns. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juillet.) — Le cerveau le plus lourd qui ait été décrit jusqu'ici.

Warda (W.). Ueber degenerative Ohrformen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXII, 1.) — Des formes de dégénérescence du pavillon de l'oreille.

Woldert (A.). Compression of the spinal cord and spinal hemorrhage. (*Philadelphia Med. Journ.*, 20 mai.)

Wolff (G.). Das Verhalten des Rückenmarks bei reflectorischer Pupillenstarre. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXII, 1.) — De la façon dont se comporte la moelle dans les cas de rigidité réflexe des pupilles.

Zabloudovsky (I.). Traitement de l'impuissance sexuelle par le massage (en russe). (*Vratch*, 5 et 19 juin.)

CHIRURGIE

Alessandri (R.). Sulla chirurgia delle vie biliari. (*Policlinico*, 15 fév., 15 mars, 15 avril, 15 mai, 15 juin et 15 juillet.)

Amann (J. A. jr). Ueber Angiotripsie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.)

Berndt (F.). Ueber die Anwendung der regionären Anaesthesie bei grösseren Operationen an den Extremitäten. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 juillet.) — L'anesthésie régionnaire dans les grandes opérations sur les membres.

Bevan (A.). On the surgical anatomy of the bile-ducts and a new incision for their exposure. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Crivelli (M.). Observation d'un cas d'anévrysme de l'aorte thoracique développé dans la fosse sous-scapulaire. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Dandridge (N. P.). A comparison of the merits of suprapubic and perineal cystotomy. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Dauvé (P.). L'ambulance de la division Abel Douay en 1870 (Wissembourg, Reichshoffen). In-8°, 25 p.

Geppert (J.). Eine neue Narkosenmethode. (*Deutsche med. Wochensch.*, 6, 13 et 20 juillet.)

Kehr (H.). Anleitung zur Erlernung der Diagnostik der einzelnen Formen der Gallensteinkrankheit; auf Grund eigener, bei 433 Gallensteinlaparotomien gewonnener Erfahrungen. In-8°, 272 p. Berlin. — Diagnostic des diverses formes de la lithiase biliaire.

Kiderlen (F.). Die teratoiden Geschwülste der Kreuzbeingegend vom klinischen Standpunkt, nebst Mitteilung eines einschlägigen Falles. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LII, 1-2.) — Des tumeurs tératoïdes de la région sacrée, considérées au point de vue clinique.

Riemann (H.). Ueber die Keimzerstreuung des Echinococcus im Peritoneum; klinische und experimentelle Untersuchungen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 1.) — Recherches cliniques et expérimentales sur la dissémination des germes des kystes hydatiques dans le péritoine.

Schanz (A.). Zu den Klumpfussoperationen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 24 juin.) — Opérations pour pied bot.

Schleich (C.). Neue Methoden der Wundheilung; ihre Bedingungen und Vereinfachung für die Praxis. In-8°, 378 p. Berlin.

Sengensse (B.). Pied plat valgus douloureux traité par la résection astragalo-scaphoïdienne avec suture osseuse; guérison. (*Ann. de la policlin. de Bordeaux*, juin.)

Simon (R.). Die offene Behandlung der schwieligen Lungenfellentzündung (Pneumothoracoplastice secundaria pleuritidis induratæ) und ihre Enderfolge. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LI, 5-6.)

Stiles (H.). On the dissemination of cancer of the breast, and the necessity for its treatment by extensive operation. (*Brit. Med. Journ.*, 17 juin.)

Stokes (Sir W.). Clinical remarks on amputation of the lower jaw. (*Brit. Med. Journ.*, 17 juin.) — Amputation de la mâchoire inférieure.

Török (G. von). Dauererfolge nach Nephropexie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er juin.) — Résultats éloignés de la néphropexie.

Tubenthal (O.). Ein Fall von Darmausschaltung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LI, 5-6.) — Un cas d'exclusion de l'intestin.

Weiss. Hémorrhagies consécutives aux opérations pratiquées sur les voies biliaires. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juin.)

Wessel (C.). Om senetraktionernes indvirkning paa knoglevævet, deres betydning under patologiske forhold. (*Thèse de Copenhague.*) — Influence de la traction tendineuse sur le tissu osseux et son rôle en pathologie.

Wolff (J.). Ueber die unblutige Einrenkung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er, 8 et 22 mai.) — De la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Amsterdam. — M. le docteur J. H. Eberson est nommé privatdocent de diagnostic.

Faculté de médecine de Fribourg. — M. le docteur Otto Manz est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Lund. — M. le docteur Jacques Borelius est nommé professeur de chirurgie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Lodovico Brunetti, ancien professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur Antonio Valenti, professeur extraordinaire de pathologie générale à la Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Samuel Roberts Mason, professeur d'obstétrique et de gynécologie au Collège royal des chirurgiens d'Irlande à Dublin. — M. le docteur Stephen O'Sullivan, professeur de chirurgie au Queen's College de Cork. — M. le docteur William Alexander Hammond, ancien professeur de neurologie et de psychiatrie à Bellevue Hospital Medical College de New-York. — M. le docteur William Buckingham Canfield, lecteur de médecine à l'University of Maryland de Baltimore.

NOUVELLES

FRANCE

~~ Dernièrement le tribunal correctionnel de Corbeil a rendu un jugement qui présente un réel intérêt au point de vue de la protection des nourrissons. Cette décision reconnaît que le fait par une femme qui, s'étant engagée comme nourrice alors qu'elle se sait dans l'impossibilité physique de fournir la quantité de lait nécessaire à l'alimentation d'un enfant, s'efforce de dissimuler cette situation aux parents en introduisant frauduleusement des poids sous le plateau de la balance où le médecin a prescrit de peser l'enfant après chaque tétée, constitue la manœuvre prévue et punie par l'article 405 du Code pénal.

« Les éléments constitutifs de la tentative du délit d'escroquerie, dit le tribunal, coexistent dans l'espèce; en effet, l'emploi de manœuvres frauduleuses et l'attribution d'un pouvoir imaginaire dans le but de se faire remettre des fonds sont sans aucun doute imputables à la prévenue qui recourait au subterfuge dont s'agit pour persuader aux parents qu'elle avait encore les qualités physiques sans lesquelles une femme ne peut être nourrice. Les actes tendant à cette fin revêtent le caractère de « manœuvres frauduleuses » dans les termes de l'article 405 du Code pénal.

« En second lieu, l'expression « pouvoir imaginaire », insérée dans ledit article, doit être entendue *lato sensu*. Si, à la vérité, cette expression est le plus souvent employée pour indiquer l'attribution d'une puissance, d'une position sociale, d'une fortune, de relations qui ne sont que fictives, cependant rien n'empêche d'en faire une moins étroite interprétation.

« Enfin, la prévenue, en se livrant aux agissements incriminés, n'avait d'autre but que de se faire payer des gages, et rejeter la qualification à laquelle le ministère public s'est arrêté, serait laisser impunis des faits exigeant entre tous une répression. »

L'acte commis étant ainsi qualifié, le tribunal a condamné la prévenue à six mois d'emprisonnement et à cinquante francs d'amende.

PRUSSE

~~ Ce n'est pas qu'en France qu'on constate une augmentation de la criminalité des mineurs (Voir *Semaine Médicale*, 1899, Annexes, p. LXXIV); le ministre de l'intérieur du royaume de Prusse vient de déposer à la Chambre des seigneurs un projet de loi sur la matière, et, en ce faisant, il a fourni des statistiques qui montrent la gravité du mal dans ce pays.

En 1882, il a été prononcé des condamnations pour crimes et délits contre 30,697 mineurs, et, en 1896, le nombre des jeunes condamnés de cette catégorie s'est élevé à 43,962, ce qui représente une augmentation de 43 %. Cette augmentation n'est pas en rapport avec l'augmentation de la population, car, en 1896, sur 100,000 individus de douze à dix-huit ans, on compte 697 condamnations, tandis que pour le même nombre de mineurs il n'y en avait que 568 en 1882.

Cette augmentation est d'autant plus inquiétante qu'elle est supérieure à l'augmentation proportionnelle qu'a subie la criminalité des adultes (22 % contre 16 %). De plus, elle présente cette particularité fâcheuse, c'est qu'elle porte en grande partie sur les crimes contre les personnes.

En présence de cet état de choses, le gouvernement prussien a présenté un projet de loi visant la répression et la prévention de la criminalité des mineurs. Jusqu'ici on ne plaçait dans les maisons de correction que les jeunes gens de douze à seize ans qui étaient condamnés pour crimes et délits. Aux termes du nouveau projet de loi, la garde dans ces établissements pourra s'étendre aux individus âgés de seize à dix-huit ans. Mais — et c'est ici le point nouveau — tout enfant âgé de six à douze ans reconnu comme étant moralement abandonné, alors même qu'il n'aurait commis aucun délit, sera, par le seul fait de cette situation, placé dans une maison de correction.

SUISSE

~~ En additionnant le nombre des étudiants des deux sexes inscrits pendant le semestre d'hiver 1899-1900 dans les cinq Facultés de médecine, on trouve qu'il dépasse de 74 le total des élèves de l'année dernière à pareille époque. Or, cette augmentation provient presque exclusivement des femmes qui, de 346, sont passées à 411, soit 65 de plus.

Si l'on rapproche le chiffre des étudiantes de celui des élèves du sexe masculin on trouve qu'il représente le tiers de la totalité des étudiants inscrits, mais dans certaines Facultés, comme Berne, Genève et Zurich, le nombre des femmes est plus de la moitié de celui des hommes.

Presque toutes les étudiantes sont de nationalité étrangère : on ne compte, en effet, que 24 Suissesses pour 387 étrangères. Par contre, il y a 632 Suisses pour 212 étrangers.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899).

THÈSES DE PARIS

Ansel (G.). De l'étranglement secondaire après la kélotomie.

Ardouin (P.). Pathogénie et traitement des abcès froids de la paroi thoracique.

Banteignie (P.). Traitement de l'eczéma par les enveloppements humides permanents.

Bernheim (F.). L'opération de Schrœder; son influence sur la conception, la grossesse et l'accouchement.

Bétuel (R.). Déplacements passifs de l'humérus consécutifs aux traumatismes.

Bizard (L.). Des injections intra-cérébrales.

Bourdès (Mlle C.). Ce qu'on pense de la fièvre ganglionnaire.

Bourlon (P.). Des hémorrhagies menstruelles de l'oreille.

Colmaire (L.). De la panniculite en gynécologie.

Cousin (J.). Contribution à l'étude anatomique et critique du foie cardio-tuberculeux.

Desvaulx (G.). Contribution à l'étude du délire dans les maladies aiguës.

Egret (E.). Contribution à l'étude de la talalgie.

Escoube (J.). La jalousie morbide des alcooliques.

Fèvre (A.). Du mariage des épileptiques.

Guibert (L.-M.). Traitement de la syphilis tertiaire par les injections d'huile biiodurée de mercure.

Guichard (H.). De la valeur de l'hyperthermie dans quelques cas d'urémie.

Jeannerat (F.). Contribution à l'étude de l'hérédité paratuberculeuse.

Launay (L.). Contribution à l'étude des arthropathies et des hématomes chez les hémophiles.

Lebeuf (M.). Traitement de la maladie de Little par le massage et la mobilisation.

Leroux (L.). Les arthrites à pneumocoques.

Magnier (F.). Observations cliniques sur quelques psychoses à début précoce chez la femme.

Malhéné (G.). Des ruptures sus-rotuliennes du quadriceps fémoral.

Maquart (A.). Contribution à l'étude du traitement de l'infection vésicale par la taille hypogastrique.

Mével (J.). Contribution à l'étude de l'alcoolisme chez le marin breton.

Monel (H.). Contribution à l'étude de l'infection tuberculeuse des reins.

Monod (J.). Des fistules urinaires ombilicales dues à la persistance de l'ouraque et de leur traitement.

Olivry (J.). Grossesse dans l'utérus fibromateux.

Oriot (G.). Contribution à l'étude de la syndactylie.

Pédebidou (J.). Indications générales du traitement de la tuberculose du testicule; exposé et choix des procédés.

Sichère (Ch.). Considérations sur les bronchites albuminuriques; diagnostic clinique d'avec la tuberculose pulmonaire.

Surrel (J.). De l'expulsion du sac amniotique intact; considérations médico-légales.

Viollet (P.). Recherches sur les moyens de défense de l'organisme contre l'infection respiratoire au niveau des fosses nasales; leucocytose, phagocytose.

Weill (R.). Des différentes méthodes employées pour provoquer l'accouchement.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Almquist (E.). Zur Phagocytose. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXI, 3.)

Danysz (J.). Contribution à l'étude de l'immunité : propriété des mélanges des toxines avec leurs antitoxines; constitution des toxines. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet.)

Pope (C.). Zur Kenntnis der Beziehungen zwischen Hyperleukocytose und Alloxurkörperausscheidung. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 24 juin.) — Recherches sur les rapports existant entre l'hyperleucocytose et l'élimination de substances alloxuriques.

Romaro (V.). Osservazioni intorno all'assorbimento del glucosio attraverso il circolo portale nelle diverse malattie. (*Gazz. degli Osped.*, 23 juillet.)

Thudichum (J.). Ueber den chemischen Process der Gallensteinkrankheit beim Menschen und in Thieren; mit neuen Versuchen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVI, 2.) — Le processus chimique de la formation des calculs biliaires chez l'homme et chez les animaux.

Waldvogel. Woraus und wo entsteht das Aceton? (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 15 juillet.) — Comment et où se forme l'acétone?

Yabé (T.). Premier mémoire sur l'étude de l'immunité de la tuberculose. In-8°, 61 p. avec fig.

Zdarek (E.). Chemische Untersuchung des Inhaltes einer Pankreascyste. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 juillet.) — Recherches chimiques sur le contenu d'un kyste du pancréas.

MÉDECINE

Aust (C.). Die Behandlung der Pleuraempyeme mittelst der Bülau'schen Heberdrainage. (*Zeitsch. f. prakt. Aerzte*, 15 juillet.) — Traitement de l'empyème de la plèvre par le drainage à siphon de Bülau.

Elliott (A.). Some remarks on chronic Bright's disease. (*Med. Record*, 15 juillet.)

Ewart (W.). On the practical aspects of dorsal percussion and in particular of the percussion of the spine. (*Lancet*, 29 juillet.)

Ferrannini (L.). Le anomalie antropologiche nei cardioptosici. (*Arch. ital. di med. interna*, II, 3-6.)

Gillespie (A. L.). Manual of modern gastric methods : chemical, physical, therapeutical. In-8°, 192 p. Londres.

Göppert (F.). Ueber einen Fall von angeborener Abknickung des Dickdarms in Rücksicht auf die sog. angeborene Dilatation und Hypertrophie des Colons. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, V, 2.) — Sur un cas de coudure congénitale du gros intestin, considérée dans ses rapports avec la dilatation et l'hypertrophie dite congénitales du côlon.

Henry (F.). A case of mitral stenosis, with fever (non malarial) of relapsing type. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Jolles (A.). Ueber die Bestimmung der Ferrometerzahl im Gesammtblut und im Serum. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 1er juillet.) — Ferrométrie du sang et du sérum sanguin.

Knopf (J. A.). Pulmonary tuberculosis : its modern prophylaxis and the treatment in special institutions and at home. In-8°, 343 p. avec fig. Philadelphie.

Kövesi (G.). Untersuchungen aus dem Gebiete der Magenpathologie. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, V, 2.) — Recherches sur la pathologie de l'estomac.

Kronenberg (E.). Angina und acuter Gelenkrheumatismus. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 juillet.) — Angine et rhumatisme articulaire aigu.

MALADIES INFECTIEUSES

Brazil (V.). A peste bubonica em Santos. (*Revista med. de S. Paulo*, 15 déc.)

Jäger (H.). Epidemiologisches und Bakteriologisches über Cerebrospinalmeningitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 juillet.)

Theodor (F.). Ueber Rötheln, Röthelnrecidive und ihr Verhältnis zu Masern und Scharlach. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVII, 1-2.) — De la rubéole, des récidives de cette affection et de ses rapports avec la rougeole et la scarlatine.

Vicente (M.). Le paludisme à Paris. In-8°, 160 p. avec fig.

Wenner (O.). Die Resultate der Diphtheriebehandlung seit Einführung des Diphtherieheilserums am Kinderspital Zürich. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVII, 1-2.) — Résultats du traitement de la diphtérie depuis l'introduction de la sérothérapie à l'hôpital des enfants à Zurich.

Wieting (J.). Zur Infection durch den Diplococcus lanceolatus. (*Mitteil. aus den Hamburg. Staatskrankenanstalten.*, II, 2.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bratz. Alkohol und Epilepsie. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVI, 3.)

Cohn (M.). Ueber die Bedeutung der Zehenreflexe. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juillet.) — De la valeur du réflexe des orteils.

Féré (C.). Pathology of emotions. (Trad. du français par R. Park.) In-8°, 548 p. Londres.

Freund (W.). Mikroskopische Untersuchungen an peripheren Nerven bei Erkrankungen des Säuglingsalters. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, juillet.) — Examen microscopique des nerfs périphériques dans certaines affections des nourrissons.

Guidorossi (A.) et **Guizzetti** (P.). Per la presenza di stafilococchi nella corea del Sydenham. (*Riforma med.*, 15 juillet.)

Jacobsohn (L.). Ueber Veränderungen im Rückenmark nach peripherischer Lähmung, zugleich ein Beitrag zur Localisation des Centrum ciliospinale und zur Pathologie der Tabes dorsalis. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVII, 3-4.) — Des altérations de la moelle consécutives aux paralysies périphériques, de la localisation du centre cilio-spinal et de la pathologie du tabes.

Kahlbaum (S.). Klinische Beobachtung zweier Fälle von polyneuritischer Psychose (Dysphrenia alcoholico-polyneuritica). (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVI, 3.)

Longo (B. D.). Un caso di nevrite sensitiva periferica con esito in guarigione. In-8°, 61 p. Turin.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bandler (V.). Zur Histologie des Naevus sebaceus. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, XLIX, 1.)

Buri. Ein Fall von Naevus verrucosis linearis. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er juillet.)

Gros (H.). Sur un cas de leucodermie. (*Echo méd. du Nord*, 23 juillet.)

Heuss (E.). Ueber chronische Primeldermatitis. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er juillet.) — De la dermatite provoquée par la primula obconica.

Huber (A.). Perifolliculitis suppurativa und framboesiforme Vegetationen im Anschlusse an Eczem. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, XLIX, 1.)

Hyde (J.), **Hektoen** (L.) et **Bevan** (A.). A contribution to the study of blastomycetic dermatitis. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, juillet.)

Kaposi (H.). Ueber einen Fall von sogenannter Sarcomatosis cutis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 2.)

Levin (E.). Weitere Mitteilungen über die Beteiligung des weichen Gaumens bei der Stomatitis mercurialis. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 juillet.) — Nouvelles recherches bactériologiques sur la stomatite mercurielle.

Löwenbach (G.). Ueber Acne urticata. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, XLIX, 1.)

Löwenfeld (L.). Weitere Beiträge zur Lehre von den cutanen neurotrophischen Störungen: Neuritische Platthand und neuritischer Plattfuss; über eine eigenartige cutane Neurose. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 juin et 4 juillet.) — Recherches sur les troubles cutanés trophonévrotiques.

Malherbe (H.). Eruptions bromuriques et iodurigues graves. (*Gaz. méd. de Nantes*, 15 juillet.)

PARASITOLOGIE

Bruns (H.). Zur Morphologie des Actinomyces. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 8 juillet.)

Fuhrmann (O.). Mitteilungen über Vogeltänien. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 15 juillet et 25 nov.) — Recherches sur les tænias des oiseaux.

Garré (C.). Ueber erfolgreiche intraperitoneale Verimpfung von Echinokokken auf Thiere. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIX, 2.) — Résultats positifs de l'inoculation intrapéritonéale d'échinocoques aux animaux.

Verdun (P.). Notes sur quelques cas de parasitisme et de pseudo-parasitisme observés chez l'homme. (*Echo méd. du Nord*, 9 juillet.)

CHIRURGIE

Eicken (C. von). Ueber die Desinfection inficierter Wunden. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 2.) — De la désinfection des plaies infectées.

Eliot (E.). Observations upon volvulus, with report of three cases submitted to operation. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Felkl (G.). Ueber eine neue Art der Drainage bei Empyem-Operationen. (*Prag. med. Wochensch.*, 6 juillet.) — Un nouveau drainage après l'opération de l'empyème.

Fish (H.). The importance of blood examinations in reference to general anæsthetization and operative procedures. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — Importance de l'examen du sang avant l'anesthésie.

Franke (F.). Ueber einige chirurgisch wichtige Complicationen und Nachkrankheiten der Influenza. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIX, 3.) — Des principales complications de l'influenza et de certaines affections post-grippales au point de vue chirurgical.

Gerulanos (M.). Ein Beitrag zur Behandlung alter Empyeme mittelst ausgedehnter Thoracoplastik. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIX, 2.) — Traitement des empyèmes invétérés par la thoracoplastie étendue.

Göbell (R.). Ein Bauchwandcarcinom der Regio epigastrica. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LII, 3-4.) — Cancer de la paroi abdominale situé au niveau de la région épigastrique.

Goldscheider (E.). Ein auf operativem Wege zur Heilung gebrachter Fall von fibrinösjauchig-eitriger allgemeiner Peritonitis. (*Prag. med. Wochensch.*, 29 juin et 13 juillet.) — Péritonite fibrineuse, purulente et septique, guérie par l'intervention opératoire.

Hoffa (A.). Zur Lehre von der Sehnenplastik. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 juillet.) — Recherches sur l'autoplastie tendineuse.

OPHTALMOLOGIE

Bourgeois (A.). Nouvelles considérations sur le traitement des ulcères infectieux de la cornée. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Carra (V.). L'antimonio nella cura della blefarite cigliare. (*Supplem. al Policlinico*, 8 juillet.)

Cross (F. R.). The operative treatment of eyes exhibiting high degrees of myopia. (*Lancet*, 1er juillet.) — Traitement opératoire de la myopie excessive.

Fromaget (C.). Larmoiement paroxystique hystérique. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Gallo (N.). L'ambliopia tossica da tabacco; dottrina e nosografia con alcune osservazioni cliniche. (*Supplem. al Policlinico*, 1er, 8 et 22 juillet.)

Hanke (V.). Die Nitronaphthalin-Trübung der Hornhaut, eine Gewerbekrankheit. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6 juillet.) — Une affection oculaire professionnelle : l'opacité nitro-naphtalinique de la cornée.

Katz (R.). De la céphalalgie due à une faible différence entre les indices de réfraction des deux yeux (en russe). (*Vratch*, 10 juillet.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bayer (J.). 50 Fälle von Eklampsie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.)

Beuttner (O.). Beitrag zur gynäkologischen Untersuchung und Massage in Beckenhochlagerung, an der Hand von Controlversuchen. (*Wien. med. Presse*, 23 juillet.) — De l'examen gynécologique et du massage dans la position élevée du bassin.

Bossi (L.). Contributo allo studio dei rimedii emostatici non ecbolici, e terapia delle metrorragie in gravidanza ed in sopraparto. (*Riforma med.*, 6, 7, 8 et 10 juillet.)

Cramer (H.). Geburtshilfliche Verletzung des kindlichen Auges. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 juillet.) — Lésions obstétricales des yeux de l'enfant.

Dickinson (R.). Is a sloughing process at the child's navel consistent with asepsis in childbed? An introduction to the study of complete primary amputation. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.) — Traitement du cordon ombilical.

Dienst. Ueber multiple Embryome. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 2 août.)

Dirmoser (E.). Beitrag zur Pathologie des Vestibulum vaginæ; paravaginale Gänge. (*Wien. med. Wochensch.*, 8 juillet.)

Eröss (J.). Ein Fall von im foetalen Leben geheilter Spina bifida. (*Ungar. med. Presse*, 10 juillet.) — Spina bifida guérie au cours de la vie intra-utérine.

TÉRATOLOGIE

Bayer (R.). Beiderseitiger angeborener Nierenmangel ohne sonstige bedeutende Missbildung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 août.) — Absence congénitale des deux reins sans autres difformités notables.

Cortés (F.). Histo abdominal, gastro-esquisis ó hendidura total del abdomen. (*Rev. balear de ciencias méd.*, 20 oct.) — Fissure totale de l'abdomen.

Koller (A.). Ein Fall von Situs viscerum inversus und seine Deutung. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVI, 1.)

Nagel (W.). Zur Frage des Hermaphroditismus verus. (*Arch. f. Gynäkol.*, LVIII, 1.)

Sitzinsky (A.). Janiceps symmetros. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.)

Strauss (A.). Ueber einen Fall von dreifacher Harnblase. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 15 juillet.) — Un cas de vessie triple.

HYGIÈNE

Baron (C.). Ueber den Schmutzgehalt der Marktmilch. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVII, 1-2.) — Des impuretés du lait du commerce.

Bonjean (E.). Le bacille pyocyanique dans les eaux d'alimentation; résistance, virulence, recherche, origine hydrique des infections pyocyaniques. (*Ann. d'hyg. publ.*, juillet.)

Dearden (W.). Fragilitas ossium amongst workers in lucifer match factories. (*Brit. Med. Journ.*, 29 juillet.) — Fragilité osseuse chez les ouvriers travaillant dans les fabriques d'allumettes.

Fletcher (B. F. et H. Ph.). Architectural hygiene; or, sanitary science as applied to buildings. In-8°, 276 p. avec fig. Londres.

Gorez. Rapport général sur les épidémies qui ont régné dans le département du Nord pendant l'année 1898. In-8°, 39 p. Lille.

Gorini (C.). Il controllo del vaccino mediante le inoculazioni corneali. (*Arch. per le scienze med.*, XXIII, 2.)

Moritz et **Röpke**. Ueber die Gesundheitsverhältnisse der Metallschleifer im Kreise Solingen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXI, 2.) — De l'état de santé des polisseurs de métaux dans le district de Solingen.

Panel (G.). Démographie et statistique médicale de la ville de Rouen pour l'année 1898. In-8°, 52 p. Rouen.

Statistique sanitaire des villes de France et d'Algérie pendant l'année 1897, et tableaux récapitulatifs des années 1886 à 1897. In-4°, 332 p. Melun, Impr. admin.

20e ANNÉE. — N° 5. Vingt centimes le numéro. 31 JANVIER 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur Ettore Truzzi, professeur à la Faculté de médecine de Messine, est nommé professeur ordinaire de clinique obstétricale, en remplacement de M. Giovanni Inverardi, décédé.

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Casimiro Mondino, professeur à la Faculté de médecine de Palerme, est nommé professeur ordinaire de clinique psychiatrique.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Gaetano Mazzoni est nommé privatdocent de gynécologie.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Angelo Mugnai est nommé privatdocent de chirurgie.

St. George's Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur Francis Jaffrey est nommé lecteur d'anatomie.

Owens College de Manchester. — M. le docteur R. T. Williamson est nommé lecteur adjoint de médecine.

Université de Melbourne. — M. le docteur George Rothwell Wilson Adam est nommé lecteur d'obstétrique et de gynécologie.

VARIA

Congrès allemand de médecine interne en 1900.

Le dix-huitième Congrès allemand de médecine interne se tiendra à Wiesbaden du 18 au 21 avril prochain.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :
1° *Le traitement de la pneumonie;*
2° *L'endocardite et ses rapports avec d'autres maladies.*

Dans sa séance d'hier, l'Académie de médecine de Paris a élu comme correspondants étrangers MM. Kaposi (de Vienne), Erb (de Heidelberg) et Hansen (de Bergen).

NÉCROLOGIE

M. le docteur Tourdes, ancien professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Nancy, associé national de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Ch.-P.-A. Cassin, ancien chirurgien des hôpitaux d'Avignon. — M. le docteur Ch. Delstanche, agrégé d'otologie à la Faculté de médecine de Bruxelles. — M. le docteur Thomas Wrigley Grimshaw, ancien président du Collège royal des médecins d'Irlande.

NOUVELLES

FRANCE

~~ Au cours de la discussion du budget devant la Chambre des députés, il a été convenu que l'année prochaine il serait créé au ministère de l'instruction publique un service spécial et permanent, dit des *Organisations scolaires dans les pays étrangers*, qui aurait pour but :

1° De centraliser toutes les publications importantes, officielles ou particulières, traitant des questions d'enseignement à l'étranger;

2° De procurer à toute personne qui y aurait intérêt des informations compétentes et raisonnées sur les organisations, méthodes, réformes, etc., dans les Universités, collèges et écoles à l'étranger.

ETATS-UNIS

~~ On sait que la ville de Chicago, qui compte environ deux millions d'habitants et qui est destinée, dit-on, à devenir la plus grande cité des Etats-Unis, est située sur les bords du lac Michigan. La ville est alimentée en eau au moyen d'une prise souterraine aboutissant en plein lac à quatre kilomètres du rivage; mais, le Michigan recevant aussi les eaux d'égouts de la ville par la rivière de Chicago, la municipalité a décidé, pour avoir désormais une eau potable de bonne qualité, de changer le cours de la rivière qui au lieu de se rendre vers le Michigan conduira les eaux en sens contraire et par suite emportera au loin les matières fécales et les eaux résiduelles de la ville. A cet effet, on a construit un canal d'une longueur de soixante-quatre kilomètres qui fait communiquer la rivière de Chicago avec l'Illinois, lequel est un affluent du Mississipi. Cette œuvre sanitaire, qui est en même temps une œuvre commerciale puisqu'elle doit servir de voie de communication pour les bateaux entre le lac Michigan et le Mississipi, a coûté plus de 160 millions de francs, mais elle contribuera grandement à l'assainissement de la ville de Chicago, et ne portera aucun préjudice aux villes riveraines de l'Illinois et du Mississipi, car, d'après les expériences qui viennent d'être faites, l'eau de la rivière de Chicago et du canal peu après son arrivée dans l'Illinois (à 150 kilomètres de Chicago) est presque absolument pure. Le courant artificiel de la rivière de Chicago est suffisamment rapide pour que les eaux du lac qui maintenant alimentent la rivière entraînent sans difficultés les eaux des égouts de la ville.

GRAND-DUCHÉ DE BADE

~~ La Faculté de médecine de Heidelberg, après avis du gouvernement, a décidé que les femmes pourvues du certificat de maturité seront désormais admises à l'immatriculation.

ITALIE

~~ En 1887 le gouvernement avait créé au ministère de l'intérieur une direction de la santé publique et quelques années après avait institué auprès de ladite direction une Ecole de perfectionnement dans l'hygiène publique. En 1896, cette Ecole fut supprimée, et l'enseignement a été donné depuis dans les Universités pourvues des laboratoires nécessaires et autorisées à cet effet. Quant à la direction elle-même, elle descendit au rang d'une simple division.

Un décret récent vient d'établir l'administration sanitaire sur de nouvelles bases, séparant le personnel technique du personnel purement administratif. La partie technique de l'« Office sanitaire » comprend un inspecteur général, un sous-inspecteur général, et trois inspecteurs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899)

PHYSIOLOGIE

Jarotzky (A.). Ueber die Veränderungen in der Grösse und im Bau der Pankreaszellen bei einigen Arten von Inanition. (*Arch. f. pathol. Anat. u Physiol.*, CLVI, 3.) — Des altérations de volume et de forme des cellules pancréatiques dans certains genres d'inanition.

Luxenburg (J.). Ueber morphologische Veränderungen der Vorderhornzellen des Rückenmarks während der Thätigkeit. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 juillet.) — Des modifications morphologiques des cornes antérieures de la moelle pendant leur activité physiologique.

Placzek. Das pulsatorische Fussphänomen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 31 juillet.) — Le phénomène des pulsations du pied.

Schüle. Studien über die Functionen des menschlichen Mundspeichels. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten.*, V, 2.) — Recherches sur la fonction de la salive chez l'homme.

Vogel (G.). Ueber die Durchgängigkeit der unversehrten Haut des Warmblüters. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVI, 3.) — De la perméabilité de la peau intacte chez les animaux à sang chaud.

Weiss (G.). Recherches sur les muscles de l'embryon. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Lubarsch (O.) et **Ostertag** (R.). Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere (4. Jahrgang, 1897). In-8°, 1009 p. avec fig. Wiesbaden.

Sabrazès (J.) et **Ulry** (E.). De l'anencéphalie; à propos d'un cas de tumeur angiomateuse endo et épicrânienne avec malformations multiples du crâne, de l'encéphale, de la moelle cervicale et des yeux, chez un chien nouveau-né ayant vécu trente heures. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Scheibner (von). Bilden die Tonsillen häufige Eingangspforten für die Tuberkelbacillen ? (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 mai.) — Recherches histologiques sur les amygdales considérées comme porte d'entrée de l'infection tuberculeuse.

Yamagiva (K.). Beiträge zur Kenntnis der Kakke (Beri-beri). (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVI, 3.)

Zahn (G.). Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Magendivertikel. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIII, 3-4.) — Recherches sur l'anatomie pathologique des diverticules de l'estomac.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Martin (A.). Du traitement par l'acide picrique de l'uréthrite blennorrhagique chronique. (*Journ. de méd. de Paris*, 26 nov.)

Mirolubov (K.). Un cas d'érythème exsudatif, lié à la blennorrhagie (en russe). (*Vratch*, 17 juillet.)

Neumann. Ueber eine eigentümliche Form von Jodexanthem an der Haut und an der Schleimhaut des Magens. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, XLVIII, 3.) — Une forme insolite d'éruption iodique sur la peau et sur la muqueuse de l'estomac.

Pavlov (P.). Ein Fall von Lymphangioma circumscriptum der Haut. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 juillet.) — Un cas de lymphangiome circonscrit de la peau.

Pollitzer (S.). The nature of the xanthomata. (*New York Med. Journ.*, 15 juillet.)

Reichmann (M.). Zwei Fälle isolirter gonorrhoischer Erkrankung paraurethraler Gänge. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, XLIX, 1.) — Deux cas d'infection blennorrhagique des conduits para-uréthraux.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bormans (A.). Sopra due casi di meningite otitica con esito di guarigione. (*Gazz. degli Osped.*, 30 juillet.)

Breitung (M.). Ueber Besserhören im Lärm und die Bedeutung dieses Phänomens für die Pathologie und Therapie der chronischen progressiven Schwerhörigkeit im Lichte der Neuron-Lehre. In-8°, 12 p. Iéna. — Sur une audition meilleure au milieu du bruit.

Chauveau (C.). Contribution à l'histoire de l'anatomie du pharynx. (*Ann. des mal. de l'oreille*, juillet.)

Cozzolino (V.). Etude bactériologique et histologique sur l'ozène. (*Ann. des mal. de l'oreille*, juillet.)

Falta (M.). Ueber Atresia der Tuba Eustachii. (*Wien. med. Wochensch.*, 24 juin et 1er juillet.)

Heindl (A.). Sur le traitement du rhinosclérome ou sclérome. (*Ann. des mal. de l'oreille*, juillet.)

Heymann (R.). Die im Verlaufe der Masern auftretenden Ohrenkrankheiten. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIII, 3-4.) — Les maladies de l'oreille au cours de la rougeole.

Keen (W.). The technique of laryngectomy. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Körner (O.). Die eitrigen Erkrankungen des Schläfenbeins. In-8°, 153 p. avec fig. Wiesbaden. — Les suppurations de l'os temporal.

Lermoyez (M.). Le traitement atropo-strychnique de l'hydrorrhée nasale. (*Ann. des mal. de l'oreille*, juillet.)

Mangoldt (F. von). Ueber die Einpflanzung von Rippenknorpel in den Kehlkopf zur Heilung schwerer Stenosen und Defecte. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIX, 4.) — Greffe de cartilage costal pour la cure des sténoses et des pertes de substance du larynx.

Masini (G.). Les amygdales ont-elles une sécrétion interne? (*Ann. des mal. de l'oreille*, juillet.)

Schulz. Zur Behandlung der Trachealstenosen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 juillet.) — Traitement des rétrécissements de la trachée.

HYGIÈNE

Cozzolino (V.). Norme e considerazioni sulla fondazione ed ubicazione dei sanatorii per conto del Comitato napoletano della Lega contro la tubercolosi. (*Nuova rivista clin.-terap.*, nov.)

Fazio (E.). L'insegnamento dell'igiene nelle scuole di applicazione per gl'ingegneri e techniche di Europa; sua importanza e limiti. (*Riv. internazion. d'igiene*, X, 5-6.)

Questions d'assistance et d'hygiène publiques traitées dans les Conseils généraux [de France] en 1898. In-8°, 266 p.

Rapport sur les travaux : 1° du conseil central d'hygiène publique et de salubrité de la ville de Nantes et du département de la Loire-Inférieure; 2° des conseils d'hygiène des arrondissements; 3° des médecins des épidémies, etc. pendant l'année 1898. In-8°, 258 p. Nantes.

Report on sanitary measures in India in 1897-98. T. XXXI. In-4°, 278 p. Londres.

Seelos. Neue Versuche über die Unschädlichmachung von Stärkefabrikabwässern. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXI, 3.) — Nouvelles expériences sur l'assainissement des eaux résiduelles des fabriques d'amidon.

Shaw. Manual of the vaccination law. 7e éd. In-8°, 256 p. Londres.

Transactions of the Epidemiological Society of London (session 1898-1899). T. XVIII. In-8°, 194 p. Londres.

Weyl (Th.). Keimfreies Trinkwasser mittels Ozon. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 8 juillet.) — Stérilisation de l'eau potable par l'ozone.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bosse (H.). Ueber die therapeutische Wirksamkeit des Digitalisdialysats. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 8 juillet.)

Combemale. Asphyxie locale des extrémités transitoire due à la cafeine. (*Echo méd. du Nord*, 23 juillet.)

Fazio (E.). Efficacia della polpa splenica cruda. (*Riv. internazion. d'igiene*, X, 9-10.)

Fitzgerald (A.). The treatment of malarial fevers by the inunction of creosote. (*Brit. Med. Journ.*, 15 juillet.)

Fitzpatrick (Ch.). Notes on the treatment of yellow fever with the blood-serum of the bacillus icteroides, and its preparation. (*Med. Record*, 1er juillet.) — De la sérothérapie de la fièvre jaune.

Gagnoni (E.). Di tre gravi casi di difterite guariti con l'iniezione nelle vene di siero antidifterico. (*Gazz. degli Osped.*, 16 juillet.)

Galli (G.). Beitrag zur Behandlung der Pellagra. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 avril.) — Traitement de la pellagre par l'arséniate de fer.

ANNÉE 1900

Dans ce bulletin, nous indiquons tous les titres des ouvrages et des mémoires médicaux publiés en 1900 ou portant le millésime de ladite année, dont la connaissance nous est parvenue dans l'intervalle de chacun des numéros de la *Semaine Médicale*.

Les ouvrages sans indication de lieu ont été publiés à Paris.

MÉDECINE

Beck. Ueber die Sanduhrgallenblase. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 18 janv.) — De la vésicule biliaire en sablier.

Bonardi (E.). Cure chirurgiche e cure elettriche del morbo di Basedow. (*Morgagni*, janv.)

Bruïne Ploos van Amstel (P. J. de). Uraemische aphasie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 20 janv.)

Carrière (G.) et **Deléarde** (A.). Sur un cas d'épithélioma atypique symétrique des capsules surrénales. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv.)

Chauveau (C.). Des variétés de glossodynie. (*Arch. gén. de méd.*, janv.)

Curschmann (H.). Die Behandlung der krebsigen Schlundverengerung mit Dauersonden. (*Therapie der Gegenwart*, janv.) — Traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage par des sondes à demeure.

Edlefsen (G.). Zum Nachweise des Phenetidins im Harn. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 6 janv.) — Recherche de la phénétidine dans les urines.

Haskovec (L.). Neue Beiträge zur Pathogenese der Basedow'schen Krankheit. (*Wien. med. Wochensch.*, 6 janv.)

Meinert (E.). Ueber die Beweglichkeit der zehnten Rippe als angebliches Merkmal vorhandener Enteroptose. (*Wien. med. Wochensch.*, 6 janv.) — La mobilité de la dixième côte est-elle un signe d'entéroptose?

Micheli et **Mattirolo**. Beitrag zur Kenntniss der pseudochylösen Ascitesformen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 janv.)

Paciotti (A.). La forma nasale della malattia di Raynaud. (*Gazz. degli Osped.*, 14 janv.)

Sehrwald. Zur Behandlung der Gehirnhyperämie. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er janv.) — Du traitement de la congestion cérébrale.

Weber (F. P.). Note on febrile albuminuria, and the question of a special rheumatic albuminuria. (*Edinburgh Med. Journ.*, janv.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Abadie (J.). Ptosis intermittent hystérique. (*Rev. de méd.*, janv.)

Lalande. Essai sur la pathogénie du délire de la paralysie générale. (*Ann. médico-psychol.*, janv.-fév.)

Macleod (N.). The bromide sleep : a new departure in the treatment of acute mania. (*Brit. Med. Journ.*, 20 janv.) — Le sommeil par les bromures comme moyen de traitement de la manie aiguë.

Raviart (G.). Fracture spontanée des fémurs dans un cas de tabes supérieur probable. (*Echo méd. du Nord*, 21 janv.)

Remak (E.). Ueber den « Femoralreflex » bei Leitungsstörung des Dorsalmarks. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er janv.) — De l'état du « réflexe fémoral » dans les cas de troubles de la conductibilité au niveau de la moelle dorsale.

Samberger (F.). K pathologii obrny velikého svalu pilovitého. (*Casopis lékaru ceskych*, 20 janv.) — Pathologie de la paralysie du grand dentelé.

Soltmann (O.). Ueber Landry'sche Paralyse. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 1.)

Van Melle (M. A.). Iets over peesreflexen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 20 janv.) — Sur les réflexes tendineux.

CHIRURGIE

Durand. Incisions et suture des bourses. (*Province méd.*, 6 janv.)

Eccles (W.). Carcinoma of the ascending colon and its treatment, with the record of two cases. (*Brit. Med. Journ.*, 13 janv.)

Féré (Ch.). Les accidents de l'attaque d'épilepsie liés à la contraction musculaire; contribution à la pathogénie des hernies vraies du muscle jambier antérieur. (*Rev. de chir.*, janv.)

Giannettasio (N.). Sur les tumeurs de l'ombilic; contribution clinique et observation histopathologique. (*Arch. gén. de méd.*, janv.)

Hugon (E.). Massage thérapeutique. In-18, 300 p. Vigot frères.

Keetley (C.). A mode of operating in cases of appendicitis, adapted for use on any day or at any stage of an acute or subacute attack, though not indicated in every case. (*Lancet*, 13 janv.) — Sur un procédé d'intervention opératoire pour appendicite.

Killian (G.). Die directe Bronchoskopie und ihre Verwertung bei Fremdkörpern der Lungen. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er janv.) — La bronchoscopie directe dans les cas de corps étrangers du poumon.

Koblanck. Zur Narkose. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 janv.) — Les mouvements athétosiques des doigts, indice d'asphyxie chloroformique imminente.

Kümmel (H.). Ueber circuläre Naht der Gefässe. (*Wien. med. Presse*, 7 janv.) — De la suture circulaire des vaisseaux sanguins.

Mugnai (A.). Resoconto statistico della sezione chirurgica degli spedali riuniti di Arezzo (1° giugno 1898-31 dicembre 1899). In-8°, 24 p. Arezzo.

Rodiet (A.). Les ambulances de la ville de Paris; les secours publics aux blessés avant l'Exposition de 1900. (*Arch. provinc. de chir.*, janv. et fév.)

Schlesinger (H.). Zur Lehre vom angeborenen Pectoralis-Rippendefect und dem Hochstande der Scapula. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 janv.) — Sur l'absence congénitale du muscle pectoral et de plusieurs côtes avec position élevée de l'omoplate.

UROLOGIE

Association française d'urologie (4e session, Paris, 1899). Procès-verbaux, mémoires et discussions. In-8°, 607 p. avec fig.

Fischer (G.). Das Endoskop als Hilfsmittel bei der Behandlung von Harnröhrenstricturen. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 6 janv.) — L'endoscope comme moyen adjuvant dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Hochenegg (J.). Zur klinischen Bedeutung der Nierendystopie; ein Fall von operierter Beckenniere. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 janv.) — Rein ectopié dans la cavité pelvienne; opération suivie de guérison.

Melchior (M.). Beobachtungen über Prostatitis. (*Monatsb. über die Krankh. des Harn-und Sexual-Apparates*, V, 1.)

Schlifka (M.). Ein neues Kystoscop zum Katheterismus der Ureteren. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 janv.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Bayer (J.). Ueber Zerreissungen des Nabelstranges und ihre Folgen für den Neugeborenen. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 265.) — La rupture du cordon ombilical et ses conséquences pour le nouveau-né.

Füth (H.). Ueber die Dekapitation mit dem Zweifel'schen Trachelorhekter. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 janv.)

Kauffmann (H.). Ueber Dauerresultate nach Vaginofixationen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 1.) — Des résultats éloignés de l'hystéropexie vaginale.

Platon. De la valeur de l'eau oxygénée dans les hémorrhagies utérines. (*Marseille méd.*, 1er janv.)

Simmonds (M.). Ueber Blutungen des Endometrium bei Sklerose der Uterinarterien. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 janv.) — Des métrorrhagies par sclérose des artères utérines.

Wilms (M.). Die Mischgeschwülste. 2. Heft : Die Mischgeschwülste der Vagina und der Cervix uteri (traubige Sarkome). Anhang : Mischgeschwülste der Blase und des Vas deferens. In-8°, p. 91 à 167, avec fig. Leipzig. A. Georgi. — Les tumeurs mixtes du vagin et du col de l'utérus.

Winternitz (E.). Leitfaden für die Schwangeren-Untersuchung. In-12, 85 p. avec fig. Leipzig. A. Georgi. — Vade-mecum pour l'examen des femmes enceintes.

PÉDIATRIE

Czerny (A.). Kräftige Kost. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 1.) — Alimentation fortifiante.

Glénard (F.). Du traitement par les bains froids de la fièvre typhoïde chez les enfants. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, janv.)

Heubner (O.). Bemerkungen über den Gebrauch der Magensonde im Säuglingsalter. (*Therapie der Gegenwart*, janv.) — Notes sur l'emploi de la sonde stomacale chez les nourrissons.

Lange (J.). Ueber Krämpfe im Kindesalter. (*Münch. med. Wochensch.*, 9 janv.) — Des convulsions chez les enfants.

Lipes (H. J.). Dermatitis gangrænosa infantum. (*Albany Med. Annals*, janv.)

Sutherland (G.). The differential diagnosis of mongolism and cretinism in infancy. (*Lancet*, 6 janv.)

Wichmann (J. V.). Rakitis eller pseudorakitis? Nogle bemærkninger om bensystemets udvikling hos spæde börn. (*Bibliotek for Læger*, janv.) — Rachitisme ou pseudo-rachitisme?

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Herz (L.). Ueber acute Cocainvergiftung. (*Wien. med. Wochensch.*, 13 janv.) — De l'intoxication aiguë par la cocaïne.

Ménier (Ch.) et **Monnier** (U.). Un deuxième cas d'empoisonnement par le *Lepiota helveola Bres.* (*Gaz. méd. de Nantes*, 20 janv.)

Petit (E.). Note sur un cas d'intoxication par la spartéine chez un brightique. (*Echo méd. du Nord*, 7 janv.)

Schmid (H.). Drei Fälle von Pilzvergiftung. (*Therap. Monatsh.*, janv.) — Trois cas d'empoisonnement par les champignons.

Stern (R.). Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten; klinische Studien mit Berücksichtigung der Unfall-Begutachtung. 2. Heft : Krankheiten der Bauchorgane, des Stoffwechsels und des Blutes. In-8°, p. 193 à 502. Iéna. Gustav Fischer. — Les maladies internes d'origine traumatique; observations cliniques et commentaires au point de vue des expertises dans les cas d'accidents. Fasc. 2 : les affections des organes de l'abdomen, les troubles des échanges et les maladies du sang.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Angiulli (G.). Nouvelle contribution au traitement de la phtisie pulmonaire; note préliminaire. In-8°, 28 p. Naples.

Behring (E.). Die Werthbestimmung des Tetanusantitoxins und seine Verwendung in der menschenärztlichen und thierärztlichen Praxis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 janv.) — Détermination du degré d'activité de l'antitoxine tétanique et emploi de ce remède en médecine humaine et vétérinaire.

Borini (A.). La naftalina e l'« oxiuris vermicularis ». (*Gazz. degli Osped.*, 14 janv.)

Drasche. Ueber die Behandlung des cardialen Hydrops. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er et 6 janv.) — Administration par la voie rectale du salicylate double de soude et de théobromine contre l'hydropisie cardiaque.

Green (J.). Formic acid and the inhalation of formalin as a preparation for and aid to the open-air treatment of phthisis. (*Brit. Med. Journ.*, 20 janv.) — Les inhalations de formol comme moyen préparatoire et adjuvant de l'aérothérapie de la phtisie.

Guimbail. La vibrothérapie. (*Thérapeutique nouvelle par les agents physiques et naturels*, déc. 1899 et janv.)

Wright (A.) et **Leishman** (W.). Remarks on the results which have been obtained by the antithyphoid inoculations and on the methods which have been employed in the preparation of the vaccine. (*Brit. Med. Journ.*, 20 janv.) — Résultats des inoculations antityphoïdiques et description des divers procédés employés pour la préparation du vaccin.

20e ANNÉE. — N° 6. Vingt centimes le numéro. 7 FÉVRIER 1900.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Tours. — M. le docteur Barnsby est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

VARIA

Dans sa séance d'hier, l'Académie de médecine de Paris a élu comme correspondants étrangers MM. Mendelssohn (de Saint-Pétersbourg) et Stoïcesco (de Bucharest).

NÉCROLOGIE

M. le docteur Coste, ancien sénateur de l'Yonne. — M. le docteur Philipp Knoll, professeur de pathologie générale et expérimentale à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Oscar Widman, professeur extraordinaire de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Lemberg. — M. le docteur Bernard Edward Brodhurst, ancien lecteur de chirurgie orthopédique à St. George's Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur Albert Edward Hoadley, professeur de chirurgie orthopédique au College of Physicians and Surgeons de Chicago.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1899* inclusivement (17 années) absolument complètes, soit les 19 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 174 francs pour la France, 210 francs pour l'étranger.

L'Administration dit, pour la série des années 1883 à 1899, collection absolument complète, quoique la table de l'année 1892 soit épuisée, attendu que la *Table générale* qui doit paraître sera le répertoire complet du journal depuis sa fondation.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une des dernières bandes du journal et de 60 centimes en timbres-poste.

En cas de retour à une adresse déjà imprimée dans le *courant de la même année*, il n'y a pas lieu de faire parvenir de nouveau 60 centimes ; il suffit de prévenir l'administration du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899)

THÈSES DE PARIS

Amieux (E.-Ch.). Etude clinique de quelques cas d'affections spasmo-paralytiques datant de l'enfance : maladie de Little, rigidité spasmodique, tabes spasmodique, hémiplégie cérébrale infantile double.

Arin (E.-A.). Traitement des gangrènes limitées dans l'étranglement herniaire par le procédé de l'enfouissement.

Bantigny (A.). Contribution à l'étude de l'acné ponctuée chez l'enfant.

Besson (A.). De l'influence pathogénique des épanchements pleuraux sur la circulation intra-cardiaque, particulièrement dans les affections chroniques du cœur.

Bonnet (E.). Contribution à l'étude des psoriasis anomaux.

Boulaud. Considérations cliniques sur une série de cas de fièvre typhoïde.

Boutin (G.). Contribution à l'étude de la tuberculose primitive de la rotule.

Brochard (G.). De l'obstruction intestinale par les calculs biliaires.

Callier (P.). Alcool et phtisie.

Chapron (P.). De l'origine infectieuse du purpura rhumatoïde.

Coulomb (P.). Contribution à l'étude des lésions de l'appendice dans la fièvre typhoïde.

Daniel (A.). Des arrêts de développement consécutifs aux lésions locales datant de l'enfance; atrophie numérique de Klippel.

Delpeut (A.). Contribution à l'étude de certaines malformations d'origine congénitale par arrêt de développement de l'amnios.

Desbonnets (L.). Contribution à l'étude de certains troubles cérébraux (troubles moteurs, sensitifs, visuels et aphasie) dans le diabète sucré.

Fleys (J.-P.). Contribution à l'étude des ruptures spontanées des voies biliaires dans le péritoine.

Gadreau (A.). Etude sur la docimasie hépatique.

Grépinet (A.). Etude sur la maladie de Little.

Jouannic (L.). Septicémie à staphylocoque.

Lefeuvre (Ch.). Etude myographique de la contraction musculaire chez l'insecte.

Lubetzki (S.). Recherches cliniques et expérimentales sur la cause de la céphalée neurasthénique.

Malécot (H.). Sur le traitement de la hernie gangrenée.

Maurel de Lapomarède (E.-L.). Jean-Louis Baudelocque; sa vie, son œuvre.

Meslay (E.). Etude graphologique sur les variations de l'écriture des aliénés.

Moinard (F.). Contribution à l'étude des luxations totales et compliquées de l'astragale.

Pineau (M.). Des hémorrhagies gastro-intestinales d'origine urémique.

Robert (H.). Contribution à l'étude des kystes du vagin (kystes de la paroi postérieure).

Roger (E.-M.). Etude clinique sur le phénomène de l'entrée de l'air par les sinus utérins dans l'état puerpéral.

Sappin-Trouffy (S.). De la spermatogenèse dans un testicule tuberculeux chez l'homme.

Solelis (J.). Du vomissement périodique chez les enfants.

Thabuis (F.-A.). Contributions à l'étude des salicylates de bismuth, de l'acide salicylique et de la diathèse urique.

MÉDECINE

Destrée (E.). Etude clinique sur la pneumonie d'influenza. (*Journ. méd. de Bruxelles*, 14, 21 et 28 sept., 5 et 12 oct.)

Külz (E.). Klinische Erfahrungen über Diabetes mellitus. Nach dem Tode des Verfassers bearbeitet und herausgegeben von Rumpf, Aldehoff und Sandmeyer. In-8°, 552 p. Iéna.

Lahmann (H.). Der krankmachende Einfluss atmosphärischer Luftdruckschwankungen (barometrischer Minima). Ein Beitrag zur Lehre von den Ursachen der Frühjahrs- und Herbsterkrankungen, insonderheit der Influenza. In-8°, 40 p. avec fig. Stuttgart. — Influence des variations de la pression atmosphérique sur la production des maladies au printemps et en automne, surtout au point de vue de l'influenza.

Lyonnet (B.) et **Martel** (F.). D'une méthode simple et rapide pour pratiquer la numération des globules blancs chez l'homme. (*Lyon méd.*, 30 juillet.)

Mayer (P.). Ueber die Ausscheidung und den Nachweis der Glykuronsäure im Harn. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 et 10 juillet.) — L'élimination et la recherche dans l'urine de l'acide glycuronique.

Monro (T. K.). Raynaud's disease (local syncope, local asphyxia, symmetrical gangrene). In-8°, 264 p. Londres.

Petrov (N.). Maladie d'Addison; angiome caverneux des deux capsules surrénales et du foie (en russe). (*Bolnitchn. Gaz. Botkina*, 28 juillet.)

Rocher (L.). Note sur les causes de l'abaissement rythmique du larynx et de la dépression inspiratoire des espaces intercostaux chez les dyspnéiques. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 juillet.)

Rosenqvist (E.). Zur Frage der Zuckerbildung aus Fett bei schweren Fällen von Diabetes mellitus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 10 juillet.) — De la formation du sucre aux dépens de la graisse dans les cas graves de diabète.

Schmidt (R.). Zur klinischen Pathologie des peripheren Nervensystems bei Lungentuberculose mit specieller Rücksichtsnahme auf Akroparästhesien. (*Wien. klin. Wochensch.*, 6, 13 et 20 juillet.) — Pathologie du système nerveux périphérique dans la tuberculose pulmonaire, notamment des acroparesthésies.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Oppenheim (H.). Ueber Missgriffe der Behandlung durch Verkennung der multiplen Sklerose. (*Therapie der Gegenwart*, juillet.) — Conséquences, au point de vue thérapeutique, de la confusion de la sclérose en plaques avec l'hystérie.

Pitres (A.). Etude sur les paraphasies. (*Rev. de méd.*, mai, juin et juillet.)

Rapport du directeur de l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise), précédé de ceux des médecins en chef sur le service médical (exercice 1898). In-8°, 208 p. Clermont.

Régis (E.). Un cas de perversion sexuelle à forme sadique. (*Arch. d'anthropol. crim.*, juillet.)

Rennie (G.). Muscular hypotonia in epileptics. (*Lancet*, 15 juillet.)

Sabrazès (J.) et **Marty** (L.). Atrophie musculaire et osseuse du membre supérieur droit consécutive à des traumatismes violents et multiples. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril.)

Schröder. Beiträge zur Casuistik der Porenkephalie. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVI, 3.)

Schröter. Wird bei jungen Unverheirateten zur Zeit der Menstruation stärkere sexuelle Erregtheit beobachtet? (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVI, 3.) — Les jeunes filles présentent-elles une augmentation de l'excitabilité sexuelle pendant les règles?

Schüler (L.). Beobachtungen über Zehenreflexe. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juillet.) — Observations sur le réflexe des orteils.

Thomson (H. C.). Introduction to diseases of the nervous system. In-8°, 124 p. Londres.

Tissié (Ph.). Tic oculaire et facial droit accompagné de toux spasmodique, traité et guéri par la gymnastique médicale respiratoire. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 9 et 16 juillet.)

Touche. Les accidents épileptiformes généralisés au cours de l'hémiplégie. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.)

Van Gehuchten (A.). Un cas d'hyperexcitabilité réflexe extraordinaire. (*Journ. de neurol.*, 5 juillet.)

CHIRURGIE

Chlumsky (V.). Experimentelle Untersuchungen über die verschiedenen Methoden der Darmvereinigung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 3.) — Recherches expérimentales sur les divers procédés de suture intestinale.

Jacob (O.). Un procédé de résection du ganglion de Gasser. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Kayser. Ueber Hodensarcome. (*Mitteil. aus den Hamburg. Staatskrankenanstalten*, II, 2.) — Des sarcomes du testicule.

König (F.). Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 7e éd. T. II. In-8°, 904 p. avec fig. Berlin.

Köppen (A.). Zur Spätnaht. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 1er juillet.) — De la suture tardive.

Krumm (F.). Ueber habituelle Schulterluxation und ihre Radicaloperation. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 juillet.) — La luxation récidivante de l'épaule et sa cure radicale.

Lennander (K. G.). Ett fall af dermoidcysta i bäckenbindväfven. (*Hygiea*, avril.) — Kyste dermoïde du tissu conjonctif du bassin.

Lympius. Zur Casuistik der Gesichtsfurunkel. (*Deutsche med. Wochensch.*, 20 juillet.) — Deux cas de furoncle de la face.

Mally. Les paralysies post-anesthésiques. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Mariau (A.). A propos d'un cas d'appendicite. (*Echo méd. du Nord*, 16 juillet.)

Minervini (R.). Zur Catgutfrage; experimentelle Untersuchungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 1-2.)

Mugnai (A.). Estirpazione completa del ganglio di Gasser per nevralgia del trigemino. (*Policlinico*, 15 juillet.)

Mühsam (R.). Beiträge zur Differentialdiagnose der Appendicitis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 31 juillet.)

Ollier. De la création d'une néarthrose cléido-humérale ou de l'établissement d'une articulation régulière entre la clavicule et l'humérus pour fixer le membre supérieur resté flottant à la suite de la perte irréparable de l'omoplate et de la tête humérale. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Pick (T. P.). Surgery : treatise for students and practitioners. In-8°, 1196 p. Londres.

Pluyette et **Blanc** (A.). Fractures simultanées des deux clavicules. (*Marseille méd.*, 15 juillet.)

UROLOGIE

Albarran. Nouveaux procédés d'exploration appliqués au diagnostic des calculs du rein; cathétérisme des uretères; radiographie. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, juillet.)

Bishop (E. S.). Three cases of ureteral calculi impacted in the lower end of the ureter, and removed by suprapubic cystotomy. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.) — Trois cas de cystotomie sus-pubienne pour calculs enclavés dans le bout inférieur de l'uretère.

Boari (A.). La uretero-cisto-neostomia (ossia l'innesto dell'uretere sulla vescica). (*Policlinico*, 15 juin et 15 juillet.)

Callionzis. Sur un cas de lithotritie rapide chez un vieillard de quatre-vingt-six ans. (*Anjou méd.*, nov.)

Döbbelin. Ein Fall von achttägiger Anurie durch Ureterstein. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LII, 3-4.) — Anurie durant huit jours, causée par un calcul enclavé dans l'uretère.

Duchastelet (L.). Un cas de lithotritie pratiquée sans éveiller la sensibilité vésicale sous la seule action d'un lavement rectal d'antipyrine. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, juillet.)

Ehrmann (S.). Das Urotropin in der Behandlung bacterieller Erkrankungen der Harnwege. (*Wien. med. Presse*, 18 juin.) — L'urotropine contre l'uréthrite postérieure.

Fenger (Ch.). Eversion or turning inside out of the sac of a cystonephrosis as an aid in operating upon the renal end of the ureter and upon the partition walls between dilated calices. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Morris (H.). On the importance of plastic surgery in renal distension (*i. e.* nephrectasis); with special reference to stenosis of the ureter. (*Lancet*, 1er juillet.)

OPHTALMOLOGIE

Lagrange (F.). Des spasmes toniques du muscle ciliaire chez les enfants et de la valeur de la skiascopie dans l'œil atropinisé. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Lundsgaard (K.). Et tilfælde af hypopyonkeratitis med renkultur af gœr. (*Hospitalstidende*, 11 oct.)

Mayer (F.). Haemorrhagische Cyste des Corpus ciliare mit Ausgang in spontane Heilung; ein Beitrag zur Lehre von den intraocularen Cysten. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 juin et 4 juillet.) — Kyste hémorrhagique du corps ciliaire; guérison spontanée.

Oliver. Nouveau procédé d'implantation de boules de verre dans l'orbite. (*Ann. d'oculist.*, juillet.)

Pflüger. Suppression du cristallin transparent. In-8°, 197 p. avec fig.

Ramsay (A. M.). Strumous ophthalmia. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.)

Sourdille (G.). Kératite interstitielle dans la syphilis acquise. (*Gaz. méd. de Nantes*, 29 juillet.)

Velhagen. Erfahrungen über die Behandlung der hochgradigen Myopie durch Linsenextraction. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 juillet.) — 14 cas de myopie excessive traitée par l'extraction du cristallin.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Glöckner (H.). Beiträge zur Lehre vom engen Becken. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLI, 1.) — Recherches sur les bassins rétrécis.

Gräfe (M.). Ueber Ventrofixatio uteri. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juillet.)

Grandin (E. H.) et **Jarman** (G. W.). A text book on practical obstetrics. 2e éd. In-8°, 461 p. avec fig. Philadelphie.

Knapp (L.). Ueber Thermophorapparate in der geburtshilflichen Praxis; vorläufige Mitteilung. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 juillet.)

Lebedeff (G.). Ueber die Behandlung der Entzündungen des Uterus und seiner Adnexe durch intrauterine Injektionen. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 15 juillet.) — Traitement des phlegmasies de l'utérus et de ses annexes par les injections intra-utérines.

Lewis (H.). Maternal impressions. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

Orsini (G.). Contributo clinico alla cura operativa del prolasso degli organi genitali femminili. (*Gazz. degli Osped.*, 9 juillet.)

Orthmann (E.). Leitfaden für den gynäkologischen Operationskurs mit Berücksichtigung der Operationen an der Lebenden. In-8°, 147 p. avec fig. Leipzig.

Oui. Deux cas de stercorémie pendant les suites de couches. (*Echo méd. du Nord*, 16 juillet.)

Pazzi (W.). La placenta previa (periodo storico dal 1860 al 1890). (*Unione medica italiana*, 17 et 24 juin, 1er et 8 juillet.)

Petrov (N.). Recherches histologiques et bactériologiques dans un cas de métrite purulente non puerpérale (en russe). (*Vratch*, 10 juillet.)

Pit'ha (W.). Kasuistischer Beitrag zur Aetiologie, Symptomatologie und Therapie des Puerperaltetanus. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 22 juillet.)

Polano (O.). Ueber das Verhalten der Uterusschleimhaut nach Abort und Blasenmole. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol*, XLI, 1.) — De l'état de la muqueuse utérine après l'avortement et la môle vésiculaire.

PÉDIATRIE

Bourdillon (Ph.). Respiration de Cheyne-Stokes pendant le sommeil chez une enfant choréique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet.)

Escherich (Th.). Der Borsäureschnuller, eine neue Behandlungsmethode des Soor. (*Therapie der Gegenwart*, juillet.) — Traitement du muguet par le suçon boriqué.

Filatoff (N.). Ueber die protrahirte und chronische Form der Influenza. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVII, 1-2.)

Hauser. Ein Fall von Stenocardia cordis beim Kinde. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 juillet.) — Un cas d'angine de poitrine chez un enfant.

Liebmann (A.). Geistig zurückgebliebene Kinder. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVII, 1-2.) — Enfants arriérés.

Morquio (L.). Dos observaciones de enfermedad de Barlow. (*Rev. méd. del Uruguay*, nov.)

Nobécourt (P.). Etude sur les streptocoques de l'intestin des jeunes enfants à l'état normal et à l'état pathologique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Passini et Leiner. Ueber einen Fall von Noma faciei. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 juillet.)

Pott (R.). Die « Mundfäule der Kinder » und ihre Beziehung zur Maul und Klauenseuche. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 juillet.) — Rapports des stomatites infantiles avec la maladie aphteuse de l'espèce bovine.

Sequeira (J.). Diabetes in a child aged three years; almost complete disappearance of the sugar during an attack of jaundice. (*Lancet*, 15 juillet.) — Disparition presque complète de la glycosurie au cours d'un ictère chez un enfant diabétique.

Thornton (G.). Tracheotomy in diphtheria. (*Lancet*, 8 juillet.)

Tobiesen (F.). Ueber Elephantiasis congenita hereditaria. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, XLIX, 4.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Becker (L.). Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigenthätigkeit für die Unfall-und Invaliditätsversicherungs Gesetzgebung. 3e éd. In-8°, 500 p. Berlin. — Guide du médecin-expert en matière d'assurance contre les accidents et les infirmités.

Eichhorst (H.). Tödtliche acute Nephritis in Folge von Vergiftung mit Sauerampfer. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 juillet.) — Néphrite aiguë mortelle par intoxication avec l'oseille.

Harnack (E.). Ueber die Giftigkeit des Heroins (Diacetylmorphins). (*Münch. med. Wochensch.*, 4 juillet.) — Toxicité de la diacétylmorphine.

Lewin (L.). Ist Sauerampfer ein Gift? Ein Beitrag zur Diagnose von Vergiftungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 juillet.) — L'oseille est-elle un poison? Considérations sur le diagnostic des intoxications.

Perrin (P.) et **Roussel** (P.-L.). Intoxication alimentaire d'origine carnée, observée au 69e régiment d'infanterie. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juillet.)

Richter (M.). Ueber das « Oedem » der Kehlkopfeingangsfalten in Wasserleichen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 juin.) — De l' « œdème » des plis de l'entrée du larynx des cadavres ayant séjourné dans l'eau.

Rochebrune (A.-T. de). Toxicologie africaine; étude sur les végétaux toxiques et suspects propres au continent africain et aux îles adjacentes. T. II, fasc. 2. In-8°, 308 p. avec fig.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Guinard (L.) et **Martin** (E.). Contribution à l'étude des effets du suc surrénal; action de l'extrait des capsules d'un homme sain. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Haberling. Zur Tetanusbehandlung mit Antitoxin. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 2.)

Kisch (E.). Zur Therapie der Insufficienz des Mastfettherzens. (*Therapie der Gegenwart*, juillet.) — Traitement de l'hyposystolie par adipose cardiaque.

Lafond-Grellety. Nouveau traitement des ulcères variqueux. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 9 juillet.)

Leyden (E. von). Ueber einen mit Duralinfusion behandelten Fall von Tetanus puerperalis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 juillet.) — Tétanos puerpéral traité par l'injection sous-dure-mérienne.

Nagl (J.). Ein Fall von Idiosynkrasie gegen Chinin. (*Prag. med. Wochensch.*, 6 juillet.)

Nicolas (J.) et **Cade** (A.). Un cas de maladie d'Addison traité par l'extrait aqueux de capsule surrénale. (*Province méd.*, 8 et 15 juillet.)

Oléinikov (G.) et **Goldberg** (S.). Traitement de la pneumonie fibrineuse par l'injection souscutanée de sang provenant du malade luimême (en russe). (*Bolnitchn. Gaz. Botkina*, 7 et 14 juillet.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Camail (J.). Contribution à la géographie médicale des îles Saint-Pierre et Miquelon. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Grall. Pathologie exotique; études statistiques et cliniques en Indo-Chine. In 8°, 200 p.

Schlesinger (M.). Die wirksamsten hydriatischen Proceduren, ihre Anwendung mit besonderer Berücksichtigung der hydriatischen Behandlung von Infektionskrankheiten. In-8°, 87 p. Presbourg. — Les meilleurs procédés d'hydrothérapie et leur application au traitement des maladies infectieuses.

Thorne (W. B.). Schott methods of treatment of chronic diseases of heart; action of Nauheim baths, and of therapeutic exercises. 3e éd. In-8°, 132 p. Londres.

BACTÉRIOLOGIE

Bandi (I.) et **Stagnitta Balistreri** (F.). Sui caratteri di resistenza del b. della peste. (*Ufficiale sanitario*, août.)

Behring (E.). Ueber Tetanusgiftmodificationen. Nach gemeinschaftlich mit Dr. Ransom und Dr. Kitashima ausgeführten Versuchen mitgeteilt. (*Fortsch. der Med.*, 28 juin.) — Des modifications de la toxine tétanique.

Bertelsmann. Ueber Versuche mit Neu-Tuberculin. (*Mitteil. aus den Hamburg. Staatskrankenanstalten.* II, 2.) — Expériences avec la nouvelle tuberculine.

Cantacuzène (J.). Recherches sur la spirillose des oies. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet.)

Freund (E.) et **Sternberg** (C.). Ueber Darstellung des Heilkörpers aus dem Diphtherieheilserum. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXI, 3.) — Procédé pour isoler l'agent curatif du sérum antidiphtérique.

Klein (E.). A description of a new pathogenic microbe of sewage: bacillus pyogenes cloacinus. (*Brit. Med. Journ.*, 8 juillet.)

Kober (M.). Die Verbreitung des Diphtheriebacillus auf der Mundschleimhaut gesunder Menschen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXI, 3.) — La dissémination des bacilles de la diphtérie sur la muqueuse buccale de l'homme sain.

Kraus (R.). Ueber Fadenbildung; ein Beitrag zur Lehre von der Agglutination. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 juillet.) — Recherches sur la formation des filaments dans la réaction de l'agglutination.

Levin. Les microbes dans les régions arctiques. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet.)

GÉNÉRALITÉS

Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser zu München (1896). In-8°, 382 p. avec fig. Munich. — Annales des hôpitaux généraux de Munich.

Annuaire statistique de la ville de Paris (dixhuitième année, 1897). In-8°, XXXII-806 p. avec cartes.

Eymeri (G.). Esquisse de topographie médicale et de nosologie militaire de Limoges. In-8°, 63 p.

Hodgson (R.). Tales of medical students. In-8°, 426 p. Londres.

Index-catalogue of the library of the Surgeon General's Office, United States Army; authors and subjects. 2e série. T. IV: D - Emulsions. In-4°, 917 p. Washington.

Jahrbuch der Wiener Krankenanstalten (5. Jahrgang, 1897). In-8°, 971 p. avec fig. Vienne. — Annuaire des hôpitaux de Vienne.

Krieger (J.). Jahrbuch der Medicinal-Verwaltung in Elsass-Lothringen (1899). T. XII. In-8°, 256 p. Strasbourg.

Lapine (A.). Dictionnaire médical français-russe. In-8°, 539 p. Saint-Pétersbourg.

Larrivé (L.). L'Assistance publique en France. In-32, 192 p.

Le Grand (L.). Les Maisons-Dieu et léproseries du diocèse de Paris au milieu du quatorzième siècle, d'après le registre de visites du délégué de l'évêque (1351-1369). In-8°, CXXXI-318 p.

Medicinalstatistische Mitteilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. T. V. In-4°, 364 p. avec fig. Berlin. — Statistiques médicales publiées par l'Office sanitaire impérial [allemand].

20e ANNÉE. — N° 7. Vingt centimes le numéro. 14 FÉVRIER 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Ce numéro a 24 pages et contient : 1° Une grande planche en couleurs comprenant dix-sept figures dessinées par M. de Gothard ; 2° Une grande planche en noir reproduisant une œuvre artistique consacrée à Velpeau.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 8, placé à la droite du folio, indique la colonne.

HYGIÈNE INTERNATIONALE

La peste en Arabie et le pèlerinage aux lieux-saints en 1900.

La situation sanitaire de l'Arabie est telle en ce moment qu'il serait urgent que les divers gouvernements intéressés se préoccupassent de prendre d'ores et déjà les mesures nécessaires pour interdire le pèlerinage aux lieux-saints. Vu l'existence d'une épidémie de peste dans les provinces de l'Assyr et du Yémen et de cas sporadiques constatés récemment à la Mecque et à Djeddah ainsi qu'à Mattra près Mascate, il est déclaré dans le *Messager officiel* de l'empire russe que les pèlerinages sunnite et schiite à Djeddah et en Mésopotamie sont interdits en 1900. Mais jusqu'ici nous n'avons pas connaissance que d'autres gouvernements aient pris une décision analogue, et, cependant, la peste sévit actuellement dans les Indes anglaises avec une intensité plus grande que jamais.

Malgré cette situation, d'autant plus fâcheuse que ce n'est pas seulement la peste qui règne en Arabie (un avis officiel fait connaître que le choléra a fait son apparition sur le littoral arabique, dans les pays d'Oman et d'Hadramout), le gouvernement ottoman laisse les pèlerins turcs se diriger vers l'Arabie : à la date du 30 décembre dernier, 9,000 avaient déjà traversé le canal de Suez se rendant à la Mecque, et, depuis, le mouvement ne s'est pas arrêté.

VARIA

L'enseignement libre des doctoresses en médecine dans les Facultés devant le Conseil d'Etat français.

Comme nous le faisions prévoir il y a un an dans un article intitulé : *Les doctoresses en médecine et l'enseignement libre à la Faculté de médecine de Paris* (Voir *Semaine Médicale*, 1899, Annexes, p. XXVI), la requête formée devant le Conseil d'Etat par Mlle Bonsignorio, docteur en médecine, contre la décision du ministre de l'instruction publique confirmant le refus du Conseil de l'Université de Paris d'autoriser l'impétrante à faire un cours libre d'ophtalmologie à la Faculté de médecine, a été rejetée vendredi dernier par le tribunal suprême de la justice administrative.

A l'appui de sa requête, Mlle Bonsignorio faisait valoir que tous les docteurs en médecine qui sollicitent une semblable autorisation l'obtiennent, pourvu qu'ils remplissent les conditions exigées; qu'aucun texte n'a exclu les femmes de l'application du règlement concernant les cours libres; qu'en fait, plusieurs femmes ont été autorisées à faire des cours ou conférences au Muséum d'histoire naturelle et à la Sorbonne.

Le Conseil d'Etat a basé sa décision sur les deux points suivants :

1° Que le Conseil de l'Université statue définitivement sur les demandes des personnes pourvues du titre de docteur en médecine qui sollicitent l'autorisation d'ouvrir un cours libre;

2° Que la requérante n'articule, à l'appui de sa requête, aucun grief qui soit de nature à faire annuler, pour excès de pouvoir, la délibération du 4 juillet 1898, par laquelle le Conseil de l'Université lui a refusé l'autorisation d'ouvrir un cours libre à la Faculté de médecine; qu'elle n'est donc pas fondée à demander, par application des lois des 7-14 octobre 1790 et 24 mai 1872 (art. 9) l'annulation soit de la délibération susmentionnée, soit de la décision par laquelle le ministre de l'instruction publique a rejeté la réclamation qu'elle avait formulée contre cette délibération du Conseil de l'Université.

Ainsi donc, il semble résulter de l'arrêt ci-dessus que dans le cas où la délibération du Conseil de l'Université serait entachée d'excès de pouvoir, le Conseil d'Etat annulerait la décision ministérielle. Mais, dans l'espèce, le grief n'était-il pas suffisamment articulé par le fait même qu'il est mentionné dans la requête que le Conseil de l'Université accorde un traitement privilégié, au point de vue de l'autorisation des cours libres, aux docteurs en médecine, et cela à l'exclusion des doctoresses?

Quoi qu'il en soit, la requête n'a pas été rejetée comme non recevable, et, ce point acquis, les partisans de l'admission des femmes à l'enseignement libre dans les Facultés de médecine françaises auront désormais, pour faire décider s'il doit en être ainsi malgré l'avis contraire du Conseil de l'Université et du ministre et à défaut d'une loi spéciale, à articuler un grief *spécial* visant un excès de pouvoir.

Congrès international d'hygiène et de démographie en 1900.

Le dixième Congrès international d'hygiène et de démographie se tiendra à Paris du 10 au 17 août 1900.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899).

THÈSES DE PARIS

Aubert (F.). De la non-ligature du bout placentaire du premier cordon dans la grossesse gémellaire.

Bertherand (L.). Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire des jeunes enfants.

Bidault (A.). Etude sur la galactorrhée.

Bougrier (L.). Etude chimique, physiologique et clinique sur l'héroïne (éther diacétique de la morphine).

Boutes (L.). Du traitement de l'appendicite.

Bréard (J.). Contribution à l'étude du myxœdème spontané et de son traitement.

Cailleux (A.). Recherches sur le traitement des métrites par le protargol.

Calandraud (P.). Des troubles nerveux dus à l'usage prolongé du chloral et en particulier du delirium tremens chloralique.

Chevron (J.). De l'asphyxie locale et de la gangrène des extrémités dans les maladies infectieuses.

Clermont (G.). Thrombose de la veine centrale de la rétine.

Collard (L.). Essai sur l'aortite pneumonique.

Costes (Th.). Tuberculose et contagion dans la classe ouvrière; étude statistique, étiologique et prophylactique.

Daum (I.). Traitement abortif de la blennorrhagie chez l'homme; étude critique.

Dayez (G.). Contribution à l'étude de la scoliose et de son traitement.

Dropet (E.). De la nirvanine et de son emploi comme anesthésique local en chirurgie et en art dentaire.

Gilbert (P.). Disjonction épiphysaire des nouveau-nés syphilitiques; pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés (maladie de Parrot).

Hanot (R.). La tuberculose à la Maison de Nanterre; étiologie et prophylaxie.

Jannot (L.). De l'hémi-hyperesthésie neuromusculaire dans la tuberculose pulmonaire (syndrome de Weill).

Lafforgue (P.). Calculs vésicaux chez la femme; contribution à l'étude de leur traitement.

Lafond (A.-J.). Le terpinol naturel en thérapeutique et en particulier dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Laurens (P.). De l'eau oxygénée en chirurgie et en obstétrique.

Loiseau (F.). Fistules éloignées d'origine appendiculaire.

Marmasse (L.). Les varices gastro-œsophagiennes dans la cirrhose hépatique.

Mekhdjian (P.). Contribution à l'étude de la maladie de Ménière.

Mézangeau (H.). Contribution à l'étude des hernies de l'appendice iléo-cæcal.

Naulleau (H.). Ligamentopexie (procédé de C. Beck).

Noël (L.). Essai sur la saccharine considérée comme antiseptique et antifermentescible; son emploi dans les affections des organes urinaires contre la fermentation ammoniacale de l'urée.

Petitjean (M.). De la hernie inguinale étranglée chez l'enfant dans les deux premières années de sa vie.

Poinot (E.). Des complications articulaires dans les angines non diphtériques.

Sauvain (J.-B.). Contribution à l'étude des indications de la néphrectomie dans les traumatismes du rein.

Sicard (A.). Les injections sous-arachnoïdiennes et le liquide céphalo-rachidien; recherches expérimentales et cliniques.

Vaslet de Fontaubert (P.). Importance de l'enseignement et de l'étude de la psychiatrie pour le praticien et pour l'expert.

Véron (F.). Du traitement chirurgical et en particulier de la cure sanglante des hémorrhoïdes (procédé de Whitehead).

THÈSES DE GENÈVE

Barbero (E.). Action de quelques médicaments sur la toux.

Bastian (J.). Etude expérimentale sur quelques types de fractures astragaliennes.

Bogouslavsky (St.). De l'influence de quelques médicaments diurétiques sur l'état anatomique du rein.

Czyzovska (Eugénie). Contribution à l'étude des nouveaux traitements de la tuberculose.

Georgiev (D.). Contribution à l'étude des rapports pathologiques entre l'utérus et l'œil.

Goutovitch (St.). Contribution à l'étude de la bronchopneumonie consécutive aux entérites infantiles.

Joudelovitch (Lina). Etude sur l'emploi de l'agar-agar pour les analyses bactériologiques quantitatives de l'eau.

Junod (E.). Du traitement des pleurésies purulentes au moyen du siphon de Revilliod.

Krestev (St.). Contribution à l'étude de la sécrétion du suc pylorique.

Lebedev (Marie). Etude pharmacodynamique sur l'héroïne.

Machard (A.). Extirpation du cæcum; contribution à l'étude du traitement opératoire des affections du cæcum.

Pirojkov (Olga). Contribution à l'étude de la luxation congénitale de la hanche et du traitement par la méthode de Paci.

Pupo (C.). Recherches expérimentales sur la digestion artificielle de l'albumine.

Samuel née **Monblat** (Théophilia). Action du suc gastrique sur quelques poisons cardiaques du groupe de la digitaline.

Schalit (M.). L'électrolyse bipolaire dans le traitement de la conjonctivite granuleuse.

Schapiro (A.). Contribution à l'étude de la fièvre des foins.

Séchehaye (A.). Etude sur la localisation des corps étrangers au moyen des rayons de Röntgen, contenant l'exposé d'une méthode nouvelle.

Sieckovska (Hélène). Un cas de névrite traumatique chez un hémophilique.

Sikorska (Hélène). Etude pharmacodynamique des principales préparations de valériane.

Suszcynska (Stéphanie). Du caractère périodique et constitutionnel des états maniaques.

Tochev (N.). De l'influence des préparations de cascara sagrada sur le péristaltisme intestinal (étude expérimentale). — Documents pour servir à l'étude expérimentale des effets des préparations organiques du poumon sur la tuberculose provoquée des rongeurs.

Todorov (S.). Quelques médicaments employés contre la toux (étude expérimentale).

Yakchitch (Angélia). Les fibromes utérins et la grossesse (étude clinique).

THÈSES DE LAUSANNE

Aboviantz (A.). La lutte contre la variole par la vaccination et l'Institut vaccinogène suisse à Lausanne.

Albrecht (P. A.). Ueber arterio-mesenterialen Darmverschluss an der Duodeno-Jejunalgrenze und seine ursächliche Beziehung zur Magenerweiterung.

Bolag (R.). Recherches sur les glandes de la vésicule biliaire à l'état normal et à l'état pathologique.

Bourquin (E.). Contribution à l'étude clinique de l'estomac biloculaire et de la sténose médiogastrique.

Eberhardt (W.). La paralysie du moteur oculaire externe.

Fédoulov (A.). Recherches sur l'éclairage naturel dans les écoles de Lausanne.

Guédroytz de Beloserov (princesse). Excision de la vésicule séminale et du canal déférent en totalité en cas de castration pour tuberculose primaire.

Hertig (G.). Des kystes multiples du foie.

Hoffmann (I.). Essai sur les fractures du larynx.

Khmelevsky (A. de). Contribution à l'étude comparative du tannin et du nitrate d'argent dans le traitement de la conjonctivite blennorrhagique des nouveau-nés.

Ludkevitch (A.). L'articulation de l'épaule; étude d'arthrologie comparée.

Paravicini (F.). Einige Fälle von Stieldrehung bei Ovarialcysten. — Quelques cas de torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire.

Plattner (P.). Contribution à l'étude de la variabilité du suc gastrique et résultats immédiats de la gastro-entérostomie.

Schinz (H.). Des causes pathologiques de la responsabilité limitée et du traitement des états qui y conduisent.

Spiro (I.). Etude sur les altérations des follicules lymphatiques de l'intestin au cours de la diphtérie et d'autres affections.

Steinlin (M.). Ueber den Einfluss des Schilddrüsenverlustes auf die Heilung von Knochenbrüchen. — Influence de l'absence du corps thyroïde sur la consolidation des fractures.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

François-Franck (Ch.-A.). Trajet cervical et crânien des filets sensibles du cordon cervical du sympathique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

London (E.-S.). Notes histologiques. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VII, 3.)

Mies (J.). Ueber die Masse, den Rauminhalt und die Dichte des Menschen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 1.) — La surface, la capacité et la densité du corps humain.

Morpurgo (B.). Die vita propria der Zellen des Periosts. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 1.)

Pappenheim. Vergleichende Untersuchungen über die elementare Zusammensetzung des rothen Knochenmarkes einiger Säugethiere; nebst Bemerkungen zur Frage des gegenseitigen Verhältnisses der verschiedenen Leukocyten-Formen zu einander. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 1.) — Recherches comparées sur la structure élémentaire de la moelle osseuse rouge de certains mammifères et sur les rapports réciproques des diverses formes de leucocytes.

Siemerling (F.). Ueber Technik und Härtung grosser Hirnschnitte. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 août.) — Préparation pour l'examen microscopique et durcissement des coupes étendues de substance cérébrale.

PHYSIOLOGIE

Bréaudat (L.). Sur la constitution chimique des ferments solubles oxydants. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Chauveau (A.). L'occlusion des orifices cardiaques, en particulier celle des orifices auriculo-ventriculaires inscrite à l'aide d'appareils transmetteurs et récepteurs à air; rapports du relèvement et de la tension des valvules mitrale et tricuspide avec les autres phénomènes intérieurs ou extérieurs du mécanisme cardiaque. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Drago (S.). Nuovo metodo per valutare l'isotonia dei corpuscoli rossi dell'uomo e di altri mammiferi in condizioni fisiologiche. (*Riforma med.*, 27, 28 et 29 juillet.)

Hugounenq (L.). Recherches sur la composition minérale de l'organisme chez le fœtus humain et l'enfant nouveau-né; l'ensemble du squelette; le fer et le dosage du fer. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Jacoby (M.). Ueber die Oxydationsfermente der Leber. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 2.) — Des oxydases du foie.

Jellinek (S.) et **Schiffer** (F.). Ueber einige Vergleichsuntersuchungen des specifischen Gewichtes, des Trockenrückstandes und des Eisengehaltes im Blute. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 août.) — Recherches comparées sur le poids spécifique, le résidu sec et la teneur en fer du sang.

Lewandowsky (M.). Zur Frage der inneren Secretion von Nebenniere und Niere. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVII, 5-6.) — De la fonction

sécrétoire interne de la capsule surrénale et du rein.

Mariani (F.). Alcune considerazioni sulla teoria cardiaca del Baccelli. (*Policlinico*, 1er août.)

Martin (E.). Recherches sur les causes de la rigidité cadavérique. (*Province méd.*, 12 août.)

Nemser (M.-H.). Sur la question de savoir comment les nucléines se comportent dans l'inanition. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VII, 3.)

Oswald (A.). Ueber die Function der Schilddrüse. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 août.) — De la fonction physiologique du corps thyroïde.

Panzer (Th.). Zur Kenntnis der Cerebrospinalflüssigkeit. (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 août.) — Recherches sur le liquide cérébro-spinal.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Borrmann (R.). Zum Wachsthum und zur Nomenclatur der Blutgefässgeschwülste. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 2.) — Du développement des tumeurs vasculaires et de leur nomenclature.

Browicz (T.). Krystallisierbarkeit des Hyalins in der Sarcomzelle. (*Bull. de l'Acad. des sciences de Cracovie*, juin.)

Busse (O.). Ueber Bau, Entwickelung und Eintheilung der Nierengeschwülste. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 2.) — Structure, développement et classification des tumeurs du rein.

Campbell (A.). Colitis or dysentery : an etiological and anatomical study. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.)

Faber (K.) et **Bloch** (C. E.). De patologiske forandringer i fordöjelseskanalen ved den perniciöse anämi og den saakaldte tarmatrofi. (*Nord. med. Arkiv*, XXXII, 4.) — Les lésions anatomo-pathologiques du canal digestif dans l'anémie pernicieuse et l'atrophie intestinale.

Fletcher (H.). Tuberculous cavities in the liver. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.) — Cavernes tuberculeuses dans le foie.

Grawitz (E.). Ueber körnige Degeneration der rothen Blutzellen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 sept.) — De la dégénérescence granuleuse des hématies.

Hoche (Cl.-L.). Histogenèse du nodule actinomycosique et propagation des lésions. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept.)

Linser (P.). Ueber einen Fall von congenitalem Lungen-Adenom. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 2.) — Adénome congénital du poumon.

Olmer (D.). Note sur l'état des cellules nerveuses de la moelle et du cerveau dans un cas de convulsions de cause infectieuse chez un enfant. (*Rev. de méd.*, août.)

Ribbert (H.). Ueber Umbildungen an Zellen und Geweben. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 1.) — Des transformations [pathologiques] des cellules et des tissus.

Rosin (H.). Normaler Bau und pathologische Veränderungen der Nervenzelle. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 août.) — Structure normale et altérations pathologiques de la cellule nerveuse.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Alessandri (R.). Sur la structure et la fonction du rein à la suite de l'occlusion de l'artère et de la veine émulgentes. (*Rev de chir.*, août et sept.)

Cafiero (C.). Ricerche sperimentali sull'azione protettrice del polmone. (*Gazz. degli Osped.*, 13 août.)

Cobbett (L.). The nature of the action of antitoxins. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.)

Distefano (N.). Le modificazioni anatomiche del rene nell'idronefrosi sperimentale; contributo allo studio dell'idronefrosi mediante la legatura dell'uretere. (*Policlinico*, 15 août.)

Dungern (von). Specifisches Immunserum gegen Epithel. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 sept.)

Hering (H.). Ueber Grosshirnrindenreizung nach Durchschneidung der Pyramiden oder anderer Theile des centralen Nervensystems mit besonderer Berücksichtigung der Rindenepilepsie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 août.) — Les effets de l'excitation de l'écorce cérébrale après section des pyramides ou d'autres parties du système nerveux central, considérés surtout au point de vue de l'épilepsie corticale.

Herringham (W.). An account of some experiments upon the toxicity of normal urine. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.)

Hugounenq (L.) et **Doyon** (M.). Recherches sur la désintégration du tissu hépatique dans le foie séparé de l'organisme. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Lack (H.). A preliminary note on the experimental production of cancer. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.)

Leonardi (E.). Ricerche sulla funzione glicogenica del fegato in rapporto con l'ossigenazione del sangue. (*Gazz. degli Osped.*, 10 sept.)

Lépine (R.) et **Lyonnet** (B.). Etude anatomique des lésions pulmonaires observées chez le chien à la suite d'injections intra-trachéales de bacille typhique. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept.)

Marcano (G.). De quelques causes qui font varier le nombre et les dimensions des globules rouges du sang (repas; injections intraveineuses de bouillon; injections hypodermiques et intraveineuses de sérum artificiel). (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Neuschüler. Su di un riflesso persistente dopo la sezione completa del trigemino. (*Supplem. al Policlinico*, 12 août.)

Portioli (A.). Sulle alterazioni del sistema nervoso centrale negli avvelenamenti per bromuro, caffeina, picrotossina, urea e cloruro di potassio. (*Morgagni*, oct.)

Ransom (F.). The conditions which influence the duration of passive immunity. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.)

Weil (R.). Ueber den Einfluss localer Blutentziehungen auf Entzündungen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVII, 5-6.) — De l'influence exercée par les émissions sanguines locales sur les inflammations.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Arcangeli (U.). La genesi della cianosi nei vizi congeniti di cuore e nelle altre malattie cardio-polmonari. (*Bull. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XIX, 1.)

Badt. Ueber Harnsäureausscheidung im Urin während des acuten Gichtanfalls. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVII, 5-6.) — De l'élimination de l'acide urique par les urines pendant l'accès aigu de goutte.

Cobbett (L.). The origin of antitoxin : is it present in the blood of some normal animals? (*Lancet*, 5 août.) — L'origine des antitoxines; ces substances se trouvent-elles dans le sang de certains animaux sains?

Deganello (U.). Il ricambio materiale dell'azoto e la digestione gastrica nelle persone operate di gastro-enterostomia. (*Riforma med.*, 18, 19 et 21 sept.)

Hamburger (H.). Ueber den Einfluss von venöser Stauung und Kohlensäure auf die Phagocytose. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVI, 2.) — De l'influence exercée par la stase veineuse et par l'acide carbonique sur la phagocytose.

Lemaire (A.). Du rôle protecteur du foie contre la généralisation colibacillaire. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept.)

Marchetti (G.). Sulla percentuale di azoto dell'albumina orinaria. (*Settimana medica*, 5 août.)

Mariottini (A.). Sulla leucocitosi difterica. (*Pediatria*, août.)

Panzer (Th.). Chemische Untersuchung einer Hydramniosflüssigkeit. (*Wien. klin. Wochensch.*, 20 juillet.) — Recherches chimiques sur le liquide provenant d'un hydramnios.

Pel (A.). Recherches uro-séméiologiques sur la pression osmotique des humeurs de l'organisme dans ses rapports avec la production et la disparition des maladies (en russe). (*Vratch*, 14 et 21 août.)

Pfeiffer (Th.) et **Scholz** (W.). Ueber den Stoffwechsel bei Paralysis agitans und im Senium überhaupt, mit Berücksichtigung des Einflusses von Schilddrüsentabletten. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIII, 3-4.) — Recherches sur les échanges intra-organiques dans la paralysie agitante et chez le vieillard en général, ainsi que sur les effets de la médication thyroïdienne.

Raymond (P.). Morbidité en France; influences de race et de milieu. (*Rev. de méd.*, sept.)

Viquerat. Contribution à l'étude de la tuberculose. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, sept.)

MÉDECINE

Albu (A.) et **Koch** (M.). Klinisches und Anatomisches zur Lehre vom Magensaftfluss. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 1.) — Recherches cliniques et anatomiques sur la gastrosucorrhée.

Bär (A.). Welche Bedeutung besitzt die Gelbfärbung des Mageninhaltes durch Kalilauge? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 août.) — Signification de la coloration jaune du contenu stomacal sous l'influence de la solution de potasse caustique.

Basch (S.). Welche klinische Bedeutung besitzt die Schmidt'sche Gährungsprobe der Fäces? (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVII, 5-6.) — Sur la valeur clinique de l'épreuve de la fermentation des matières fécales d'après la méthode de Schmidt.

Bériel (L.). Estomac biloculaire; ouverture d'un gros vaisseau par récidive d'ulcère; gastrorrhagie traduite seulement par l'expulsion dans les selles de sang « en caillot ». (*Lyon méd.*, 24 sept.)

Blumenthal (F.). Ueber die Reactionen auf Pentosen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVII, 5-6.)

Bourgealov (T.). Deux cas d'émission de sperme sanglant (en russe). (*Bolnitchn. Gaz. Botkina*, 8 sept.)

Byers (J.). Cases of amenorrhœa associated with Raynaud's disease and pulmonary tuberculosis. (*Lancet*, 26 août.)

Chapman (Ch.). The early diagnosis of myxœdema. (*Lancet*, 30 sept.)

Cherchevsky (M.). Notes sur les affections du pancréas (en russe). (*Vratch*, 18 sept.)

Cipollina (A.) et **Maragliano** (D.). Del valore diagnostico del segno di Kernig. (*Gazz. degli Osped.*, 13 août.)

Da Costa (J.). Cases of typhoid cholecystitis ending in recovery. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.) — Trois cas de cholécystite d'origine typhoïdique; guérison.

Descos (A.) et **Bériel** (L.). Sur un cas de cancer du duodénum à forme périvatérienne propagé aux voies biliaires et à la tête du pancréas sans ictère progressif. (*Rev. de méd.*, août.)

Einhorn (M.). The early recognition and management of malignant disease of the digestive system. (*New York Med. Journ.*, 29 juillet.) — Du diagnostic précoce et du traitement des affections malignes du tube digestif.

Etienne (G.) et **Jirov.** Deux cas de pleurésie purulente à microbes fluorescents. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Ferrannini (L.). Ueber dreischlägigen Rhythmus bei Mitralstenose, bedingt durch Hinzutreten eines 2. diastolischen Tons an der zweizipfligen Klappe. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 12 août.) — Du rythme à trois temps des bruits du cœur dans le rétrécissement mitral, par suite de l'adjonction d'un second claquement diastolique au niveau de la mitrale.

Fürbringer (P.). Zur Punctionstherapie der serösen Pleuritis. (*Therapie der Gegenwart*, août.)

Gallavardin (L.). Sur quelques accidents périphériques au cours du rétrécissement mitral : un cas de gangrène des membres inférieurs; deux cas de thrombose des veines jugulaires. (*Province méd.*, 2 sept.)

Hellendall (H.). Ein Beitrag zur Diagnostik der Lungengeschwülste. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVII, 5-6.) — Le diagnostic des tumeurs du poumon.

Herrick (J.). Concerning Kernig's sign in meningitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juillet.)

Herzog (L.). Zur Diagnose der Urämie und über Albuminurie bei Diabetes mellitus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 et 10 août.)

Hoke (E.). Ein Fall von Lebercirrhose mit schwerer Anaemie. (*Prag. med. Wochensch.*, 31 août et 7 sept.) — Un cas de cirrhose du foie avec anémie grave.

Huismans (L.). Meningitis basilaris traumatica. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 août.)

Iskersky (K.). L'étiologie et la prophylaxie du scorbut (en russe). (*Bolnitchn. Gaz. Botkina*, 4, 11, 18 et 25 août et 1er sept.)

Josserand (E.) et **Bonnet**. De la myocardite au cours de l'endocardite infectieuse; un cas d'endo-myocardite infectieuse avec dégénérescence graisseuse vraie du myocarde, bacille très analogue au Friedländer dans le sang recueilli avant la mort. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept.)

Kirch (R.). Ein Fall von acuter Magendilatation mit tödtlichem Ausgang. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 août.) — Dilatation aiguë de l'estomac; mort.

Kraus (C.). Zur Pathogenese der paroxysmalen Tachycardie. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, août.)

Lackey (W.). Akromegaly; with report of a case presenting some unusual features; height of patient, 8 feet and 6 inches. (*Philadelphia Med. Journ.*, 22 juillet.)

Lvov (M.). Un cas de sarcome primitif du poumon (en russe). (*Bolnitchn. Gaz. Botkina*, 4 août.)

Mircoli (S.). L'apiressia tubercolare e la febbre tubercolare latente. (*Gazz. degli Osped.*, 24 sept.)

Myrdacz (P.). Handbuch für k. u. k. Militärärzte. 3e éd. In-8o, 1134 p. Vienne. — Manuel de médecine militaire.

Schütz (R.). Ueber Verstopfung und Durchfall. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 juin et 10 juillet.) — Constipation et diarrhée.

Sergent (E.) et **Bernard** (L.). Sur un syndrome clinique non addisonien, à évolution aiguë, lié à l'insuffisance capsulaire. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.)

Siringo (G.). Su di un nuovo reattivo dell'acido cloridrico «la nitroidrossilammina» e suo valore nell'esame del contenuto gastrico; nota preliminare. (*Riforma med.*, 4 juillet.)

Smith (F. J.). Introduction to the outlines of the principles of differential diagnosis with clinical memoranda. In-8o, 353 p. Londres.

Tripier (R.) et **Paviot** (J.). Pathogénie péritonitique de la crise appendiculaire. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.)

Troller (J.). Zur Pepsinfrage bei Achylia gastrica. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, V, 2.)

Villani (G.). Il raddoppiamento del secondo tono nella stenosi mitralica. (*Policlinico*, 1er mai et 1er juillet.)

Vitali (F.). Ancora sulla patogenesi e significato semeiologico dell'urobilinuria; nuove ricerche cliniche e sperimentali. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, oct.)

Vollbracht (F.). Ein Fall von Morbus Addisonii nach vorausgegangener Purpura hæmorrhagica; mit einer Stoffwechseluntersuchung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 juillet.) — Maladie d'Addison précédée de purpura hémorrhagique; recherches sur les échanges intra-organiques.

Westphal, Wassermann et **Malkoff**. Ueber den infectiösen Charakter und den Zusammenhang von acutem Gelenkrheumatismus und Chorea. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 juillet.) — Du caractère infectieux et des rapports du rhumatisme articulaire aigu avec la chorée.

Yeo (I. B.). On cardiac strain in adolescence and in middle age. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.)

Ziemssen (H. von) et **Bauer** (J.). Arbeiten aus dem medicinisch-klinischen Institute der Ludwig-Maximilians-Universität zu München. T. IV. In-8o, 648 p. avec fig. Leipzig.

MALADIES INFECTIEUSES

Affleck (J.) et **Welsh** (D.). Observations on a case of intermittent fever. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.)

Arnaud (F.). La rate varioleuse. (*Marseille méd.*, 15 mai, 1er juin, 15 juillet, 1er et 15 août.)

Audard (E.). Un cas d'orchi-épididymite typhoïdique. (*Arch. gén. de méd.*, août.)

Courmont (P.) et **Cade**. Transmission de la substance agglutinante du bacille d'Eberth par l'allaitement. (*Lyon méd.*, 3 sept.)

Graziani (G.). Prognosi della rabbia complicata con albuminuria. (*Gazz. degli Osped.*, 27 août.)

Gries. Relation d'une recrudescence endémo-épidémique de fièvre jaune observée à la Martinique dans le cours des années 1895-1898. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Justi. Ueber den äusseren Milzbrand des Menschen. (*Mitteil. aus den Hamburg. Staatskrankenanstalten*, II, 2.) — Sur la pustule maligne.

Kraus (H.). Perichondritis laryngea bei Scharlach. (*Prag. med. Wochensch.*, 20 et 27 juillet.) — Périchondrite du larynx au cours de la scarlatine.

Krokiewicz. Der dritte Fall von Tetanus traumaticus, der durch Injectionen von Gehirnemulsion geheilt wurde. (*Wien. klin. Wochensch.*, 13 juillet.) — Un troisième cas de tétanos traumatique, guéri par l'injection d'émulsion cérébrale.

Marchoux. Diagnostic bactériologique de la fièvre typhoïde dans les pays chauds. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Pane (N.). Sulla presenza dello pneumococco nel sangue. (*Riforma med.*, 7 et 8 août.)

Thiroux. Rapport sur la sérothérapie de la peste bubonique. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

Thoulon. Peste bubonique observée à Ping-Shiang (avril-mai-juin 1898). (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, juillet-août-sept.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Agostini (C.). Il peso specifico della sostanza bianca e della grigia nelle varie regioni del cervello degli alienati. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXV, 2.)

Anglade (D.). Sur les névrites périphériques des aliénés. (*Ann. médico-psychol.*, sept.-oct.)

Bary (A.). Ueber die Frage der Kreuzung der Facialiswurzeln. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er sept.) — Recherches sur l'entre-croisement des racines du facial.

Bechterev (W. von). Neue Beobachtungen und pathologisch-anatomische Untersuchungen über Steifigkeit der Wirbelsäule. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 1-2.) — Nouvelles observations et recherches anatomo-pathologiques sur la rigidité de la colonne vertébrale.

Berger (H.). Ein Beitrag zur Localisation in der Capsula interna. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, août.)

Bernhardt (M.). Weiterer Beitrag zur Lehre von den sogenannten angeborenen und den in früher Kindheit erworbenen Facialislähmungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 31 juillet.) — De la paralysie faciale dite congénitale et de la paralysie faciale acquise pendant la première enfance.

Bonfigli (R.). Sulla eliminazione del bleu di metilene nell'epilessia, nell'isterismo ed in alcune forme mentali. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXV, 2.)

Bregman (L.). Ueber den « automatisme ambulatoire » (« fugues », « Dromomania »). (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er sept.)

Bruns (L.). Ueber einen Fall von diffuser Sklerodermie der Beine mit scharfer spinal-segmentärer Abgrenzung nach oben. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 juillet.) — Sclérodermie diffuse des membres inférieurs avec limite supérieure correspondant nettement à un segment de la moelle.

Ceni (C.). Le cosi dette degenerazioni retrograde del midollo spinale in rapporto al ristabilirsi funzionale nel dominio dei nervi lesi. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXV, 2.)

Christian (J.). De la démence précoce des jeunes gens; contribution à l'étude de l'hébéphrénie. (*Ann. médico-psychol.*, janv.-fév., mars-avril, mai-juin, juillet-août et sept.-oct.)

De Buck (D.). Les parakinésies. (*Journ. de neurol.*, 20 sept.)

Féré (Ch.). La faim-valle épileptique. (*Rev. de méd.*, juillet.)

Finzi (J.) et **Vedrani** (A.). Contributo clinico alla dottrina della demenza precoce. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXV, 1 et 2.)

Giannelli (A.). Sulla eredità di alcuni fenomeni onirici. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXV, 2.)

Giuffrida-Ruggeri (V.). Asimmetrie endocraniche e altre particolarità morfologiche nella base del cranio. (*Riv. sperim di freniatr. e di med. leg.*, XXV, 2.)

Glorieux. Formes frustes de sclérose en plaques à début mono ou hémiplégique avec amyotrophie. (*Journ. de neurol.*, 5 sept.)

Holmström (J.). Ett fall af migrän, kompliceradt med glaukom, jämte naagra bemärkningar till läran om glaukom. (*Nord. med. Arkiv*, XXXII, 4.) — Un cas de migraine compliqué de glaucome.

Jones (R. L.) et **Clinch** (T.). Epilepsy of cardio-vascular origin. (*Lancet*, 16 sept.)

Klein (F.). Casuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Dementia paralytica und Pseudoparalysis luetica (Fournier). (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, juin, juillet et août.)

König (W.). Ueber « springende Pupillen » in einem Falle von cerebraler Kinderlähmung, nebst einigen Bemerkungen über die prognostische Bedeutung der « springenden Pupillen » bei normaler Lichtreaction. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 1-2.) — Des pupilles « sautillantes » dans un cas de paralysie infantile cérébrale et de leur valeur pronostique dans les cas de réaction normale à l'égard de la lumière.

Köppe (H.). Zur Casuistik der secundären Sinnesempfindungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 août.) — Observations relatives aux impressions sensorielles secondaires.

Kral (H.). Ein Fall von Idiotie mit mongoloidem Typus und Schilddrüsenmangel. (*Prag. med. Wochensch.*, 10 août.) — Idiotie à type mongoloïde et absence du corps thyroïde.

Lannois (M.) et **Mayet** (L.). Albuminurie post-paroxystique dans l'épilepsie convulsive. (*Lyon méd.*, 9 et 16 juillet.)

Magnus (V.). Et tilfælde af poliencephalitis superior acuta. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, août.)

Marimò (F.). Contributo al valore semiologico della pupilla. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXV, 2.)

Nawratzki (E.) et **Arndt** (M.). Ueber Druckschwankungen in der Schädel-Rückgratshöhle bei Krampfanfällen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 juillet.) — Des oscillations de la pression intracérébrale et intrarachidienne au cours des accès convulsifs.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Almkvist (J.). Ein durch Gonococcen verursachter Fall von Phlegmone. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, XLIX, 2-3.) — Un cas de phlegmon d'origine blennorrhagique.

Bonne (G.). Ueber das Eccema seborrhoicum Unna als Familienkrankheit. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 août.) — L'eczéma séborrhéique d'Unna comme maladie familiale.

Bukovsky (J.). Ein Beitrag zur Therapie des Lupus erythematosus. (*Wien. med. Wochensch.*, 29 juillet et 5 août.)

Càllari (I.). La sieroterapia artificiale nelle dermatosi tossiche. (*Riforma med.*, 14, 16, 17, 18, 19, 21 et 22 août.)

Given (J.). Clinical and microscopical varieties of ringworm. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, sept.) — Sur la pelade.

Griwzow (G.). Beitrag zur Casuistik der aussergewöhnlichen Localisationen der allgemeinen Syphilis; zwei Fälle von syphilitischer Cystitis. (*Monatsb. über die Krankh. des Harn-und Sexual-Apparates*, IV, 8.)

Hartzell (M.). Epithelioma as a sequel of psoriasis and the probability of its arsenical origin. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Hutchinson (J.). Diseases of the nails, with special reference to their significance as symptoms. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, août.) — Les affections des ongles considérées au point de vue séméiologique.

Lissauer (W.). Ueber das Verhältniss von Leukoplakia oris und Psoriasis vulgaris. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 août.) — Des rapports existant entre la leucoplasie buccale et le psoriasis vulgaire.

Scott (L.). Skin eruptions occurring during the course of nephritis, with report of five cases. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, juillet.) — 5 cas d'éruptions cutanées au cours de la néphrite.

Tinozzi (S.). Un caso di porpora emorragica da sublimato in siflitico con cardiopatia. (*Arte medica*, I, 37.)

Welander (E.). Einige Worte über die Behandlung mit Quecksilbersäckchen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, XLIX, 1.) — A propos du traitement de la syphilis par le port de petits sacs remplis de pommade mercurielle.

CHIRURGIE

Bidwell (L.). Operations in gastric ulcer. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Bier (A.). Ueber die nach und während der von Esmarch'schen künstlichen Blutleere eintretenden Gefässveränderungen und ihre physiologische Erklärung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 août.) — Les altérations vasculaires survenant au cours et après l'ischémie artificielle par le procédé d'Esmarch et leur explication physiologique.

Bolton (P.). The principles of the treatment of injuries of the spinal cord. (*Ann. of Surgery*, août.)

Bugge (J.). Periostitis gummosa cranii. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, sept.)

Byford (H.). The intestinal treatment of tuberculous peritonitis. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Caddy (A.). Chondrocarcinoma of the testicle. (*Ann. of Surgery*, août.)

Dalla Rosa (C.). Contributo alla conoscenza ed alla cura degli aneurismi del capo. (*Gazz. degli Osped.*, 27 août.)

Dembowski (Th. von). Zur Amputation des Mastdarmvorfalls. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 30 sept.) — Amputation du prolapsus du rectum.

Faure (J.-L.). De la ligature élastique temporaire de l'aorte abdominale comme moyen d'hémostase provisoire au cours de certaines opérations. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, juillet-août.)

Féré (Ch.). Note sur la rétraction de l'aponévrose plantaire. (*Rev. de chir.*, sept.)

Fitz (R.). The relation of idiopathic dilatation of the colon to phantom tumor, and the appropriate treatment of suitable cases of these affections by resection of the sigmoid flexure. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, août.)

Fontan (J.). Migrations abdominales des abcès du foie; leur traitement chirurgical. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, juillet-août.)

Friedrich (P.). Krankengeschichten und Heilausgänge nach Resection und Exstirpation des Ganglion Gasseri; Neuralgie-Recidiv nach Ganglion-Exstirpation. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LII, 3-4.) — Résultats de la résection du ganglion de Gasser; récidive après l'extirpation de ce ganglion.

Gambardella (A.). Sulla sutura dello scroto nell'idrocele della vaginale del testicolo. (*Gazz. degli Osped.*, 10 sept.)

Gangolphe. Déformation singulière du poignet inexactement dénommée subluxation spontanée. (*Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, janv.-fév.)

Giertsen (E.). Skulderleddets massage. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, sept.) — Le massage dans les traumatismes de l'épaule.

Gottstein (G.) et **Blumberg**. In wieweit können wir unsere Hände sterilisiren? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 août.) — Sur la stérilisation des mains en chirurgie.

Gross. Erfahrungen über Pleura- und Lungenchirurgie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 1 et 2.) — De la chirurgie du poumon et de la plèvre.

Hahn (F.). Zwei Fälle von Verletzungen des Magendarmtractus. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 août.) — Deux cas de blessures du tube gastro-intestinal.

Hasebroek (K.). Zur Nachbehandlung der Verstauchungen von Hand-, Knie- und Fussgelenk. (*Münch. med. Wochensch.*, 25 juillet.) — Du traitement des entorses de la main, du genou et du pied.

Hawkes (F.). Inflammation of the bursa gastrocnemio- semimembranosa, with a report of 4 cases of enlargement and distention of this bursa treated by excision. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Hiller. Ueber Darmlipome. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 2.) — Des lipomes de l'intestin.

Hoffa (A.). Die moderne Behandlung des Klumpfusses. In-8°, 21 p. avec fig. Munich. — Le traitement moderne du pied bot.

Hofmann (C.). Ueber das Sackdivertikel des Oesophagus und seine chirurgische Radicalbehandlung mit vorausgeschickter Gastrostomose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 août.) — Cure radicale du diverticule sacciforme de l'œsophage avec gastrostomose préalable.

Horrocks (W.). Gastroplication for dilated stomach. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Jaboulay. Le traitement de quelques troubles trophiques du pied et de la jambe par la dénudation de l'artère fémorale et la distension des nerfs vasculaires. (*Lyon méd.*, 6 août.)

Jacobs (C.). L'électro-hémostase. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, juillet-août.)

Kadian (A.). Traitement de la péritonite par perforation dans la fièvre typhoïde (en russe). (*Bolnitchn. Gaz. Botkina*, 8 et 15 sept.)

Karewski (F.). Ueber primären retroperitonealen Bauch-Echinococcus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 août.) — Kyste hydatique de l'abdomen, rétro-péritonéal et primitif.

Keen (W.). Report of a case of resection of the liver for the removal of a neoplasm, with a table of seventy-six cases of resection of the liver for hepatic tumors. (*Ann. of Surgery*, sept.) — 76 cas de résection du foie pour tumeurs.

King (A.). Anterior dislocation of the carpal scaphoid bone; congenital malformation of the clavicle. (*Ann. of Surgery*, août.)

Koch (W.). Die Entwicklungsgeschichte der Dickdarmbrüche, im Besonderen der Brüche des Blinddarmes und des aufsteigenden Dickdarmes. Ein Versuch über Wesen und Ursache der Eingeweidebrüche überhaupt. In-8°, 99 p. Leipzig. — Les hernies de l'intestin.

Kocher (Th.). Totalexcision des Magens mit Darmresection combinirt. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 sept.) — Extirpation totale de l'estomac avec résection partielle de l'intestin.

König (F.). Ueber multiple Angiosarkome; ein Beitrag zur Geschwulstlehre. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIX, 3.)

Kossmann (R.). Ein vereinfachter Angiothryptor. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 16 sept.) — Un angiotribe simplifié.

Krabbel. Ueber Milzexstirpation wegen subcutaner Zerreissung des Organes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 sept.) — De la splénectomie pour rupture sous-cutanée de la rate.

Krause (F.). Die operative Behandlung der schweren Occipitalneuralgieen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 2.) — Traitement opératoire des névralgies occipitales graves.

Lane (W. A.). Some points in the mechanics of the skeleton. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept.)

Lauenstein (C.). Der « Ventilverschluss » in den Gallenwegen durch Steine und seine Folgezustände. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 22 juillet.) — L'occlusion « valvulaire » des conduits biliaires produite par des calculs et ses conséquences.

Le Boutillier (W.). Results and methods of treatment of compound fractures at the J. Hood Wright Memorial Hospital. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Le Conte (R.). Interscapulo-thoracic amputation. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Lengnick (H.). Ueber den ätiologischen Zusammenhang zwischen Trauma und der Entwickelung von Geschwülsten. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LII, 3-4.) — Le rôle du traumatisme dans la pathogénie des tumeurs.

Makins (G.). On 2 cases of traumatic rupture of the colon, with some remarks on the cases of rupture of the intestine treated in the wards of St. Thomas's Hospital, London, between the years 1889 and 1898, inclusive. (*Ann. of Surgery*, août.)

Marcussen (E.). Et tilfælde af ulcera ventriculi og sammes følgetilstande, behandlet med gastro-jejunostomi. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, août.)

Maydl. O operativném vylécení rakoviny zaludku na základe 25 prípadu gastrectomie. (*Sborník klinicky*, I, 3.) — Traitement chirurgical du cancer de l'estomac; 25 opérations de gastrectomie.

Mériel. Recherche extemporanée des trous sacrés postérieurs au point de vue chirurgical. (*Rev. de chir.*, août.)

Miller (A.). Further note on muscular atrophy and arterial contraction in connection with tuberculous joint disease. (*Scottish Med. and Surg. Journ.*, sept.)

Minervini (R.). Ueber die bactericide Wirkung der Carbolsäure und ihren Werth als Desinfectionsmittel in der chirurgischen Praxis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 3.) — Action bactéricide de l'acide phénique et valeur de cette substance pour la désinfection dans la pratique chirurgicale.

Morisani (D.). Ueber einen neuen operativen Invaginationsprocess bei geradlinigen Darmanastomosen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 12 août.) — Sur un nouveau procédé d'invagination opératoire dans les anastomoses intestinales rectilignes.

Muscatello (G.). La peritonite gonococcica diffusa. (*Policlinico*, 15 août.)

Nétchayev (A.). Un cas d'abcès sous-diaphragmatique du côté droit (en russe). (*Bolnitchn. Gaz. Botkina*, 11 août.)

Neumann (A.). Ueber die im Krankenhause im Friedrichshain von 1880 bis 1898 beobachteten Pfählungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 août.) — Sur les empalements observés à l'hôpital Friedrichshain de 1880 à 1898.

Ollier. Du traitement des arthralgies anciennes et rebelles par la résection des extrémités articulaires; des circonstances qui légitiment cette intervention. (*Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, janv.-fév.)

Pagenstecher. Durch die Naht geheilte Wunde des linken Ventrikels; ein Beitrag zur Herzchirurgie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 août.) — Plaie du ventricule gauche; suture; guérison.

Quervain (F. de). Zur Verwendung der Tabakbeutelnaht. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 8 juillet.) — De la suture en bourse.

Rasumowsky (W.). Apoplexia pankreatis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIX, 3.)

Reinprecht (L.). Zur operativen Behandlung der diffusen Perforationsperitonitis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 1.)

Reynès (H.) et **Riss**. Deux cas de fractures fermées de la rotule traités par la suture osseuse. (*Marseille méd.*, 15 août.)

Riedel. Ueber die sog. Frühoperation bei Appendicitis purulenta resp. gangraenosa. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 et 21 août.) — De l'opération dite précoce dans l'appendicite purulente ou gangreneuse.

Robson (A. M.). Interscapulo-thoracic amputation. (*Lancet*, 29 juillet.)

Roll (J.). Bidrag til klumpfodens behandling. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, sept.) — Traitement du pied bot.

Rose (W.) et **Carless** (A.). Manual of surgery. 2e éd. In-8°, 1190 p. Londres.

Sapiejko (K.). Contribution à l'étude de la chirurgie pulmonaire avec le diagnostic des adhérences pleurales. (*Rev. de chir.*, juillet.)

Schlatter (C.). Ueber die Verdauung nach einer Dünndarmresection von circa 2 Meter Länge. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte,* 15 juillet.) — De l'état de la digestion après une résection de 2 mètres environ d'intestin grêle.

Schloffer (H.). Ueber Ileus bei Hysterie. (*Beiträge z. klin. Chir.,* XXIV, 2.)

Seggel (R.). Ein Fall von Kieferklemme, bedingt durch interstitielle Myositis des Masseters. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.,* LI, 5-6.) — Trismus dû à une myosite interstitielle du masséter.

Skene (A. J. C.). Electro-hæmostasis in operative surgery. In-8°, 173 p. New-York.

Sokolov (N.). Luxation de l'épaule et syringomyélie (en russe). (*Vratch,* 3 juillet.)

Stein. Erfahrungen über Appendicitis. (*Deutsche med. Wochensch.,* 6 et 13 juillet.)

Tavel. Ueber die schubweise auftretende entzündliche Schwellung bei Lymphangiomen. (*Centr.-Bl. f. Chir.,* 29 juillet.) — Des poussées inflammatoires des lymphangiomes.

Terrier (F.). Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat (service des consultations et service hospitalier) pendant l'année 1898. In-8°, 35 p.

Warthin (A.). The coexistence of carcinoma and tuberculosis of the mammary gland. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.,* juillet.)

Westermark (F.). Bidrag till fraagan om lokalanestesi vid komplicerade bukoperationer. (*Hygiea,* juin.) — De l'anesthésie locale dans les opérations abdominales compliquées.

Wiesner (J.). Ueber Aethylchloridnarkose. (*Wien. med. Wochensch.,* 8 juillet.)

UROLOGIE

Abbe (R.). Observations on the detection of small renal calculi by the Röntgen rays. (*Ann. of Surgery,* août.) — De la découverte des petits calculs rénaux au moyen des rayons de Röntgen.

Barbiani (G.). Il lavaggio della vescica urinaria in rapporto all'assorbimento; nota preventiva. (*Riforma med.,* 11 août.)

Englisch (J.). Ueber Periurethritis. (*Wien. med. Presse,* 14, 21 et 28 mai, 4, 11 et 18 juin, 2, 9, 16, 23 et 30 juillet et 6 août.)

Fenwick (E. H.). Primary malignant disease of the prostate gland : a clinical study of the first 50 cases which have been under the writer's care and observation. (*Edinburgh Med. Journ.,* juillet.)

Galeazzi (R.) et **Grillo** (A.). L'influenza degli anestetici sulla permeabilità renale. (*Policlinico,* 15 sept.)

Harrison (R.). On some structural varieties of the enlarged prostate relative to its treatment. (*Lancet,* 5 août.) — De quelques particularités de structure de la prostate hypertrophiée, considérées au point de vue du traitement.

Herring (H.). An effective treatment of vesical hæmorrhage when caused by papillomatous growths. (*Brit. Med. Journ.,* 29 juillet.) — Injections intravésicales de solution de nitrate d'argent pour des hémorrhagies de la vessie dues à des tumeurs papillomateuses.

Israel (J.). Ueber extraperitoneale Uretero-cystoneostomie nebst anderen Beiträgen zur Ureterchirurgie. (*Therapie der Gegenwart,* juillet.)

MacLaren (M.). Extraction of ligatures from the bladder. (*Brit. Med. Journ.,* 29 juillet.) — Extraction des fils de sutures de la vessie.

Moullin (C. M.). Enlargement of the prostate : its treatment and radical cure. 2e éd. In-8°, 211 p. Londres.

Noguès (P.) et **Wassermann** (M.). Infection uréthro-prostatique due à un micro-organisme particulier. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.,* juillet.)

Tuchmann. The exploration of the urethra and bladder. In-8°, 56 p. avec fig. Londres.

Wahl (A. von). La spermatorrhée comme complication de l'uréthrite purulente (en russe). (*Bolnitchn. Gaz. Botkina,* 14 juillet.)

Warburg (F.). Ueber Bacteriurie. (*Münch. med. Wochensch.,* 18 juillet.)

Wasiliew (M. A.). Die Traumen der männlichen Harnröhre. Historische, anatomische und klinische Untersuchungen. 1re partie. In-8°, 145 p. avec fig. Berlin. — Les traumatismes de l'urèthre chez l'homme.

Wolff (R.). Zur Kenntnis der metastatischen Erscheinungen der Prostatacarcinome und ihrer diagnostischen Bedeutung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.,* LII, 3-4.) — Les manifestations métastatiques du cancer de la prostate et leur valeur au point de vue du diagnostic.

OPHTALMOLOGIE

Bihler (W.). Zur Diagnose von Endothelerkrankungen der Hornhaut mittelst Fluorescein, insbesondere bei beginnender sympathischer Ophthalmie. (*Münch. med. Wochensch.,* 8 août.) — La fluorescine comme moyen de diagnostic des affections de l'endothélium de la cornée, notamment à la période de début de l'ophtalmie sympathique.

Katz (R.). Le périmètre pour l'examen de la sensibilité à l'égard des variations successives de la lumière et la valeur diagnostique de ce procédé d'exploration dans les troubles visuels d'origine nerveuse (en russe). (*Vratch,* 31 juillet.)

Lagrange (F.) et **Cosse** (F.). Traitement du strabisme. (*Journ. de méd. de Bordeaux,* 13 et 27 août.)

Morax (V.) et **Elmassian** (M.). Du rôle des toxines dans la production des inflammations de la conjonctive. (*Ann. d'oculist.,* août.)

Rau. Star-Ausziehung bei stärkster Kurzsichtigkeit. (*Berlin. klin. Wochensch.,* 14 août.) — Résultats de l'extraction de la cataracte dans 33 cas de myopie excessive.

Salomonsohn (H.). Ueber circuläre Randkeratitis. (*Deutsche med. Wochensch.,* 10 août.)

Silex (P.). Zur Frühdiagnose der Chorioidealsarkome. (*Berlin. klin. Wochensch.,* 7 août.) — Du diagnostic précoce des sarcomes de la choroïde.

Sous (G.). Lentilles à base de baryum. (*Journ. de méd. de Bordeaux,* 1er oct.)

Valude (E.). L'hétéroplastie orbitaire; étude clinique et expérimentale. (*Ann. d'oculist.,* juillet.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ahlfeld (F.). Der Alkohol als Desinficienz. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.,* août.) — L'alcool comme désinfectant.

Bauer (E.). Ueber die Wirkung der sogenannten Fixationsabscesse. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.,* CLVI, 3.) — Action des abcès dits de fixation.

Berger (P.). Imperforation du rectum et du vagin; abouchement anormal du rectum à la fourchette; restauration de l'orifice anal; plus tard rétention menstruelle et hémocolpos; rétablissement du conduit vaginal. (*Rev. de chir.,* août.)

Beuttner (O.). Ueber Erbrechen kaffeesatzartiger Massen nach gynäkologisch-geburtshülflichen Narcosen. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte,* 15 sept.) — Vomissements couleur marc de café après l'anesthésie pour opérations gynécologiques et obstétricales.

Bossi (L.). Sulla fisiologia e sulla patologia della gravidanza nei giorni corrispondenti ai periodi mestruali. (*Gazz. degli Osped.,* 30 juillet.)

Brickner (S.). A contribution to the study of menstruation and pregnancy in nursing women. (*Philadelphia Med. Journ.,* 5 août.) — De la menstruation et de la conception pendant l'allaitement.

Bröse (P.). Ueber die vaginale Radicaloperation bei Beckenabscessen und entzündlichen Adnexerkrankungen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.,* XLI, 2.) — Opération radicale par la voie vaginale dans les cas d'abcès pelviens et dans les affections inflammatoires des annexes.

Cavazzani (G.). Simpatectomia del plesso utero-ovarico. (*Gazz. degli Osped.,* 17 sept.)

Dartigues (L.). Etude étiologique et anatomo-pathologique des tumeurs solides de l'ovaire. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.,* juillet-août.)

Delore (X.). La môle vésiculaire est un chondrome. (*Lyon méd.,* 27 août.)

Desfosses (P.). Un mot d'historique à propos de la position déclive (position élevée du bassin de Trendelenburg). (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.,* juillet-août.)

Diehl (J.). Ueber Purpura im puerperio. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.,* XLI, 2.)

Dietrich (S.). Kaiserschnitt nach Vaginofixatio uteri. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.,* 12 août.) — Opération césarienne après hystéropexie vaginale.

Drejer. Om hyperemesis gravidarum. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben,* sept.)

Eberhart (F.). Ueber subcutane 0.9 % Kochsalzinfusionen bei Puerperalfieber. (*Therap. Monatsh.,* juillet.) — L'injection sous-cutanée de solution de chlorure de sodium à 0.9 % dans la fièvre puerpérale.

Fabre et **Patel.** De l'influence de la syphilis post-conceptionnelle sur le placenta et le fœtus. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.,* sept.)

Flandrin. Des soins donnés aux nouveau-nés à l'hôpital de Grenoble (maternité et clinique obstétricale); notes statistiques. (*Dauphiné méd.,* sept.)

Flatau (S.). Klinische und experimentelle Beiträge zur Atmokausis uteri. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.,* sept.)

Fuchs (O.). Ueber einen Fall von Sectio caesarea nach Vaginofixation. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.,* 12 août.) — Opération césarienne après hystéropexie vaginale.

Gubaroff (A. von) Ueber das Vermeiden der präventiven Blutstillung bei Köliotomien. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.,* 29 juillet.) — De la cœliotomie sans hémostase préalable.

Halban (J.). Ueber Belastungstherapie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.,* août.) — Le traitement par la pesanteur en gynécologie.

Jaboulay. L'hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale. (*Lyon méd.,* 10 sept.)

Jayle (F.) et **Lacroix de Lavalette** (de). De la sismothérapie mécanique en gynécologie. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.,* juillet-août.)

Kleinwächter (L.). Die durch extramediane Einstellung des Fruchtkopfes bedingte Hypertorsion des Uterus. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.,* XLI, 1.) — L'hypertorsion de l'utérus consécutive à l'engagement extra-médian de la tête fœtale.

Knapp (L.). Geburtshilfliche Propädeutik. In-8°, 289 p. avec fig. Vienne. — Propédeutique obstétricale.

Leopold. Ueber das Verhältnis zwischen den Indicationen zur Sectio caesarea, Symphyseotomie, Craniotomie und Partus arte praematurus. (*Münch. med. Wochensch.,* 22 août.)

McCone (J.). Preliminary report of transplantation of the ovaries. (*Amer. Journ. of Obstetrics,* août.)

Nannicini (T.). Ricerche sul comportamento del numero dei leucociti in gravidanza e durante il periodo digestivo delle gravide. (*Settimana medica,* 12 et 19 août.)

Neugebauer (F.). Ist die Integrität des Amnionsacks eine conditio sine qua non für die Weiterentwickelung der Frucht nach erfolgter Ruptur des Fruchthalters und Chorions oder nicht? (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.,* 5 août.) — L'intégrité de l'amnios est-elle une condition absolue pour le développement ultérieur de l'embryon après rupture du sac fœtal et du chorion ?

Ramsay (O.). Some observations on the early use of purgatives after abdominal section. (*Amer. Journ. of Obstetrics,* juillet.) — Emploi précoce des purgatifs après la laparotomie.

Reinprecht (L.). Zur Torsion (Achsendrehung) des graviden Uterus durch Tumoren. (*Wien. klin. Wochensch.,* 27 juillet.) — Torsion de l'utérus gravide autour de son axe, provoquée par des tumeurs.

Schoemaker (J.). Ueber die Aetiologie der Entbindungslähmungen, speciell der Oberarmparalysen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.,* XLI, 1.) — Etiologie des paralysies obstétricales, en particulier de celles du bras.

Simons (E.). Entozoen in der Gebärmutter. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.,* 1er juillet.) — Entozoaires ayant pénétré dans la cavité utérine.

Smith (A. L.). Vaginal celiotomy: with report of 11 cases. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, juillet.)

Stein (L.). Zur Technik der vaginalen Uterus-exstirpation mit Berücksichtigung der Blasen- und Harnleiterverletzungen. (*Wien. med. Wochensch.*, 22 juillet.) — La technique de l'hystérectomie vaginale dans ses rapports avec les blessures accidentelles de la vessie et des uretères.

Stratz (C.). Plastischer Verschluss einer Hernia ventralis durch einen myomatösen Uterus. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 8 juillet.) — Occlusion autoplastique d'un orifice herniaire ventral par un utérus myomateux.

Thumim (L.). Zur Angiothrypsie mit der Hebelklemme. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 1er juillet.) — Angiotrypsie au moyen de la pince-levier.

Veit (J.). Handbuch der Gynäkologie. T. III, 2e partie, fasc. 2. In-8°, p. 597 à 1087, avec fig. Wiesbaden.

PÉDIATRIE

Auerbach (S.). Ueber gehäuftes Auftreten und über die Aetiologie der Poliomyelitis anterior acuta infantum. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, L, 1-2.) — Sur la fréquence des cas de poliomyélite antérieure aiguë infantile et sur l'étiologie de cette affection.

Basch (K.). Ueber Nabelsepsis. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, L, 1-2.) — Des affections septiques de l'anneau ombilical.

Comba (C.). Osservazioni cliniche, istologiche e batteriologiche in sette casi di noma delle guancie. (*Sperimentale*, LIII, 2.)

Frœlich (R.). Du traitement du pied bot chez le nourrisson par le redressement méthodique. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er août.)

Griffith (J.-P.-C.). Congenital idiopathic dilatation of the colon. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Jann (A.). Beitrag zu den Knochenfracturen bei Kindern. Zusammenstellung der im Kinderhospital zu Basel in den Jahren 1886-1898 vorgekommenen Fälle. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, L, 1-2.) — Les fractures traitées à l'hôpital des enfants de Bâle de 1886 à 1898.

Kissel (A.). Zur Behandlung der eitrigen Pleuritiden bei Kindern nach der Methode Prof. Lewaschew's. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, L, 1-2.) — Traitement de l'empyème de la plèvre chez les enfants d'après la méthode de Levachev.

Meltzer (J.). Otitis media and earache in lobar pneumonia of children. (*Philadelphia Med. Journ.*, 5 août.)

Sotow (A.). Drei seltene Fälle von Complicationen bei Masern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, L, 1-2.) — Trois observations de complications rares de la rougeole.

Stöltzner (W.). Fötales Myxödem und Chondrodystrophia foetalis hyperplastica. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, L, 1-2.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Alexander (G.). Ein Fall von Persistenz der Arteria stapedia beim Menschen. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, juillet.) — Persistance de l'artère stapédienne.

Avellis (G.). Die Beziehung der Laryngitis sicca chronica zur Schwangerschaft. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, août.) — Des rapports existant entre la laryngite chronique sèche et la grossesse.

Baumgarten (E.). Ein bisher nicht beschriebenes Geschwür des harten Gaumens. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, sept.) — Un ulcère du palais, non encore décrit.

Heymann (P.). Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. T. III, Fasc. 10. In-8°, p. 865 à 960, avec fig. Vienne. A. Hölder.

Martin (C.). De la rhinoplastie sur charpente métallique. (*Rev. de chir.*, août.)

Muck. Ein neuer Fall von Mastoiditis bei einem Diabetiker. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXV, 3.) — Mastoïdite chez un diabétique.

Paunz (M.). Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberculose. (*Pest. med.-chir. Presse*, 16 et 23 juillet et 6 août.) — Du traitement de la laryngite tuberculeuse.

Schöngut (S.). Ein operativ geheilter Fall von Hirnsinusthrombose otitischen Ursprungs. (*Wien. med. Wochensch.*, 12 août.) — Thrombose des sinus crâniens d'origine otitique, guérie par l'intervention opératoire.

Vautrin (A.). De la rhinoplastie sur support métallique. (*Rev. de chir.*, sept.)

Whiting (F.). Beitrag zum klinischen Verlauf und zur Operations-Technik der Sinus-Thrombose. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXV, 3.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Bottazzi (F.). Sulla tossicità delle soluzioni acquose dei saponi sodici. (*Sperimentale*, LIII, 2.)

Brieger. Ueber das Pfeilgift der Wakamba (Deutsch-Ostafrika). (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 sept.) — Le poison des flèches des Wakambas (Afrique orientale allemande).

Perrin de la Touche. De la mort suspecte par rupture spontanée de l'aorte; note médico-légale. (*Ann. d'hyg. publ.*, sept.)

Raphael (F.). Glykosurie bei Atropinvergiftung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 juillet.) — La glycosurie dans l'intoxication atropinique.

Schultze (E.). Die für die gerichtliche Psychiatrie wichtigsten Bestimmungen des bürgerlichen Gesetzbuchs und der Novelle zur Civilprocessordnung. In-8°, 52 p. Halle. — Les principaux articles du Code civil relatifs à la psychiatrie légale.

Walko (K.). Ein Beitrag zur Filixvergiftung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIII, 3-4.) — Un cas d'intoxication par la fougère mâle.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Allan (C.). A suggestion as to the treatment of Graves's disease by the administration of bile by the mouth, hypodermically and intrathyroideal, with cases. (*Lancet*, 26 août.)

Banti (G.) et **Pieraccini** (G.). Il siero antipneumonico Pane nella cura della polmonite. (*Sperimentale*, LIII, 2.)

Hirschkron (J.). Erfahrungen über schmerzstillende Mittel bei Rheumatismus, Gicht und Neuralgien. (*Wien. med. Presse*, 6 août.) — De l'action des analgésiques dans le rhumatisme, la goutte et les névralgies.

Kolisch (R.). Ueber Behandlung der Fettsucht. (*Wien. med. Wochensch.*, 24 juin, 1er, 8 et 15 juillet.) — Du traitement de l'obésité.

Lofton (L.). Permanganate of potassium injections in the treatment of diarrhœa and dysentery, together with internal antiseptics. (*Gaillard's Med. Journ.*, août.)

Podanovsky (V.). De l'usage thérapeutique de l'acide cacodylique (en russe). (*Bolnitchn. Gaz. Botkina*, 23 et 30 juin et 7 juillet.)

Riegel (F.). Ueber medicamentöse Beeinflussung der Magensaftsecretion. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVII, 5-6.) — Influence de la pilocarpine et de l'atropine sur la sécrétion du suc gastrique.

Rosenbach (O.). Chloralhydrat als Sedativum bei manchen Formen nervöser Dyspepsie. (*Therap. Monatsh.*, sept.)

Stefanile (G.) et **Fabozzi** (S.). Peritonite tubercolare guarita coll'iniezione di tintura di iodo indurata, metodo Durante. (*Supplem. al Policlinico*, 12 août.)

ÉLECTROTHÉRAPIE

Bordier (H.). Rapport sur le traitement par l'électrolyse des rétrécissements en général et de ceux du canal de l'urèthre en particulier. (*Arch. d'électricité méd.*, août.)

Guilleminot (H.). Des incidences en radiologie: les membres. (*Arch. d'électricité méd.*, août.)

Guilloz (Th.). Traitement électrique de la goutte. (*Arch. d'électricité méd.*, juin.)

Jaboulay. L'électrisation du sympathique cervical chez l'homme. (*Lyon méd.*, 20 août.)

Minine (A.). Des effets thérapeutiques de la lumière électrique (en russe). (*Vratch*, 18 sept.)

Mygge (J.). Röntgenstraalernes anvendelse i lægevidenskaben og deres betydning for samme. In-8°, 127 p. Copenhague. — Emploi des rayons de Röntgen en médecine.

BACTÉRIOLOGIE

Barannikow (J.). Zur Frage über die Bakteriologie der Lepromata; vorläufige Mittellung. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 31 juillet.)

Beco (L.). Note sur la valeur de l'agglutination par le sérum antityphique expérimental comme moyen de diagnostic entre le bacille d'Eberth et les races coliformes. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 31 juillet.)

De Simoni (A.). Ricerche sull'ozena. (*Policlinico*, 15 août.)

Elmassian. Note sur un bacille des voies respiratoires et ses rapports avec le bacille de Pfeiffer. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août.)

Galeotti (J.). Recherches sur la peste bubonique. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VII, 3.)

Galli-Valerio (B.). Contribution à l'étude de la morphologie du bacillus mallei. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 21 août.)

Gengou (O.). Etude sur les rapports entre les agglutinines et les lysines dans le charbon. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août.)

Hesse (W.). Ein neues Verfahren zur Züchtung des Tuberkelbacillus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXI, 3.) — Un nouveau procédé de culture du bacille de la tuberculose.

Krogius (A.) et **Wallgren** (A.). Note sur l'antagonisme entre le bacterium coli et les autres bactéries urinaires. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, août.)

Lambotte et **Maréchal**. L'agglutination du bacille charbonneux par le sang humain normal. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août.)

Levy (E.). Ueber die Actinomycesgruppe (Aktinomyceten) und die ihr verwandten Bakterien. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 8 juillet.) — Des actinomyces et des bactéries congénères.

Madsen (Th.). La constitution du poison diphtérique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet et nov.)

Mazza (C.). Bakteriologische Untersuchungen über eine neuerdings aufgetretene Hühnerepizootie. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 21 août.) — Recherches bactériologiques sur une épizootie des poules.

Moltschanoff (M.). Ueber das Gonococcentoxin und seine Wirkung auf das Nervensystem; vorläufige Mitteilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er août.) — La toxine gonococcique et son action sur le système nerveux.

Müller (F.). Ueber reduzierende Eigenschaften von Bakterien. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 15 juillet.) — Des propriétés réductrices des bactéries.

Pfuhl (E.). Untersuchungen über die Entwickelungsfähigkeit der Typhusbacillen auf gekochten Kartoffeln bei gleichzeitigem Vorhandensein von Colibacillen und Bakterien der Gartenerde. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 15 juillet.) — De la capacité de développement des bacilles de la fièvre typhoïde sur pomme de terre cuite en présence de colibacilles et de bactéries de la terre de jardin.

Van't Hoff (H.). Filtrationsgeschwindigkeit und Bakterienreduktion. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 15 juillet.)

GÉNÉRALITÉS

Neisser (A.). Stereoscopischer medicinischer Atlas. Sammlung photographischer Bilder aus dem Gesammtgebiete der klinischen Medicin, der Anatomie und der pathologischen Anatomie. Fasc. 26 à 29. In-12, 46 planches avec texte explicatif. Cassel.

Pagel (J.). Einführung in das Studium der Medicin (medicinische Encyklopädie und Methodologie). Vorlesungen. In-8°, 227 p. avec fig. Vienne. — Introduction à l'étude la médecine.

Preussische Statistik. 157. Heft. Die Sterblichkeit nach Todesursachen und Altersklassen der Gestorbenen, sowie die Selbstmorde und die tödtlichen Verunglückungen im preussischen Staate während des Jahres 1897. In-4°, XXXVI-256 p. Berlin. — La mortalité en Prusse pendant l'année 1897.

Ranglaret. Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat pendant l'année 1898-1899. In-8°, 147 p. avec fig.

Salle (G.). Aide-mémoire du médecin militaire (service de santé en campagne). In-18, 512 p.

20e ANNÉE. — N° 8. Vingt centimes le numéro. 21 FÉVRIER 1900.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Rennes. — Sont institués suppléants pour une période de neuf ans : MM. les docteurs Le Damany (*pathologie et clinique médicales*); Véron (*pathologie et clinique chirurgicales et clinique obstétricale*).

VARIA

Congrès allemand de chirurgie en 1900.

Le vingt-neuvième Congrès de la Société allemande de chirurgie se tiendra à Berlin du 18 au 21 avril prochain.

NÉCROLOGIE

M. le docteur H. Gombault, ancien médecin des hôpitaux de Paris. — M. le docteur E. Blanchard, professeur au Muséum d'histoire naturelle à Paris. — M. le docteur Sauvé, médecin de l'Hôtel-Dieu de Mayenne. — M. le docteur L.-H. Petit, rédacteur en chef de la *Revue de la tuberculose.* — M. le docteur Ludwig Meyer, professeur de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Gœttingue. — Sir Thomas Grainger Stewart, professeur de clinique médicale à l'Université d'Edimbourg. — M. le docteur Gustavo Pacetti, privatdocent de neurologie à la Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur John Cargill Shaw, professeur de neurologie au Long Island College Hospital de Brooklyn.

VARIA

Morbidité comparée des nouvelles recrues et des soldats anciens.

Il est reconnu depuis longtemps que les jeunes gens nouvellement incorporés dans l'armée sont plus exposés à contracter des maladies internes que les soldats déjà en activité de service. Chaque année les statistiques médicales des diverses armées européennes viennent prouver le bien fondé de cette opinion. Pour ceux de nos lecteurs qui n'ont pas à leur disposition les documents dont il s'agit, nous avons dressé un tableau dans lequel ils trouveront, en regard de chaque maladie, le chiffre proportionnel pour 1,000 hommes d'effectif, que présente la morbidité des militaires ayant plus d'un an de service et des soldats ayant moins d'un an de présence au corps. Nous avons utilisé, à cet effet, la statistique médicale de l'armée française pendant l'année 1897, que le ministère de la guerre a fait paraître tout récemment. La proportion par 1,000 peut varier d'une année à l'autre, dans des limites assez restreintes, pour une même affection, selon la constitution morbide du pays, mais la différence entre les chiffres proportionnels des deux catégories reste à peu près la même, à moins qu'il ne s'agisse d'une pandémie en pleine activité (la grippe, par exemple).

	SOLDATS	
	ayant plus d'un an de service	ayant moins d'un an de service
Fièvre typhoïde	8.31	13.97
Grippe	10.94	27.41
Oreillons	9.17	19.72
Rougeole	7.50	15.92
Scarlatine	2.97	7.01
Erysipèle	1.80	2.86
Méningite cérébro-spinale	0 03	0.11
Diphtérie	3.80	7.00
Tuberculose	5.78	9 65
Rhumatisme	9.20	17.50
Pneumonie, broncho-pneumonie, bronchite capillaire	3.62	7 92
Pleurésie	4.96	9.31
Diarrhée, dysenterie	18 80	37.70
Ictère catarrhal	3.18	3 11

Ainsi donc, sauf pour l'ictère catarrhal dont la proportion est sensiblement la même dans les deux catégories, la morbidité des soldats de la classe approche presque toujours, atteint souvent et même dépasse parfois le double de la morbidité des militaires ayant plus d'un an de service. D'une manière générale, on peut dire que, en France tout au moins, les jeunes soldats sont deux fois plus exposés à contracter une maladie interne que les militaires qui appartiennent aux deux classes antérieures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899).

THÈSES DE PARIS

Arrivé (R.). Influence de l'alcoolisme sur la dépopulation.

Bailey (Th.). De l'emploi de l'acide lactique comme antiseptique intestinal dans les diarrhées des enfants et dans les dermatoses prurigineuses.

Béra (L.). Du milieu souterrain et de son influence dans la pathologie générale des mineurs (Carvin-Meurchin).

Blasart (Ch.). Contribution à l'étude des ruptures de l'utérus pendant l'accouchement (ruptures incomplètes).

Chassande-Baroz (H.). Infection des glandes sous-maxillaires chez le nouveau-né.

Degorce (M.). De la suture en un seul plan dans la laparotomie et dans la cure radicale des hernies inguinales.

Farnarier. La psychose hallucinatoire aiguë.

Fouque (P.). Maladies mentales familiales.

Halpern. De l'emploi de la méthode de Kaltenbach dans la rétention des membranes.

Hardy (E.). De la bronchopneumonie apyrétique chez le vieillard.

Laisné (M.). Contribution à l'étude de l'urétéro-cysto-néostomie et du traitement des fistules urétéro-vaginales.

Latycheff (M[me] O.). Le traitement du trachome et de quelques-unes de ses complications par la greffe de la muqueuse buccale.

Legrand (A.). L'anesthésie locale en chirurgie générale.

Loisel (M.-E.). Le foie diphtérique.

Meslans (G.). Contribution à l'étude des applications cliniques de l'orthoforme.

Pesquerel (A.). Appendicites chroniques.

Petit (E.-A.). Contribution à l'étude thérapeutique du créosoforme en chirurgie.

Pinoy (P.-E.). La glande sous-maxillaire et la tuberculose (étude clinique et expérimentale).

Pourtié (L.). Contribution à l'étude des accès fébriles intermittents au décours de la dothiénentérie.

Sanquirico (Ch.). Statistique nouvelle et suites opératoires de l'œsophagotomie externe pour corps étrangers (fistules, rétrécissements cicatriciels).

Tapie (L.). Contribution à l'étude de la lipomatose symétrique à prédominance cervicale.

Vergely (A.). Influence de l'utérus sur la vessie en dehors des néoplasmes et de l'état puerpéral.

Willemetz (Th.). De la valeur comparée des différents traitements des épistaxis rebelles et en particulier des complications dues au double tamponnement.

THÈSES DE BORDEAUX

Berton. Etude sur le pessimisme littéraire contemporain dans ses rapports avec la névropathie.

Brengues. Contribution à l'étude de l'agglutination du bacille d'Eberth par les substances chimiques.

Carrère. De la dilatation dans le traitement du phimosis congénital.

Couvy. Contribution à l'étude de l'adénome et de l'adéno-épithéliome des glandes sudoripares.

Erdinger. Des variations du rayon de courbure de la cornée sous l'influence de l'atropine.

Fichet. Le théâtre; hygiène et sécurité.

Fraikin. L'ovarite scléro-kystique.

Gaudin. Contribution à l'étude de la prophylaxie des maladies contagieuses dans les chemins de fer.

Le Feunteun. De l'hygiène des populations maritimes de la Bretagne armoricaine.

Liaras. Contribution à l'étude de l'infection tuberculeuse par la voie nasale (recherches bactériologiques et cliniques).

Métreau. Du pronostic du cancer de la verge.

Motheau. Contribution à l'étude de la glycosurie alimentaire.

Noc. Etude anatomique des ganglions nerveux du cœur chez le chien et de leurs modifications dans l'intoxication diphtérique expérimentale aiguë.

Nuel. Contribution à l'étude des paralysies post-anesthésiques.

Pasquiou. De la prostatectomie sus-pubienne.

Petit. De l'accouchement artificiel rapide.

Plomb. La transmission du paludisme à l'homme par les moustiques (revue générale).

Robilliard. Du mycosis fongoïde et spécialement de la forme dite à tumeurs primitives d'emblée.

Rothamel. De l'agglutination du bacille de la tuberculose humaine étudiée plus spécialement chez les tuberculeux cachectiques.

Servel. Contribution à l'étude des manifestations musculaires dans la blennorrhagie; la myopathie blennorrhagique.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Scheier (M.). Zur Section des Nasenrachenraums (nach anatomischen Präparaten von Prof. Stieda). (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 2.) — Anatomie pathologique du nasopharynx.

Storch (E.). Ueber die pathologisch-anatomischen Vorgänge am Stützgerüst des Centralnervensystems. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 1 et 2.) — Des altérations anatomo-pathologiques du tissu conjonctif interstitiel du système nerveux central.

Stuparich. Zur physiologischen und pathologischen Anatomie des Wurmfortsatzes. (*Wien. med. Presse*, 27 août.) — Recherches sur l'anatomie normale et pathologique de l'appendice iléo-cæcal.

Weber (F. P.). Diffuse syphilitic change in the liver. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.) — Lésions syphilitiques diffuses du foie.

MÉDECINE

Henschen (S. E.). Mitteilungen aus der medizinischen Klinik zu Upsala. T. II. In-8°, 312 p. avec fig. Iéna. Gustav Fischer.

Liebe (G.), **Jacobsohn** (P.) et **Meyer** (G.). Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege. T. II, 2[e] partie, 1[er] fasc. In-8°, 351 p. Berlin. — Les soins à donner aux malades.

Morrow (H.). Symmetrical areas of solid œdema occurring in Graves's disease. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, juillet.) — Placards symétriques d'œdème dur dans la maladie de Basedow.

Noïca. Gangrène curable des poumons de Lasègue; un mode de gangrène du poumon dépendant de la modification des extrémités dilatées des bronches de Briquet. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, sept.)

Palmieri (A.). Il soffio tubario ad eco anforica nella polmonite fibrinosa. (*Gazz. degli Osped.*, 20 août.)

Pitres (A.) et **Davezac** (J.). Contribution à l'étude des pleurésies purulentes bénignes et des épanchements puriformes. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 août.)

Pribram (A.). Ueber Steatorrhoe. (*Prag. med. Wochensch.*, 7 et 14 sept.)

Rosenfeld (G.). Zu den Grundlagen der Entfettungsmethoden. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 juillet.) — Les bases physiologiques des méthodes de traitement de l'obésité.

Rost. Ueber Verwendung ausschliesslicher Rectalernährung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 et 31 juillet.) — De l'alimentation rectale exclusive.

Sansoni (L.). Sulla gastrite ulcerosa cronica anacloridrica. (*Riforma med.*, 22, 23, 25 et 26 sept.)

Senator (H.). Ueber einige Muskelerkrankungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 juillet.) — De quelques affections musculaires.

Soulier (H.). Du rôle de l'élasticité dans la diastole du cœur et des artères; conséquences en résultant pour la physiologie pathologique et la séméiologie cardio-vasculaire; action de la digitale sur l'élasticité cardiaque. (*Lyon méd.*, 13 août.)

Stern (R.). Ueber traumatische Erkrankungen der Magenschleimhaut. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 sept.) — Des affections d'origine traumatique de la muqueuse de l'estomac.

Titov (N.). De la saignée dans l'urémie aiguë (en russe). (*Klin. Journ.*, sept.)

Vetlesen (H.). Der Morbus Basedowii, mit besonderer Rücksicht auf Pathogenese und Behandlung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVII, 5-6.) — Pathogénie et traitement de la maladie de Basedow.

Vincenzi. Ueber antitoxische Eigenschaften der Galle eines Tetanikers. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 sept.) — Des propriétés antitoxiques de la bile dans un cas de tétanos.

Zoja (L.). Su alcuni criteri clinici per la diagnosi di tumore della testa del pancreas; osservazioni cliniche e anatomo-patologiche. (*Policlinico*, 1[er] juillet et 1[er] août.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Nonne. Dementia paralytica als einziger Ausdruck hereditärer Syphilis bei einem zwölfjährigen Kinde. (*Mitteil. aus den Hamburg. Staatskrankenanstalten*, II, 2.) — Paralysie générale comme manifestation unique d'hérédo-syphilis chez un garçon âgé de douze ans.

Personali (S.). Nuovo contributo allo studio dell'eritromelalgia. (*Riforma med.*, 27 sept.)

Pick (A.). Ueber die Beziehungen des epileptischen Anfalles zum Schlaf. (*Wien. med. Wochensch.*, 22 juillet.) — Des rapports existant entre l'accès épileptique et le sommeil.

Piltz (J.). Ueber Vorstellungsreflexe der Pupillen bei Blinden. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 août.) — Des réflexes pupillaires provoqués par l'imagination chez les aveugles.

Probst (M.). Zur Kenntnis der Pyramidenbahn (normale und anormale Pyramidenbündel und Reizversuche der Kleinhirnrinde). (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, août.) — Recherches sur les faisceaux pyramidaux et sur les effets de l'irritation de l'écorce cérébelleuse.

Ricci (C.). Le stereotipie nelle demenze e specialmente nelle demenze consecutive. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXV, 1 et 2.)

Sander (M.). Chirurgische Eingriffe bei Hysterie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 sept.) — Des interventions chirurgicales dans l'hystérie.

Schupfer (F.). Sui tumori del corpo calloso e del corno d'Ammone; studio clinico ed anatomo-patologico. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXV, 1 et 2.)

Schuster (P.). Zur neurologischen Untersuchung Unfallkranker. Erfahrungen und Rathschläge. (*Berlin. Klinik*, sept.) — Examen des blessés au point de vue neurologique.

Siebert (W.). Ein Fall von Hirntumor mit Geruchstäuschungen. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, août.) — Tumeur du cerveau avec hallucinations olfactives.

Sokoloff (N.). Beitrag zur Casuistik der Erkrankungen der Gelenke bei der Gliomatose des Rückenmarkes (Syringomyelie); zweite Mitteilung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LI, 5-6.) — Huit cas d'affections articulaires d'origine syringomyélique.

Soldan. Ueber die Beziehungen der Pigmentmäler zur Neurofibromatose. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIX, 2.) — Des rapports existant entre les nævi pigmentés et la neurofibromatose.

Thomayer (J.). Nová pozorování o paradoxním stahu svalovém. (*Sborník klinický*, I, 3.) — Nouvelles observations de contraction musculaire paradoxale chez un hémiplégique.

Van Gehuchten (A.) et **Nelis** (C.). La localisation motrice médullaire est une localisation segmentaire. (*Journ. de neurol.*, 5 août.)

Wiersma (E.). Fälle von Hemiatrophia linguae. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 sept.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Macleod (J.). Observations on some of the more recent methods of treating lupus vulgaris. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, sept.)

Neisser (A.). Gonorrhoe und Eheconsens. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 sept.) — Blennorrhagie et admissibilité au mariage.

Panichi (R.). Due casi di gonococcemia. (*Settimana medica*, 26 août.)

Parker (G.). A case of cystic degeneration of the kidneys, with general dermatitis exfoliativa. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Prat. Erysipèle de la face chez un nègre. (*Lyon méd.*, 13 août.)

Saalfeld (E.). Ein Beitrag zur Lehre von der Alopecia praematura. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 1.)

Sellei (J.). Pathologische und klinische Beiträge zur Psoriasis vulgaris. (*Wien. med. Wochensch.*, 19 et 26 août et 2 sept.)

Tribondeau. Le tokelau dans les possessions françaises du Pacifique oriental. (*Arch. de méd. navale*, juillet.)

Unna (P.). Infiltration oder Akanthose? (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er août.)

Vilcoq. Contribution à l'étude de la sclérodermie; sclérodermie diffuse et purpura hémorrhagique; sclérodermie en bande. (*Arch. gén. de méd.*, sept.)

CHIRURGIE

Ritter (C.). Ein eigenartiges Fibrosarkom am Halse; casuistischer Beitrag zur Kenntnis der retropharyngealen Tumoren. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 2.) — Un cas de fibrosarcome rétropharyngien.

Rutkowski (M.). Zur Technik der Gastroenterostomie. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 30 sept.)

Sasse. Ein Beitrag zur Kenntnis der Torsion des Samenstranges. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIX, 3.) — De la torsion du cordon spermatique.

Schär (O.). Beiträge zur Hirnchirurgie mit specieller Berücksichtigung der Aetiologie und operativen Behandlung der Epilepsie. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIX, 3.) — Etiologie et traitement opératoire de l'épilepsie.

Schlutius. Celluloidzwirn nach Pagenstecher. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 23 sept.) — Fil en celluloïde d'après Pagenstecher.

Schuchardt (K.). Ueber die Exstirpation des krebsigen Mastdarmes und der Flexura sigmoidea. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 août.) — L'extirpation du rectum et de l'S iliaque pour cancer.

Sneguireff (V.). Mille et une laparotomies; autoplastie dans les opérations abdominales. (*Rev. de chir.*, sept.)

Sommer (H. O.). An abdomino-sacral method for the removal of rectal carcinoma. (*Med. Record*, 12 août.)

Stransky (E.). Sensibilitätsuntersuchungen an transplantirten Hautstücken. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 et 17 août.) — Recherches sur la sensibilité des greffes cutanées.

Sultan (G.). Ueber resorbirbare Darmknöpfe. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIX, 4.) — Des boutons résorbables pour sutures intestinales.

Thompson (J.). The surgical treatment of neoplasms of the liver. (*Ann. of Surgery*, sept.) — Traitement chirurgical des tumeurs du foie.

Völckers (A.). Ueber die Hernien der Linea alba. (*Mitteil. aus den Hamburg. Staatskrankenanstalten*, II, 2.)

Weiss et **Février**. Considérations sur une deuxième série de 28 opérations d'appendicite. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août.)

White (Ch.). The definition, terminology and classification of tumours. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, août.)

Wolff (H.). Ueber die Erhaltung der Kernteilungsfiguren nach dem Tode und nach der Exstirpation und ihre Bedeutung für Transplantationsversuche. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIX, 2.) — De la persistance des formes caryocinétiques après la mort et après l'extirpation et de sa signification pour les expériences de greffe.

Wormser (E.). Zur Pathologie und Therapie des postoperativen Ileus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.)

Wörner. Zur Gehbehandlung schwerer complicirter Fracturen der unteren Extremität. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIX, 2.) — Traitement ambulatoire des fractures compliquées graves du membre inférieur.

UROLOGIE

Herczel (E.). Nierenexstirpation mit liegengelassenen Pincetten. (*Ungar. med. Presse*, 2 juillet.) — Néphrectomie à l'aide de pinces à demeure.

Hubbard (J.). Observations on nephralgia, with report of cases simulating stone in the kidney, occurring at the Massachusetts General Hospital. (*Ann. of Surgery*, août.) — De la néphralgie et des cas de cette affection simulant la néphrolithiase.

Kelly (H.). The use of the renal catheter in determining the seat of obscure pain in the side. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.) — Le cathétérisme des uretères comme moyen de déterminer le siège de douleurs à localisation vague.

Knox (R.). Vaginal cystotomy for the cure of irritable bladder. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.) — La cure de la « vessie irritable » au moyen de la cystotomie vaginale.

Lotheissen (G.). Ueber Uretertransplantationen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 sept.)

Pédenko (A.). Valeur diagnostique et pronostique de l'épreuve de la perméabilité rénale au moyen du bleu de méthylène dans les diverses formes de néphrite (en russe). (*Bolnitchn. Gaz. Botkina*, 21 juillet.)

Sée (M.). Un cas de bactériurie. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, août.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Olshausen (R.). Ueber Bauchwandtumoren, speciell über dermoide. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLI, 2.) — Les tumeurs de la paroi abdominale.

Pick (L.). Ueber Adenomyome des Epoophoron und Paroophoron (mesonephrische Adenomyome). (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVI, 3.)

Piťha (V.). Príspevek ku aetiologii, symptomatologii a therapii tetanu puerperálního. (*Sborník klinický*, I, 3.) — Etiologie, symptomatologie et traitement du tétanos puerpéral.

Pozzi (S.) et **Latteux** (P.). Sur une forme rare de métrite hémorrhagique (angio-sclérose envahissante). (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, sept.-oct.)

Schäffer (O.). Ueber artificielle Muttermundsektropien, hervorgerufen durch Pessare; ein Beitrag zu der Kenntnis von der Function und Structur der Portio vaginalis und des Scheidengewölbes. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 et 15 août.) — De l'ectropion artificiel du col, produit par les pessaires.

Schröter (C.). Laparotomie intra partum wegen eines im kleinen Becken fixirten Myoms der hinteren Corpuswand. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.) — Laparotomie au cours du travail pour fibromyome de la paroi postérieure du corps de l'utérus, fixé dans le petit bassin.

Schücking (A.). Die vaginale Fixation bei Retroflexio und Prolapsus uteri. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 août.)

Stewart (R.). Toxicity of urine in pregnancy; second paper. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Stolz (M.). Beitrag zu den cystischen Bildungen an der Tube. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.) — Dégénérescence kystique de la trompe.

Thomson (H.) et **Schwartz** (A.). Zur spontanen Uterusruptur. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 15 juillet.)

Tjaden (H.). Weitere Beiträge zur Desinfection der Hebammenhände. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLI, 1.) — Recherches sur la désinfection des mains chez les sages-femmes.

Tuffier (Th.) et **Bonamy** (R.). De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, juillet-août.)

Van der Hoeven (P.). Hydrorrhoea gravidarum. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.)

Williams (J.). A case of spondylolisthesis, with description of the pelvis. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Wörner. Zur Operation von Ovarialcystomen von ungewöhnlicher Grösse. (*Arch. f. klin. Chir.*, LIX, 2.) — De l'opération pour kystes ovariens de volume insolite.

BACTÉRIOLOGIE

Malvoz. Sur la présence d'agglutinines spécifiques dans les cultures microbiennes. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août.)

Matzuschita (T.). Ueber die Wachstumsunterschiede des Bacillus der Hühnertuberkulose und der menschlichen Tuberkulose auf pflanzlichen, Gelatine- und Agarnährböden. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 31 juillet.) — Des différences existant au point de vue de la croissance sur un terrain de culture végétal, sur la gélatine et sur agar entre le bacille de la tuberculose des poules et celui de la tuberculose humaine.

Oméliansky (V.). Sur la nitrification de l'azote organique. (*Arch. des scienc. biol. de Saint Pétersbourg*, VII, 3.)

Rosenblatt (J.). Zum Nachweis der Tuberkelbacillen in den Fäces. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 22 juillet.) — La recherche des bacilles de la tuberculose dans les matières fécales.

Scholtz (W.). Beiträge zur Biologie des Gonococcus (Cultur, Thierexperimente und klinische Beobachtungen über gonococcenhaltige Abscesse im Bindegewebe). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, XLIX, 1.) — Expériences de culture et d'inoculation aux animaux du gonocoque et observations cliniques sur les abcès à gonocoques du tissu conjonctif.

20e ANNÉE. — N° 9. Vingt centimes le numéro. 28 FÉVRIER 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.

Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Dante Cervesato, professeur à la Faculté de médecine de Padoue, est nommé professeur ordinaire de clinique des maladies des enfants.

Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur Stanislas Ciechanowski, privatdocent d'anatomie pathologique, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Genève. — M. le docteur Rodolphe Weber est nommé professeur ordinaire de psychiatrie, en remplacement de M. Johannès Martin, démissionnaire.

Faculté de médecine de Jassy. — M. le docteur E. Juvara est nommé professeur agrégé d'anatomie chirurgicale.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur F. Marchand, professeur à la Faculté de médecine de Marbourg, est nommé professeur ordinaire d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Birch-Hirschfeld, décédé.

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Angelo Lamari, privatdocent à la Faculté de médecine de Naples, est nommé privatdocent de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Antonio Carle, professeur extraordinaire de pathologie chirurgicale, est nommé professeur ordinaire.

Guy's Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur R. Clement Lucas est nommé lecteur de chirurgie.

New York Polyclinic and Hospital. — M. le docteur R. O. Born est nommé professeur d'ophtalmologie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Gérin-Roze, ancien médecin des hôpitaux de Paris. — M. le docteur Bouchereau, médecin de l'asile Sainte-Anne à Paris. — M. le docteur Decès, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Reims. — M. le docteur Eugène Bœckel, chirurgien de l'hôpital civil et professeur agrégé à l'ancienne Faculté française de médecine de Strasbourg. — M. le professeur Otto Leichtenstern, médecin en chef de l'hôpital Augusta à Cologne. — M. le docteur Ernst Kruse, député au Parlement allemand. — M. le docteur Julio Cesar de Sande Saccadura Botte, professeur de pharmacologie et doyen de la Faculté de médecine de Coimbra. — M. le docteur Samuel George Wilmot, ancien président du Collège royal des chirurgiens d'Irlande.

VARIA

Valeur nutritive de la viande des mammifères et des oiseaux et des œufs de poule.

Les analyses de viandes de boucherie publiées par les divers auteurs présentent des écarts qui s'expliquent par l'impossibilité où l'on se trouve d'avoir, non seulement pour des animaux d'âge et de race semblables, mais aussi pour le même animal, des morceaux représentant une composition moyenne. M. Balland vient de faire à cet égard de nouvelles recherches en opérant sur des morceaux qui présentaient, autant que possible, les conditions habituelles des usages culinaires. Voici les principaux résultats auxquels il est arrivé :

La chair des quatre quartiers des principaux mammifères concourant à l'alimentation (bœuf, veau, chevreau, lapin, mouton, porc, âne, cheval et mulet) a donné, les couches de graisse étant écartées, 70 à 78 % d'eau; 0.50 à 1.25 % de matières minérales; 1.40 à 11.3 % de graisse et 3 à 3.5 % d'azote.

Le cœur, le foie, les poumons et les rognons contiennent les mêmes quantités d'eau et d'azote que les viandes maigres; la graisse reste au-dessous de 5 % et les cendres oscillent entre 1 et 1.70 %; il y a des traces de manganèse dans les poumons.

Dans le sang de bœuf, de veau, de mouton et de porc, il y a jusqu'à 83 % d'eau, moins de 0.5 % de cendres, des traces de graisse et autant d'azote que dans les viandes des quatre quartiers toujours moins hydratées que le sang.

Les viandes grillées ou rôties renferment, à l'état sec, à peu près les mêmes quantités d'azote, de graisse et de matières salines que les viandes crues, au même état; mais comme, après cuisson, la proportion d'eau tombe à 64 et même à 42 %, suivant l'épaisseur des morceaux et le temps pendant lequel ils ont été exposés au feu, il en résulte que, à poids égal, les viandes grillées ou rôties sont plus riches en principes nutritifs que les viandes crues.

Les viandes bouillies ou en ragoût, mangées dans les casernes, perdent non seulement de l'eau pendant la cuisson, mais aussi des matières azotées solubles, de la graisse et surtout des matières minérales qui passent dans le bouillon des soupes ou dans les sauces des ragoûts; toutefois, à poids égal, elles sont encore plus nourrissantes que les viandes crues, toujours plus hydratées.

La chair des oiseaux (canard, oie, poulet) contient les mêmes éléments nutritifs que la chair des mammifères, mais en proportion un peu plus élevée, car la teneur en eau se rapproche de 70 %. La diminution de l'eau, en dehors des faits invoqués plus haut pour les viandes de boucherie, semblerait aussi se rattacher au mode de nourriture; dans les poulets rôtis, la proportion est assez voisine de 52 %.

Les œufs de poule méritent une mention spéciale. Le blanc et le jaune, pris séparément, ont une composition très différente: le premier contient 86 % d'eau avec 12 % d'albumine et 0.5 % de matières minérales; le second, 51 % d'eau avec 15 % de matière azotée, le double de graisse et 1.5 % de matières minérales. L'œuf, dans son ensemble, contient 75 % d'eau; il fournit donc à l'alimentation 25 % de substances nutritives. Deux œufs, sans les coquilles, pesant en moyenne 100 grammes, il en résulte que vingt œufs représentent assez exactement la valeur alimentaire de 1 kilogramme de viande. Une poule, en quelques jours, fournit ainsi son poids de substances alimentaires: c'est une véritable fabrique de produits comestibles et l'on ne saurait trop encourager l'élevage des races de poule les plus estimées comme pondeuses. En 1898, il a été déclaré à l'octroi de Paris 538,299,120 œufs représentant, à raison de 50 grammes chacun, 26,914,956 kilogrammes de matières alimentaires, soit la quantité de viande, sans les os, fournie par 168,200 bœufs de 400 kilogrammes (les deux tiers des bœufs entrés à Paris en 1898).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Brösike (G.). Lehrbuch der normalen Anatomie des menschlichen Körpers. 6e éd. In-8°, 784 p. avec fig. Berlin.

Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris (74e année). 6e série. T. Ier. In-8°, 652 p. avec fig.

Delore (X.). De la voûte du pied au point de vue de l'anatomie, de la race, de l'art et de son aplatissement. (*Lyon méd.*, 15 et 29 oct.)

Foà (P.). Sulle piastrine del sangue; nota preliminare. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, déc.)

Grawitz (P.). Ueber die Wanderzellen-Bildung in der Hornhaut. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVIII, 1.) — Formation des cellules migratrices dans la cornée.

Martinotti (C.) et **Tirelli** (V.). La microfotografia applicata allo studio delle cellule nervose dei gangli spinali. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, déc.)

Pavlov (V.). Les connexions des tubercules quadrijumeaux supérieurs chez le lapin; communication préliminaire. (*Journ. de neurol.*, 20 oct.)

Ranke (J.). Die überzähligen Hautknochen des menschlichen Schädeldachs. In-4°, 190 p. avec fig. Munich. — Les os surnuméraires de la voûte crânienne.

PHYSIOLOGIE

Alt (F.) et **Biedl** (A.). Experimentelle Untersuchungen über das corticale Hörcentrum. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, sept.) — Recherches expérimentales sur le centre cortical de l'audition.

Beiträge zur Physiologie. Festschrift für Adolf Fick zum 70. Geburtstage. In-8°, 166 p. avec fig. Brunswick. — Contributions à la physiologie (livre jubilaire dédié à Adolf Fick à l'occasion du 70e anniversaire de sa naissance).

Bohland (K.). Ueber den Einfluss einiger Arzneimittel auf die Bildung und Ausscheidung der Harnsäure. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 avril.) — Influence exercée par quelques substances médicamenteuses sur la formation et l'élimination de l'acide urique.

Cunningham (R.). The cause of death from industrial electric currents. (*New York Med. Journ.*, 21 et 28 oct.) — La cause de la mort par les courants électriques employés dans l'industrie.

Offer (Th.). Inwiefern ist Alkohol ein Eiweisssparer? (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 oct.) — Dans quel sens l'alcool est-il un moyen d'épargne à l'égard de l'albumine?

Skchiwan. Contribution à l'étude du sort des levures dans l'organisme. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct.)

Tappeiner (H. von). Ueber die Wirkung der Mucilaginosa. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 et 26 sept.) — De l'action physiologique des substances mucilagineuses.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Arnold (J.). Ueber Granulafärbung lebender und überlebender Leukocyten. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 3.) — La coloration des granules des leucocytes vivants et survivants.

Busse (O.). Ueber Bau, Entwicklung und Eintheilung der Nierengeschwülste. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 2 et 3.) — Structure, développement et classification des tumeurs du rein.

Fabris (A.). Degenerazione cavernosa del fegato. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, déc.)

Konstantinovitch (V.). Etiologie et altérations anatomo-pathologiques de la maladie de Werlhof (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, déc.)

Löwenbach (G.). Beitrag zur Histogenese der weichen Naevi. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 3.) — Histogenèse des nævi de consistance molle.

Manouilov (A.). Deux cas de cancer primitif de l'ampoule de Vater (en russe). (*Bolnitchn. Gaz. Botkina*, 27 oct.)

Oestreich (R.) et **Slawyk.** Riesenwuchs und Zirbeldrüsen-Geschwulst. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 3.) — Tumeur du corps pinéal dans un cas de gigantisme.

Payr (E.). Ueber chronische Ostitis (serosa) am Schädel. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 sept.) — De l'ostéite séreuse chronique du crâne.

Róna (D.). Beiträge zur Frage der syphilitischen und tuberculösen Degeneration der Nebennieren. (*Ungar. med. Presse*, 24 sept.) — Dégénérescence syphilitique et tuberculeuse des capsules surrénales.

Schmaus (H.). Grundriss der pathologischen Anatomie. 5e éd. In-8°, 694 p. avec fig. Wiesbaden.

Sudsuki (K.). Ueber Lungen-Emphysem. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 3.) — De l'emphysème pulmonaire.

Thorel (Ch.). Ein Fall von multiplen congenitalen Atresien des Dünndarms. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 sept.) — Un cas d'atrésie congénitale multiple de l'intestin grêle.

Wanner (P.). Einfluss der acuten Anaemie auf das histologische Bild der Schilddrüse; Beitrag zur Kenntniss der Schilddrüse. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVIII, 1.) — Influence de l'anémie aiguë sur la structure histologique du corps thyroïde.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Courmont (P.). De la virulence des tuberculoses articulaires. (*Province méd.*, 21 oct.)

Fessel (F.). Ueber das Verhalten des Brom im Thierkörper. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 sept.) — Du sort du brome dans l'organisme.

Fowler (J.). An experimental investigation of the action of red bone-marrow on the blood in anæmia. (*Scottish Med. and Surg. Journ.*, sept.) — Recherches expérimentales relatives à l'action exercée par la moelle osseuse rouge sur le sang dans l'anémie.

Kalabine (I.). Des modifications de la muqueuse intestinale et rénale après transplantation de l'uretère dans l'intestin (en russe). (*Vratch*, 23 oct.)

Karfunkel. Schwankungen des Blutalkalescenz-Gehaltes nach Einverleibung von Toxinen und Antitoxinen bei normaler und bei künstlich gesteigerter Temperatur. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 2.) — Des oscillations de l'alcalinité du sang après incorporation de toxines et d'antitoxines à la température normale du corps et pendant l'hyperthermie artificielle.

Korányi (A. von). Beiträge zur Theorie und zur Therapie der Niereninsufficienz, unter besonderer Berücksichtigung der Wirkung des Curare bei derselben. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 sept.) — Recherches expérimentales sur l'insuffisance rénale, sur son traitement et sur l'action du curare dans cet état morbide.

La Franca Cannizzo (S.). Le fine alterazioni del sistema nervoso nell'intossicazione da insufficienza epatica sperimentale. (*Pisani*, mai-août.)

Leo (H.). Untersuchungen über das Wesen des Diabetes mellitus; vorläufige Mitteilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 oct.) — Recherches sur la nature intime du diabète sucré.

Marx. Beiträge zur Lyssaimmunität. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 oct.) — Recherches sur l'immunisation à l'égard de la rage.

Nötzel (W.). Ueber die bactericide Wirkung der Stauungshyperämie nach Bier. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 1.) — Des effets bactéricides de la stase veineuse artificielle d'après la méthode de Bier.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Ascoli (G.) et **Draghi** (A.). Sul ricambio azotato in rapporto a sottrazioni sanguigne. (*Gazz. degli Osped.*, 29 oct.)

Baumgarten (P.). Beiträge zur Lehre von der natürlichen Immunität. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 oct.) — Recherches sur l'immunité naturelle.

Buchner (H.). Natürliche Schutzeinrichtungen des Organismus und deren Beeinflussung zum Zweck der Abwehr von Infectionsprocessen. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 sept. et 3 oct.) — Des moyens de défense propres à l'organisme et de leur utilisation pour prévenir les processus infectieux.

Christomanos (A.). Ueber die Zahl der rothen Blutkörperchen in zwei Fällen von Nebennierenerkrankung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 oct.) — Nombre des globules rouges du sang dans deux cas d'affection des capsules surrénales.

Clairmont (P.). Zur pathogenen Bedeutung des Friedländer'schen Pneumoniebacillus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 oct.) — Le rôle pathogène du pneumobacille de Friedländer.

Lindemann (L.). Die Concentration des Harnes und Blutes bei Nierenkrankheiten mit einem Beitrag zur Lehre von der Urämie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 1-2.) — De la concentration de l'urine et du sang dans les affections rénales, et de l'urémie.

Ponfick (E.). Myxödem und Hypophysis. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 1-2-3.)

Sachs (H.). Ueber die Bedeutung der Leber für die Verwerthung der verschiedenen Zuckerarten im Organismus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 1-2-3.) — Rôle du foie dans l'assimilation des diverses espèces de sucre dans l'organisme.

Schiödte (N.). Undersögelser over stofskiftet ved morbus Basedowii. (*Thèse de Copenhague.*) — Les échanges intra-organiques dans la maladie de Basedow.

Simon (A.). Ueber den Einfluss des künstlichen Schwitzens auf die Magensaftsecretion. Ein Beitrag zur Lehre von den Wechselbeziehungen zwischen Secreten und Excreten. Klinisch-experimentelle Studie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 1-2-3.) — De l'influence exercée par la transpiration artificielle sur la sécrétion du suc gastrique.

Sternberg (W.). Chemisches und Experimentelles zur Lehre vom Coma diabeticum. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 1-2-3.)

MÉDECINE

Aldor (L. von). Ueber den Nachweis der Albumosen im Harn und über die enterogene Albumosurie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 août et 4 sept.) — De la constatation des albumoses dans l'urine et de l'albumosurie d'origine intestinale.

Basch (von). Ueber die Anwendung des Sphygmomanometers in der ärztlichen Praxis. (*Wien. med. Wochensch.*, 2 sept.) — Sur l'emploi du sphygmo-manomètre dans la pratique médicale.

Behla (R.). Die geographische Verbreitung des Krebses auf der Erde. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 25 nov.) — La répartition géographique du cancer.

Bret et **Piéry**. Note sur un cas de maladie bleue tardive par inocclusion du trou de Botal. (*Province méd.*, 21 oct.)

Cabannes (C.). De la tuberculose chronique des oreillettes. (*Rev. de méd.*, oct.)

Cesaris-Demel (A.). Di un nuovo caso di ulcera rotonda dello stomaco di origine sifilitica. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, déc.)

Cohn (M.). Ueber Fixation und Conservirung von Harnsediment. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 1-2-3.) — Fixation et conservation des dépôts urinaires.

Combemale et **Mouton**. Le sérum artificiel, moyen de diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. (*Écho méd. du Nord*, 29 oct.)

Damsch (O.). Zur Lage frei beweglicher Ergüsse im Herzbeutel. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 4-5-6.) — Situation des épanchements mobiles du péricarde.

Divaris (N. G.). Un cas de mort foudroyante à la suite d'un abcès gingival. (*Grèce médicale*, déc.)

Edlefsen (G.). Lehrbuch der Diagnostik der inneren Krankheiten. T. II, 2e partie. In-8°, p. 623 à 916, avec fig. Vienne. — Traité de diagnostic des maladies internes.

ANNÉE 1900

MALADIES INFECTIEUSES

Bandi (I.). A proposito delle vaccinazioni antipestose. (*Riv. d'igiene e sanità pubbl.*, 1er janv.)

Berdach (J.). Bericht über die Meningitis-Epidemie in Trifail im Jahre 1898. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 5-6.)

Cerri (V.). Contributo all'eziologia dell'ittero epidemico. (*Gazz. degli Osped.*, 11 fév.)

Gabel (W.). Eine acute Infections- und Acclimatisationskrankheit. (*Wien. med. Wochensch.*, 20 janv.) — Maladie infectieuse aiguë par défaut d'acclimatation.

Galli-Valerio (B.). Les puces des rats et des souris jouent-elles un rôle important dans la transmission de la peste bubonique à l'homme? (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 6 janv.)

Horcicka (J.). Beitrag zur Verbreitungsweise des Typhus abdominalis durch den Genuss von rohen Austern. (*Wien. med. Wochensch.*, 6 et 13 janv.) — Propagation de la fièvre typhoïde par les huîtres crues.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Adamkiewicz (A.). Stehen alle Ganglienzellen mit den Blutgefässen in directer Verbindung? (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er janv.) — Toutes les cellules ganglionnaires sont-elles en rapport direct avec les vaisseaux sanguins?

Bernhardt (M.). Beitrag zur Pathologie der Bleilähmungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 janv.) — Pathologie des paralysies saturnines.

Boinet (E.). De l'hémichorée præparalytique. (*Arch. gén. de méd.*, janv.)

Bozzolo (C.). Poliencefaliti emorragiche acute da influenza. (*Riv. crit. di clinica med.*, 20 janv.)

Bruïne Ploos van Amstel (P. J. de). Une complication rare de l'ataxie locomotrice progressive. (*Lyon méd.*, 14 janv.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bellini (A.). Igiene della pelle. In-16, 240 p. Milan. — Hygiène de la peau.

Bender (O.). Beiträge zur Histologie der Dermatitis exfoliativa nebst einer Bemerkung über Plasma- und Mastzellen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLIX, 1.)

Chalmers (A.). Report on « henpuye » in the Gold Coast Colony. (*Lancet*, 6 janv.) — Sur le « henpuye » ou « nez de chien », affection endémique dans la colonie de la Côte-d'Or.

Dethlefsen (C. A.). Lupus vulgaris, behandlet med frysning ved hjælp af chloræthyl. (*Hospitalstidende*, 3 janv.) — Lupus vulgaire traité par la réfrigération au moyen du chlorure d'éthyle.

Duckworth (Sir D.). A case of chronic interstitial nephritis in which dermatitis exfoliativa supervened; uraemia; death. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, janv.)

CHIRURGIE

Bardella (O.). Necrosi del testicolo per torsione. (*Gazz. degli Osped.*, 21 janv.)

Beck (C.). Ueber einen verhängnissvollen radiographischen Irrthum. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 janv.) — Sur une erreur radiographique grave.

Berger (P.). Sur les endothéliomes des os. (*Rev. de chir.*, janv.)

Bloch (O.). Sur l'emploi plus restreint de l'anesthésie générale, spécialement sur la pratique de grandes opérations à l'aide de l'application locale de chlorure d'éthyle combinée avec l'anesthésie primaire de chloroforme, et quelques remarques sur la sensibilité des différents tissus du corps humain. (*Rev. de chir.*, janv.)

Braquehaye (J.). La gastrostomie. In-16, 96 p. avec fig.

Brunner (C.) et **Meyer** (C.). Practische Erfahrungen und kritische Bemerkungen über den Werth der Pulverantiseptica bei der Wundbehandlung. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er janv.) — Poudres antiseptiques dans le traitement des plaies.

Coste. Zur Therapie der Patellarfracturen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 4.)

Delatour (H. B.). Gastrectomy for adeno-carcinoma; recovery. (*Med. Record*, 3 fév.)

Ehrhardt (O.). Ueber einige seltenere Schleimbeutelerkrankungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 4.) — De quelques affections rares des bourses muqueuses.

Erdheim (S.). Ueber multiple Dünndarmstenosen tuberculösen Ursprunges. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 janv.) — Des rétrécissements multiples de l'intestin grêle d'origine tuberculeuse.

Gross (H.). Eine Führungssonde für die Gigli-Säge, zum Gebrauch bei Schädeltrepanationen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 6 janv.) — Une sonde pour servir de conducteur à la scie de Gigli dans la trépanation du crâne.

Hau (V.). Panaris diphtérique. (*Lyon méd.*, 28 janv.)

Kabloukov (A.). Deux cas de gastrostomie d'après le procédé de Marwedel (en russe). (*Méd. Obozr.*, janv.)

Kukula. Ueber ausgedehnte Darmresectionen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 4.) — Des résections étendues de l'intestin.

Lewerenz. Ueber die chirurgische Behandlung subcutaner Milzrupturen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 4.) — Traitement chirurgical des ruptures sous-cutanées de la rate.

Longuet (L.). Traitement chirurgical de la tuberculose génitale chez l'homme. (*Rev. de chir.*, janv.)

Lucas (H.). Beitrag zur Penisamputation. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 6 janv.)

Marcy (H.). Note on mortality after operation for large incarcerated herniæ. (*Ann. of Surgery*, janv.)

Montgomery (W.). The treatment of imperforate rectum : an analysis of ten cases, in nine of which colotomy was performed. (*Lancet*, 3 fév.) — Dix cas d'imperforation de l'anus, dont neuf ayant nécessité la colotomie.

Moty. Du traitement des tuberculoses multiples par le curettage et l'ébouillantage. (*Echo méd. du Nord*, 28 janv.)

Narath (A.). Zur Radicaloperation der Varikocele. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 janv.)

PÉDIATRIE

Baginsky (A.). Ein Beitrag zu den secundären Infectionen der Kinder. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVIII, 1-2.) — Des infections secondaires chez les enfants.

Bloch (W.). Ueber den Pemphigus acutus malignus neonatorum (non syphiliticus). (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVIII, 1-2.)

Cramer (H.). Ueber die Nahrungsaufnahme des Neugeborenen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 janv.) — L'alimentation des nouveau-nés au point de vue quantitatif.

Espine (A. d') et **Picot** (C.). Traité pratique des maladies de l'enfance. 2e partie : appareil digestif; cœur; appareil respiratoire; organes génito-urinaires; peau; maladies des nouveau-nés. 6e éd. In-8°, p. 577 à 996.

Kovarsky (G.). Faut-il baigner le nouveau-né? (en russe). (*Vratch*, 22 janv.)

Lachmanski (C.). Beiträge zum acuten und chronischen Gelenkrheumatismus des Kindesalters. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVIII, 1-2.) — Du rhumatisme articulaire aigu et chronique chez les enfants.

Mann (L.). Untersuchungen über die electrische Erregbarkeit im frühen Kindesalter, mit besonderer Beziehung auf die Tetanie. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, janv.) — Recherches sur l'excitabilité électrique chez les enfants en bas âge, notamment dans la tétanie.

Rosenstein (P.). Ueber chronische Myocarditis mit Herzaneurysma im Kindesalter, zugleich ein Beitrag zur Aetiologie derselben. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 1-2.) — De la myocardite chronique avec anévrysme du cœur chez les enfants et de l'étiologie de cette affection.

Still (G.). Day-terrors (pavor diurnus) in children. (*Lancet*, 3 fév.) — Les terreurs diurnes chez les enfants.

Thiemich (M.). Ueber die Diagnose der Imbecillität im frühen Kindesalter. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 janv.) — Du diagnostic de l'imbécillité chez les petits enfants.

20e ANNÉE. — No 10. Vingt centimes le numéro. 7 MARS 1900.

LA
SEMAINE MÉDICALE
Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Reims. — M. le docteur A. Pozzi, professeur de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire, est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Decès, décédé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899).

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Schreiber (E.). Ueber die Entstehung der Harnsäureinfarcte. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 4-5-6.) — Du mode de production des infarctus d'acide urique.

Schulz (F.). Ueber das Wesen der praemortalen Stickstoffsteigerung. (*Münch. med. Wochensch.*, 18 avril.) — Causes de l'augmentation des échanges azotés un peu avant la mort.

Sverginsky (L.). Influence exercée par les toxines du tétanos et de la diphtérie sur les échanges intra-organiques (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, déc.)

Tallqvist (T. W.). Ueber experimentelle Blutgift-Anämieen. In-8°, 204 p. avec tracés. Helsingfors.

Thomas (E.). Etude expérimentale sur l'action de la spartéine. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, déc.)

Winkler (F.). Experimentelle Studien über die functionelle Mitralinsufficienz. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVII, 5-6.) — Recherches expérimentales sur l'insuffisance mitrale fonctionnelle.

MÉDECINE

Doll (K.). Die Lehre vom doppelten Herzstoss. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2, 9 et 16 oct.) — Le choc double du cœur.

Dubard. Massage et pylore. (*Bourgogne méd.*, sept.-déc.)

Faber (P. K.). Om Ledtilfælde hos blödere. (*Hospitalstidende*, 13 sept.) — Les affections articulaires chez les hémophiles.

Ferrari (E.). Zur Kenntnis der Bronchialdrüsen-Erkrankungen; ein Fall von kryptogenetischer Septicopyämie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 sept.) — Septicémie « cryptogénique » consécutive à la fonte purulente d'un ganglion bronchique.

Fuchs. Beiträge zur Kenntnis der Entstehung, des Vorkommens und der Bedeutung « eosinophiler » Zellen, mit besonderer Berücksichtigung des Sputums. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIII, 5-6.) — Recherches sur l'origine, l'existence et la signification des cellules éosinophiles, notamment dans les crachats.

Gabrilowisch (J.). Beitrag zur Kenntnis der Verbreitung des tuberculösen Virus innerhalb des menschlichen Organismus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 sept.) — Sur la dissémination du virus tuberculeux dans l'organisme.

Galvagni (E.). Sulla diagnosi della tubercolosi miliare acuta. (*Riforma med.*, 5 juillet.)

Gobbi (G.). Del soffio presistolico nella insufficienza aortica; dei caratteri che lo distinguono da quello della stenosi mitralica. (*Gazz. degli Osped.*, 1er oct.)

Grön (F.). Coma ved cancer ventriculi. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben.*, sept.) — Coma dans un cas de cancer de l'estomac (*coma dyscrasicum*).

Hahn (R.). Ueber das Wesen und die Ursache der im Anschluss an die Narkose auftretenden Lungenentzündungen. In-8°, 173 p. Leipzig. — Nature et étiologie de la pneumonie post-anesthésique.

Hare (H.) et **Holder** (C.). Some facts in regard to aneurism of the aorta. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Hegar (A.). Tuberculose und Bildungsfehler. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 sept.) — Tuberculose et vices de développement.

Herrmann. Zur Symptomatologie und klinischen Diagnose des primären Lungenkrebses. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIII, 5-6.) — Séméiologie et diagnostic clinique du cancer primitif du poumon.

Krokiewicz (A.). Multiples Adenocarcinom des Magens im Verlaufe von progressiver perniciöser Anämie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 sept.) — Adénocarcinome multiple de l'estomac au cours de l'anémie pernicieuse.

MALADIES INFECTIEUSES

Dombrovsky (Th.). Le sérodiagnostic de la fièvre typhoïde (en russe). (*Rev. méd. de l'hôpit. mil. d'Ouiazdov*, XII, 1-2.)

Könitzer. Ein Fall von Spondylitis typhosa. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 août.)

Nikouline (V.). Notes pratiques sur l'influenza d'après des observations prises depuis 1889 jusqu'en 1899 (en russe). (*Bolnitchn. Gaz. Botkina*, 13, 20 et 27 oct.)

Nuñez (E.). The treatment of yellow fever by the use of potassium bitartrate and salol. (*Philadelphia Med. Journ.*, 11 nov.)

Pinto (V. J.). Relatorio sobre a peste bubonica em Damão (27 de Setembro de 1898 a 28 de Maio de 1899). In-8°, 75 p. Nova Goa.

Report of commission of medical officers detailed to investigate the cause of yellow fever. In-8°, 95 p. avec fig. Washington. — Rapport sur l'étiologie de la fièvre jaune, fait au nom de la mission médicale du service des hôpitaux de la marine des Etats-Unis d'Amérique.

Rolly. Zur Frühdiagnose der Masern. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 sept.) — Du diagnostic précoce de la rougeole.

Salamangas (St.). Fièvre paludéenne péritonitique. (*Grèce médicale*, déc.)

Tchernov (V.). Le météorisme intestinal dans la fièvre typhoïde et son traitement (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, déc.)

Widowitz. Ueber die « Koplik'schen Flecken » bei Masern. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 sept.) — Des taches de Koplik dans la rougeole.

Zupitza. Die Ergebnisse der Pestexpedition nach Kisiba am Westufer des Victoriasees 1897-98. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 2.) — Résultats de la mission envoyée à Kisiba (rive occidentale du lac Victoria) pour l'étude de la peste.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Auerbach (L.). Das terminale Nervennetz in seinen Beziehungen zu den Ganglienzellen der Centralorgane. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, sept.) — Le réseau nerveux terminal dans ses rapports avec les cellules ganglionnaires des centres nerveux.

Baccarani (U.). Sulla geofagia. (*Gazz. degli Osped.*, 1er oct.)

Ball (J. M.). A case of large tumour of the brain, producing few symptoms save ocular changes, with remarks on the value of double optic neuritis as a sign of brain-tumor. (*Philadelphia Med. Journ.*, 28 oct.) — Tumeur volumineuse du cerveau s'étant manifestée presque uniquement par des troubles oculaires et valeur de la névrite optique double comme signe de néoplasie cérébrale.

Basch (S.). A contribution to the study of the gastric crises of tabes. (*Med. Record*, 14 oct.)

Bechterev (W. von). Ueber die Entwickelung der Zellelemente in der Grosshirnrinde des Menschen; vorläufige Mitteilung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er sept.) — Du développement des éléments cellulaires dans l'écorce cérébrale chez l'homme.

Bernstein (A.). Le myoïdème et sa valeur pathologique chez les aliénés (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, déc.)

Binert (A.). Atrophie musculaire progressive d'origine névritique (en russe). (*Roussk. Med. Viéstnik*, 1er oct.)

Bischoff (E.). Ueber die motorischen Leitungsbahnen und die Entstehungsweise epileptischer Anfälle. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 sept.) — Voies d'incitation motrice et mode de production des accès épileptiques.

Bonardi (E.). Contributi clinici ed anatomopatologici alla conoscenza dell'acromegalia (malattia di Marie). (*Morgagni*, sept.)

Brassert (H.). Ueber Errötungsangst. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er oct.) — Sur l'éreuthophobie.

Christiansen (V.). Et atypisk tilfælde af tabes dorsalis. (*Hospitalstidende*, 4 oct.)

Donath (J.). Der epileptische Wandertrieb (Poriomanie). (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXII, 2.) — L'impulsion à la déambulation chez les épileptiques.

Edinger (L.). Anatomische und vergleichend anatomische Untersuchungen über die Verbindung der sensorischen Hirnnerven mit dem Kleinhirn; directe sensorische Kleinhirnbahn etc. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 oct.) — Recherches anatomiques sur les connexions des nerfs crâniens sensoriaux avec le cervelet.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Adler (R.). Die Behandlung des Schweissfusses. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 oct.) — Traitement des sueurs fétides des pieds.

Adrian (C.). Zur Kenntnis des venerischen Bubo und des Buboneneiters. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, XLIX, 1 et 2-3.) — Recherches sur le bubon vénérien et sur le pus qu'il produit.

Brunner (A.). Beitrag zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre. (*Wien. med. Presse*, 17 sept.) — Du traitement de l'ulcère de jambe.

Cipriani (A.). Ein sehr praktisches Verfahren zur Heilung des Unterschenkelgeschwüres. (*Therap. Monatsh.*, août.) — Un procédé pratique de cure de l'ulcère de jambe.

Foustanos (J.). Un cas de sclérodermie générale. (*Grèce médicale*, oct.)

Gassmann (A.). Casuistischer Beitrag zur Psoriasis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, XLIX, 2-3.) — Un cas de psoriasis sous forme de petites éruptions circinées.

Giovannini (S.). Reperto istologico in un caso di acne cornea. (*Gazz. med. di Torino*, 12 oct.)

Guizzetti (P.). Ueber einen Fall von Tuberculum anatomicum. Histologisch-bakteriologische Untersuchungen. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 sept.)

Lewers (A.). A note on leprous fever. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, oct.)

Merken (P.). Beitrag zur Kenntnis des Fibroma molluscum (Virchow). (*Wien. klin. Wochensch.*, 10, 17 et 24 août.) — Recherches sur le fibroma molluscum.

Oppenheim (H.). Zur Dermatomyositis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 sept.)

PARASITOLOGIE

Aall (C.). Et tilfælde af botryocephalus latus. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, août.)

Cohn (L.). Zur Systematik der Vogeltänien. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 31 mars et 26 août.) — Classification des tænias des oiseaux.

Koch (R.). Ueber die Entwickelung der Malariaparasiten. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 1.) — Du développement des parasites de la malaria.

Korbelius (V.). Beitrag zur Frage über das Verhältniss des Pferdes zur Ankylostomiasis des Menschen. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 31 juillet et 21 août.) — Rôle du cheval dans l'étiologie de l'ankylostomiase chez l'homme.

Kossel (H.). Ueber einen malariaähnlichen Blutparasiten bei Affen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Intionskr.*, XXXII, 1.) — Sur un parasite du singe, similaire au parasite de la malaria.

Krause (P.). Beitrag zur Kenntnis des Actinomyces. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 26 août.)

Parona (E.). Intorno a 150 cestoidi dell'uomo raccolti a Milano; considerazioni sulla taenia saginata e sul cysticercus bovis in Italia. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, déc.)

Plimmer (H.) et **Bradford** (J.). Vorläufige Notiz über die Morphologie und Verbreitung des in der Tsetsekrankheit (« fly disease » oder « Nagana ») gefundenen Parasiten. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 28 oct.)

Prowe. Ankylostomiasis in Central-Amerika. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 3.)

Saxer (F.). Pneumomykosis aspergillina; anatomische und experimentelle Untersuchungen. In-8°, 169 p. avec fig. Iéna.

Sonsino (P.). Sugli ultimi resultati esperimentali concernenti il ciclo vitale della filaria Bancrofti nella zanzara, in confronto con quelli sul ciclo vitale del parassita della malaria. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, déc.)

Tanaka (K.). Ueber Aetiologie und Pathogenese der Kedani-Krankheit. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 28 oct.)

CHIRURGIE

Andrews (E.W.) et **Eisendrath** (D.). On the surgical treatment of hæmorrhage from gastric ulcers. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Association française de chirurgie (13e Congrès, tenu à Paris du 16 au 21 octobre 1899). Informations et documents divers. In-8°, 140 p.

Bade (P.). Eine neue Methode der Röntgenphotographie des Magens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 sept.) — Une nouvelle méthode de radiographie de l'estomac.

Bikeles (G.). Eine ungewöhnliche Form von Schussverletzung des Gehirns und die dabei constatirte Hinterstrangdegeneration. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er oct.) — Forme singulière de blessure du cerveau par arme à feu et dégénérescence consécutive des faisceaux postérieurs.

Boinet (E.) et **Delanglade** (E.). Résection d'un diverticule de Meckel atteint de perforation dans le cours d'une fièvre typhoïde. (*Arch. gén. de méd.*, oct.)

Borchgrevink (O.). De dybtsiddende ætsningsstrikturer af ösofagus og deres behandling; retrograd dilatation. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, sept.) — Rétrécissements de l'œsophage consécutifs à l'ingestion de caustiques.

Bovée (J.). The use of gloves in abdominal surgery. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.) — De l'usage des gants en chirurgie abdominale.

Brenner (A.). Zur Radikaloperation von Cruralhernien nach Fritz Salzer. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 4 nov.)

Bryant (J. D.). Operative surgery. 3e éd. T. Ier, In-8°, 612 p. avec fig. Londres.

Carrière (G.) et **Vanverts** (J.). De la ligature des vaisseaux spléniques dans les lésions hypertrophiques et dans les hémorrhagies de la rate. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, sept.-oct.)

Dembowski (Th. von). Zur Drainage der Gallenwege. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 7 oct.) — Du drainage des voies biliaires.

Edebohls (G. M.). A review of the history and literature of appendicitis. (*Med. Record*, 25 nov.)

Etienne (G.). Pronostic des pyosepticémies à staphylocoques. (*Arch. gén. de méd.*, oct.)

Frech (A.). Ueber einen Fall von « centraler, epithelialer, solider » Oberkiefergeschwulst. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LII, 5-6.) — Tumeur solide centrale du maxillaire supérieur, d'origine épithéliale.

Galvagni (E.). Sopra un caso di ascesso freddo prevertebrale. (*Gazz. degli Osped.*, 21 mai.)

Gangolphe et **Piery**. Contribution à l'étude des lésions du sinus latéral dans les traumatismes du crâne. (*Rev. de chir.*, sept.)

Gérard-Marchant et **Demoulin** (A.). Sur les tumeurs et les rétrécissements inflammatoires de la région pylorique de l'estomac et du segment iléo-cæcal de l'intestin. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, sept.-oct.)

Hahn (E.). Ueber Pneumatosis cystoides intestinorum hominis und einen durch Laparotomie behandelten Fall. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 oct.)

Hammer. Traumatisches Hautemphysem durch Pulvergase. (*Beiträge z. klin Chir.*, XXV, 1.) — Emphysème cutané traumatique produit par la déflagration de la poudre.

Harris (H.). Preparation of the abdomen for operation. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Herczel (E.). Beitrag zur operativen Behandlung der narbigen Pylorusstricturen. (*Wien. med. Wochensch.*, 16 sept.) — Trois opérations pour rétrécissements cicatriciels du pylore.

Hopmann. Weiterer Beitrag zur Operation der harten Schädelbasisfibrome ohne praeliminare Operation; nebst Bemerkungen über gewisse Sprachstörungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 sept.) — Traitement chirurgical, en une seule séance, des fibromes durs de la base du crâne.

Karchesy (E.). Ueber die Behandlung veralteter Luxationen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 sept.) — Traitement des luxations anciennes.

Katzenstein. Experimentelle Untersuchungen über Darmvereinigung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 oct.) — Recherches expérimentales sur la suture intestinale.

Knotz (I.). Phlebektasien am Mons pubis und am linken Beine bei einem männlichen, jugendlichen Individuum. (*Wien. med. Presse*, 1er oct.)

Kraft (L.). Bidrag til operationsteknik en ved laparotomi for invagination. (*Hospitalstidende*, 8 nov.)

Krogius (A.). Casuistischer Beitrag zur Kenntnis der Dermoidcysten des Beckenbindegewebes. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 1.) — Kyste dermoïde du tissu cellulaire pelvien.

Kukula (O.). K aetiologii enterorrhagií po uskrinutych kylach. (*Sbornik klinicky*, I, 4.) — Etiologie des hémorrhagies intestinales consécutives à l'étranglement herniaire.

Lennander (K.). Ueber Ausräumung der Lymphdrüsen in der Leiste und längs der Vasa iliaca und der Vasa obturatoria in einer Operation. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 16 sept.) — Extirpation des ganglions lymphatiques situés le long des vaisseaux iliaques et des vaisseaux obturateurs, exécutée en une seule séance.

Lorenzi (N.). Un caso di craniectomia temporanea per tumore cerebrale. (*Ann. di ottalmol.*, XXVIII, 6.)

Maag (H.). Cholecystostomi. (*Hospitalstidende*, 18 et 25 oct.)

Magnússon (G.). Tre ekinokokker, fjernede gennem transpleural incision. (*Hospitalstidende*, 13 déc.)

Maiss (E.). Zur Plastik nach Amputation einer carcinomatösen Mamma. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 oct.)

Malbot (H.). Les abcès du foie en Algérie, et particulièrement leur traitement par un nouveau mode de fixation pariétale du foie; 19 cas personnels. (*Arch. gén. de méd.*, août, sept. et oct.)

Mayo (W.). Some observations on the surgery of the gall-bladder and the bile-ducts. (*Ann. of Surgery*, oct.) — Chirurgie de la vésicule et des conduits biliaires.

UROLOGIE

Amann (J. A. jr.). Ueber Neueinpflanzungen des Ureters in die Blase auf abdominalem Wege zur Heilung von Uretercervicalfisteln. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 août.) — Réimplantation de l'uretère dans la vessie par la voie abdominale pour la cure des fistules urétéro-cervicales.

Benckiser (A.). Ueber abnorm ausmündende Ureteren und deren chirurgische Behandlung. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLI, 3.) — L'implantation anormale des uretères et son traitement.

Kapsammer (G.). Ueber primäre Prostatatuberculose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 oct.)

Krahn. Ueber einen Fall von secundärer Hydronephrose in Folge von Blasenpapillom. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 sept.) — Hydronéphrose consécutive à un papillome de la vessie.

Maiss. Heilung einer Blasen-Scheidenfistel durch die Sectio alta. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 2 sept.) — Guérison d'une fistule vésico-vaginale par la cystotomie sus-pubienne.

Suarez (L.). Sémiologie rénale. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, sept.)

OPHTALMOLOGIE

Aëtius (d'Amida). Augenheilkunde. In-8°, 204 p. Leipzig. — Ophtalmologie (texte grec et traduction allemande par J. Hirschberg).

Besio (E.). Irido-ciclite in seguito a pneumonite fibrinosa. (*Pammatone*, III, 3.)

Birnbacher (A.). Die pathologische Histologie des menschlichen Auges, in Mikrophotogrammen dargestellt. 1. Lieferung : Bindehaut. In-folio, 5 planches avec texte explicatif. Leipzig. — Histologie pathologique de l'œil. Fasc. 1er : la conjonctive.

Domec. Du traitement de la myopie, du glaucome et du kératocone par le massage-pression. (*Bourgogne méd.*, sept.-déc.)

Goldzieher (W.). Therapie der Augenkrankheiten. 2e éd. 1re partie. In-8°, 240 p. Leipzig. — Traitement des maladies des yeux.

Grandclément. Observation d'une jeune fille atteinte tout à la fois de myxœdème et de kératite parenchymateuse, pour servir à déterminer l'étiologie du myxœdème et le meilleur mode de traitement de la keratite parenchymateuse. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Hirschberg (J.). Bemerkungen zur Operation und zur Anatomie der Körnerkrankheit. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 sept.) — Traitement opératoire et anatomie pathologique du trachome.

Krukenberg (F.). Ueber einen neuen, nach Gram sich entfärbenden, semmelförmigen intracellulären Pseudogonoccocus auf der menschlichen Conjunctiva. (*Klin. Monatsblätter f. Augenheilk.*, août.)

Meisling (A.). Om undersögelse af synsfeltet med hvide objekter med smaa synsvinkler, særligt med hensyn til denne undersögelses betydning ved glaukom. (*Thèse de Copenhague.*) — Recherches sur le champ visuel.

Pansier (P.). L'extraction de la cataracte par incision avec lambeau conjonctival adhérent. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Rogman. Sur la pseudo-accommodation dans l'aphakie. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Rohmer. Un cas d'enophtalmie traumatique. (*Ann. d'oculist.*, oct.)

Valude (E.). Action bactéricide des larmes. (*Ann. d'oculist.*, sept.)

Wecker (L. de). L'iritomie appliquée au dégagement de l'iris de la cornée. (*Ann. d'oculist.*, sept.)

Widmark (J.). Mitteilungen aus der Augenklinik des Carolinischen medico-chirurgischen Instituts zu Stockholm. Fasc. 2. In-8°, 110 p. avec fig. Iéna. — Travaux de la clinique ophtalmologique de Stockholm.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Beuttner (O.). Ein Fall von inficirtem Abortus, geheilt vermittels der Atmokausis. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 août.) — Endométrite septique consécutive à un avortement, guérie par la vaporisation intra-utérine.

Breus (C.) et **Kolisko** (A.). Die pathologischen Beckenformen. I. Band. 1. Teil : Allgemeines, Missbildungs-, Assimilations- und Zwergbecken. In-8°, 366 p. avec fig. Vienne. — Les diverses formes pathologiques du bassin.

Brothers (A.). Experiences with intrauterine vaporization. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Cohn. Ueber die Dauererfolge nach vollständiger oder theilweiser Entfernung der Gebärmutteranhänge. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 1.) — Résultats définitifs de l'extirpation complète ou partielle des annexes.

Cumston (Ch. G.). The gonorrheal puerperium. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, oct.)

Doktor. Kaiserschnitt bei Sepsis. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 1.) — L'opération césarienne au cours de la septicémie.

Dührssen (A.). Die Vermeidung von Geburtsstörungen nach Vaginofixation. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 sept.) — Moyens d'éviter les dystocies après hystéropexie vaginale.

Folet. Mort foudroyante par embolie à la suite d'hystérectomie abdominale guérie; symptômes révélateurs d'une embolie menaçante. (*Echo méd. du Nord*, 27 août.)

Grouzdev (V.). Kyste tuberculeux de l'ovaire ou exsudat péritonitique encapsulé (en russe). (*Vratch*, 9 oct.)

Guérard (H. von). Totalexstirpation des Uterus, indicirt durch Beschwerden in Folge von Atmokausis. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 2 sept.) — Hystérectomie pour troubles consécutifs à la vaporisation intra-utérine.

Halban (J.). Beitrag zur Kenntnis der Geburten bei Uterus bicornis bicollis. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 1.) — De l'accouchement dans les cas d'utérus bifide.

Herz (E.). Ein unzweifelhafter Fall von Ueberfruchtung (Superfoetatio). (*Wien. med. Presse*, 3, 10 et 17 sept.) — Un cas non douteux de superfœtation.

Heymann (F.) Beitrag zur Kasuistik der kongenitalen Atresia duodeni. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.)

20e ANNÉE. — N° 11. Vingt centimes le numéro. 14 MARS 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)........ 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)........ 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Athènes. — M. le docteur Protopoulos est nommé professeur de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Catane. — M. le docteur Orazio Modica, privatdocent à la Faculté de médecine de Bologne, est nommé privatdocent de médecine légale.

Faculté de médecine de Copenhague. — M. le docteur H. C. I. Gram, professeur de pharmacologie, est nommé professeur de médecine.

Faculté de médecine de Genève. — M. le docteur Hugues Oltramare, professeur extraordinaire, est nommé professeur ordinaire de clinique et de policlinique des maladies vénériennes et cutanées.

Faculté de médecine d'Innsbruck. — M. le docteur Hans Malfatti, privatdocent de chimie médicale, est nommé professeur extraordinaire.

Queen's College de Cork. — M. le docteur C. Yelverton Pearson, professeur de matière médicale, est nommé professeur de chirurgie, en remplacement de M. Stephen O'Sullivan, décédé.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Lebreton, médecin des hôpitaux de Paris. — M. le docteur Leroy, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Lorenzo Bruno, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Turin. — M. le docteur Karl von Mosengeil, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Bonn. — M. le docteur Anton von Tschurtschenthaler, ancien professeur de pathologie générale et de pharmacologie à la Faculté de médecine d'Innsbruck. — M. le docteur François Sroczynski, privatdocent d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur Thomas Scattergood, lecteur de médecine légale et de toxicologie au Yorkshire College de Leeds. — M. le docteur Edward Lorenzo Holmes, professeur d'ophtalmologie et d'otologie au Rush Medical College de Chicago.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899).

THÈSES DE BORDEAUX

Augé. Des modifications récentes apportées à l'électrolyse des angiomes par l'électropuncture bipolaire.

Barthe. Des divers procédés d'exploration rénale et en particulier de la résection du parenchyme rénal au point de vue diagnostique ou de la néphropsie.

Bellile. Contribution à l'étude de la bronchopneumonie chez les enfants.

Bernard. Recherches expérimentales sur la transmission des incitations motrices dans la moelle épinière.

Boyer. Nouvelles recherches sur l'étiologie de la paralysie générale.

Brochard. Contribution à l'étude des procédés d'isolement du bacille typhique.

Castaing. L'hémostase par les injections hypodermiques de sérum gélatiné (étude clinique).

Chartrou (M[lle]). Contribution à l'étude de la psychose post-éclamptique.

Clavet. Des fistules et des kystes congénitaux de la lèvre supérieure.

Coriveaud. Etiologie et pathogénie des déchirures spontanées du col de l'utérus pendant l'accouchement chez les primipares.

Dufour. De la paralysie générale simple, démente et sans délire.

Fermond. De l'angiome de l'orbite.

Fournié. De l'onirocritie comitiale (les rêves chez les épileptiques).

Gravot. Etude historique et critique des fièvres qui ont régné épidémiquement à Bordeaux en 1805.

Imbert. Etude historique et critique de la symptomatologie des paraplégies par compression.

Kérandel. Les dermatophobies.

Ledoux. Contribution à l'étude des acrodermatites.

Le Maoût. Essai sur l'hygiène des cimetières.

Lenoir. Méralgie paresthésique.

Marque. Résultats éloignés donnés par le brossage dans le traitement de l'ophtalmie granuleuse.

Martin. Du rôle de la veine porte dans la genèse des abcès tropicaux du foie.

Martin. De la fréquence de l'empyème des cavités accessoires du nez (recherches anatomo-pathologiques et cliniques).

Marty. Contribution à l'étude de l'hématomyélie centrale.

Pareau. Les dégénérés hystériques au point de vue médico-légal.

Pouthiou-Lavielle. Contribution à l'étude de l'infundibulum sacro-coccygien et des fistules congénitales para-coccygiennes.

Quintrie-Lamothe. Existe-t-il une thérapeutique propre à l'enfance?

Ribot. L'hygiène et la démographie à Marseille.

Rogé. De la sédentarité; quelques considérations d'hygiène.

Traissac. Contribution à l'étude du traitement des métrites du col avec ectropion; le permanganate de potasse.

Viala. L'opothérapie thyroïdienne appliquée au traitement des affections rhumatismales.

MÉDECINE

Behla (R.). Die geographisch-statistische Methode als Hülfsfactor der Krebsforschung. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 1.) — La géographie et la statistique dans l'étude du cancer.

Escherich. Zur Aetiologie der Dysenterie. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 14 oct.)

Fornaca (L.). Sulla cura meccanica degli edemi. (*Gazz. degli Osped.*, 10 déc.)

Hoover. The diagnostic value of the Wintrich tracheal sound. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.) — La valeur diagnostique du son trachéal de Wintrich.

Hösslin (R. von). Ueber die Behandlung der Fettleibigkeit. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 sept.) — Du traitement de l'obésité.

Jaksch (R. von). Ueber die alimentäre Pentosurie der Diabetiker. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIII, 5-6.)

Jürgensen (Ch.). Hvorledes udföres maveudskylning paa rette Maade? (*Hospitalstidende*, 20 sept.) — La meilleure méthode pour pratiquer le lavage de l'estomac.

Kirchgässer (G.). Ueber chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 et 17 oct.) — De la spondylite ankylosante chronique.

Kolisch (R.). Lehrbuch der diätetischen Therapie chronischer Krankheiten. 1[re] partie. In-8°, 114 p. Vienne. — Traitement diététique des maladies chroniques.

Kraus (E.). Ein durch eine intercurrente Infectionskrankheit als abgeheilt zu betrachtender Fall von medullärer lienaler Leukämie. (*Prag. med. Wochensch.*, 12 et 19 oct.) — Leucémie d'origine splénique guérie sous l'influence d'une maladie infectieuse intercurrente.

Leri (A.). La spondylose rhizomélique. (*Rev. de méd.*, août, sept. et oct.)

Levison. Beitrag zur Casuistik des Pneumothorax bei Gesunden. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 oct.) — Pneumothorax chez un homme sain.

Leyden (E. von) et **Pfeiffer** (E.). Verhandlungen des Congresses für innere Medicin. 17. Congress, gehalten zu Karlsbad vom 11.-14. April 1899. In-8°, LII-668 p. avec fig. Wiesbaden. — Compte rendu du 17[e] Congrès de médecine interne, tenu à Carlsbad en 1899.

Lodoli (G.). Contributo alla fisiopatologia dell'atrofia gialla acuta del fegato. (*Settimana medica*, 21 et 28 oct.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Cavazzani (G.). La simpatectomia addominale nelle forme isteroidi. (*Supplem. al Policlinico*, 25 nov.)

Finkelnburg. Ueber Peroneuslähmung bei Tabes. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, oct.) — De la paralysie du nerf péronier dans le tabes.

Flatau (E.). Atlas des menschlichen Gehirns und des Faserverlaufes. 2[e] éd. In-4°, 36 p. avec 16 planches. Berlin. — Atlas du cerveau humain et du trajet des fibres nerveuses.

Freund (H.). Zwei seltene Fälle von Tetanie. (*Wien. med. Wochensch.*, 23 sept.) — Deux cas rares de tétanie.

Grebner (F.). Die mechanotherapeutische Beeinflussung der Reactionsfähigkeit der Hirncentren. Neuramöbometrische Untersuchungen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 et 28 sept.) — Influence de la mécanothérapie sur le pouvoir de réaction des centres cérébraux.

Heiberg (P.). Et par ord om den forud for tabes dorsalis gaaende syfilis. (*Hospitalstidende*, 27 sept.)

Hirt (L.). Diseases of the nervous system. (Trad. de l'allemand par A. Hoch et F. R. Smith.) 2[e] éd. In-8°, 732 p. avec fig. Londres.

Hoche (A.). Die Neuronenlehre und ihre Gegner. In-8°, 52 p. Berlin. — La théorie des neurones et ses adversaires.

Hösel (O.). Beiträge zur Markscheidenentwickelung im Gehirn und in der Medulla oblongata des Menschen. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, sept.) — Recherches sur le développement des gaines de myéline dans le cerveau et le bulbe.

Jastrowitz (M.). Acute rheumatische Geistesstörung mit acuter rheumatischer Chorea nebst Bemerkungen über die Natur der choreatischen Bewegungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 et 24 août.) — Psychose aiguë d'origine rhumatismale avec chorée rhumatismale aiguë.

Kazowsky (A.). Beitrag zur Lehre von den Veränderungen des Nervensystems bei Erschütterungen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1[er] sept.) — Altérations du système nerveux consécutives à l'ébranlement violent du corps.

Köhl. Pachymeningitis hæmorrhagica interna traumatica. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 oct.)

Krafft-Ebing (R. von). Zur Aetiologie der Chorea Sydenhami. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 oct.)

Kräpelin. Neuere Untersuchungen über die psychischen Wirkungen des Alkohols. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 oct.) — Nouvelles recherches sur les effets psychiques de l'alcool.

Lannois (M.) et **Paviot** (J.). Sclérose en plaques médullaire consécutive à une arthrite tuberculeuse de l'épaule. (*Rev. de méd.*, août.)

Linow (C.). Ueber traumatische Entstehung der Paralysis agitans. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 oct.) — Sur l'origine traumatique de la paralysie agitante.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Nékám (L. A.). Ueber die leukämischen Erkrankungen der Haut. In-8°, 46 p. avec fig. Hambourg.

Patel et **Pinatelle.** Sur trois cas de pemphigus. (*Lyon méd.*, 29 oct.)

Pringle (J.). A case of peculiar multiple sebaceous cysts (steatocystoma multiplex). (*Brit. Journ. of Dermatol.*, oct.)

Róna (S.). Ueber Rhinosclerom : Das Vorkommen und die Verbreitung des Rhinoscleroms in Ungarn; die metastatische Erkrankung der regionären Lymphdrüsen bei Rhinosclerom. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, XLIX, 2-3.) — Le rhinosclérome en Hongrie et les adénites métastatiques dans cette affection.

Stedman (Th. L.). Twentieth century practice: international encyclopedia of modern medical science. Vol. XVIII: Syphilis and leprosy. In-8°, 712 p. Londres.

Ströhmberg (C.). Die Prostitution; ein Beitrag zur öffentlichen Sexualhygiene und zur staatlichen Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten; eine social-medicinische Studie. In-8°, 218 p. Stuttgart.

Tchékane (V.). Cinq cas de syphilis du cerveau observés chez dez paysans (en russe). (*Vratch*, 3 juillet.)

Unna (P.). Natronsuperoxydseife. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 août.) — Le savon au bioxyde de sodium dans le traitement des affections acnéiques.

CHIRURGIE

Monari (A.). Brevi considerazioni cliniche sopra un caso di echinococco suppurato del fegato. (*Gazz. degli Osped.*, 22 oct.)

Oschmann (A.). Ueber die operative Behandlung des tuberculösen Ellenbogengelenks und ihre Endresultate; auf Grund des Materiales aus der Klinik des Herrn Prof. Kocher zu Bern von 1872-1897 incl. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 1 et 2.) — Le traitement opératoire de l'arthrite tuberculeuse du coude et ses résultats définitifs.

Pagenstecher (E.). Die chirurgische Behandlung des Duodenalgeschwürs. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LII, 5-6.) — Traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum.

Parlavecchio (G.). Di un metodo plastico proprio per l'asportazione radicale delle adeniti inguino-crurali ipertrofiche; considerazioni istologiche e cliniche su 67 casi operati. (*Bull. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XIX, 1.)

Parrozzani (A.). Contributo alla chirurgia del polmone. (*Ann. di med. navale*, déc.)

Posselt (A.). Zur Pathologie des Echinococcus alveolaris (multilocularis) der Leber. Symptomatologie und klinische Diagnose. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIII, 5-6.)

Prutz (W.). Mitteilungen über Ileus. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 2.)

Putnam (J.) et **Warren** (J. C.). The surgical treatment of tumours within the spinal canal. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Rehn. Gallenstein-Ileus. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 2.) — Iléus dû à la cholélithiase.

Rovsing (Th.). Et tilfælde af medfödt timeglasformet ventrikel, helbredet ved gastroplastik. (*Hospitalstidende*, 9 août.) — Un cas d'estomac en sablier d'origine congénitale guéri par la gastroplastie.

Salistschef (E.). Exarticulatio interileo-abdominalis. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 1.)

Schiller (A.). Ueber Kropfoperationen an der Heidelberger Klinik in den Jahren 1888-1898. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 3.) — Opérations de goitres à la clinique de Heidelberg de 1888 à 1898.

Seeligmann (L.). Ueber die Drainage nach Laparotomieen mit schweren Complicationen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 sept.) — Du drainage après la laparotomie suivie de complications graves.

Seldowitsch (J.). Ueber Cocainisirung des Rückenmarks nach Bier. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 14 oct.) — Cocaïnisation de la moelle.

Sestini (L.). Emorragie multiple al capo ed al collo consecutive a compressione del torace. (*Ann. di med. navale*, déc.)

UROLOGIE

Newman (D.). Renal cases : selected clinical reports and surgical studies. In-8°, 164 p. Londres.

Noguès (P.) et **Wassermann** (M.). Ueber einen Fall von Infection der hinteren Harnröhre und der Prostata, hervorgerufen durch eine besondere Mikroorganismenform. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 10 oct.) — Infection uréthro-prostatique due à un micro-organisme particulier.

Rovsing (Th.). Blærens kirurgiske sygdomme. In-8°, 227 p. Copenhague. — Les maladies chirurgicales de la vessie.

Vivenza (F.). Ernia inguinale della vescica. (*Supplem. al Policlinico*, 9 sept.)

Wolff (M.). Die Nierenresection und ihre Folgen. In-4°, 82 p. avec fig. Berlin. — La néphrectomie et ses résultats.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Hillmann (H.). Ein Fall von Sectio caesarea ausgeführt wegen Eklampsie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.)

Kelly (H.). The operation for complete tear of the perineum. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.) — Opération pour déchirure complète du périnée.

Küstner (O.). Peritoneale Sepsis und Shock. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 oct.)

Lomer (R.). Zur Beurteilung des Schmerzes in der Gynäkologie. In-8°, 82 p. Wiesbaden. — La valeur diagnostique de la douleur en gynécologie.

Meyer (R.). Ueber epitheliale Gebilde im Myometrium des fötalen und kindlichen Uterus, einschliesslich des Gartner'schen Ganges. In-8°, 154 p. avec fig. Berlin.

Mond (R.). Ueber einen Fall von gleichzeitiger Intra- und Extrauteringravidität. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 sept.) — Un cas de grossesse à la fois intra et extra-utérine.

Odisio (L.). Due casi d'ernia della tromba uterina. (*Clinica chirurgica*, déc.)

Pazzi (M.). Una applicazione di leva nella posizione del Melli cosidetta del Walcher. (*Clinica ostetrica*, juin.)

Peiser (E.). Ein weiterer Beitrag zur Automatie des menschlichen Fötalherzens. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 26 août.) — L'automatisme du cœur chez le fœtus.

Pirolli (G.). Sulle conseguenze delle alterazioni profonde del segmento utero-vaginale in ostetricia. (*Policlinico*, 15 oct.)

Pitha (W.). Einige Bemerkungen zur Vaporisationsfrage. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 août.) — A propos de la vaporisation intra-utérine.

Pryor (W. R.). The treatment of pelvic inflammations through the vagina. In-8°, 224 p. avec fig. Philadelphie.

PÉDIATRIE

Ashby (H.) et **Wright** (G. A.). Diseases of children, medical and surgical. 4e éd. In-8°, 898 p. Londres.

Biedert. Ueber diätetische Behandlung der Verdauungsstörungen der Kinder. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVII, 3-4.) — Traitement diététique des troubles digestifs chez les enfants.

Bogoras (S.). Zur Kenntnis der Zuckerkrankheit im Kindesalter. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVII, 3-4.) — Du diabète infantile.

Böhm (H.). Ueber die sogenannte Landkartenzunge im Kindesalter. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 249.) — De la langue dite en carte géographique chez les enfants.

Callomon (F.). Untersuchungen über das Verhalten der Fäcesgährung bei Säuglingen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, L, 3.) — Recherches sur la fermentation des matières fécales chez les nourrissons.

Cramer (H.). Der Argentumkatarrh des Neugeborenen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 1.) — Le catarrhe consécutif à l'instillation de nitrate d'argent chez les nouveau-nés.

Durante (D.). Edema tossicoemico nei bambini; osservazioni cliniche e ricerche sperimentali. (*Pediatria*, oct.)

Grósz (J.). Beitrag zur Pathologie und Therapie des erworbenen Hydrocephalus. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVII, 3-4.) — Un cas d'hydrocéphalie acquise guérie au moyen de la ponction du ventricule latéral.

Hagen-Torn (O.). Le rachitisme; ses manifestations, son apparition endémique et ses relations avec le degré d'humidité (en russe). (*Vratch*, 23 et 30 oct.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Barth (A.). Zur Percussion des Warzenfortsatzes. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLVII, 1-2.) — Percussion de l'apophyse mastoïde.

Breitung (M.). Mitteilung zur Behandlung der chronischen progressiven Schwerhörigkeit durch hochfrequente Erschütterungsmassage des Trommelfells vermittelst der electromotorischen Luftpumpe. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, août.) — Traitement de l'affaiblissement progressif de l'ouïe par le massage vibratoire au moyen de la pompe à air actionnée par un électromoteur.

Ferrara (G.). L'acido sozoiodolico nelle miringiti croniche semplici o complicate ad otiti medie iperplastiche; nota preventiva. (*Arch. ital. di otol.*, IX, 3.)

Goodale (J.). Acute suppurative processes in the faucial tonsils. (*New York Med. Journ.*, 7 oct.)

Hammerschlag (V.). Die operative Freilegung der Mittelohrräume bei den chronischen Mittelohreiterungen an der Universitäts-Ohrenklinik des Prof. A. Politzer. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 oct.) — La cure radicale des otorrhées.

Jessen (F.). Zur Therapie und Aetiologie der Halslymphome. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 2 sept.) — Traitement de l'hypertrophie des ganglions cervicaux par l'ablation des végétations adénoïdes.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Del Greco (F.). L'istinto sessuale nei delinquenti pazzi. In-8°, 81 p. Nocera.

Grawitz (E.). Ueber Giftwirkungen des Extractum filicis maris aethereum und ihre Verhütung. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 sept.) — Les effets toxiques de l'extrait de fougère mâle et les moyens de les éviter.

Holst (H. F.). Et forgiftningstilfælde. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, sept.) — Intoxication hydrargyrique dans une famille après des frictions mercurielles.

Vogel (K.). Ein Fall von chronischer Trionalvergiftung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 oct.) — Un cas d'intoxication chronique par le trional.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Adducci (D.). 160 casi di pustola maligna curati col sublimato corrosivo in polvere. (*Supplem. al Policlinico*, 21 oct.)

Becker (C.). Handbuch der Medicinalgesetzgebung im Königreich Bayern. T. III : Apotheken, Arzneimittel und Gifte. In-8°, 454 p. Munich. — Manuel des lois sanitaires de la Bavière. T. III : pharmacies, médicaments et poisons.

Bishop (L.). Use of acetanilid in various combinations as a substitute for many proprietary drugs and mixtures. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 9 sept.)

Chelmonski (A.). Jodnatrium und Jodkalium als Heilmittel bei Blutungen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIII, 5-6.) — Effets hémostatiques de la médication iodurée dans l'hémoptysie.

Feer. Zur Bromoformbehandlung des Keuchhustens. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er oct.) — Du traitement de la coqueluche par le bromoforme.

Heymann (R.). Ueber einen Fall von Haemophilie mit erfolgreicher Anwendung der Gelatineinjection. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 août.) — Hémophilie traitée avec succès par les injections de gélatine.

Holsti (H.). Ueber die Resultate der Serumtherapie bei Tetanus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVII, 5-6.)

Liebreich, Mendelsohn et **Würzburg**. Encyklopädie der Therapie. T. III, 2e partie. In-8°, p. 321 à 640. Berlin.

Salkowski. Ueber die antiseptische Wirkung von Salicyl-Aldehyd und Benzoësäure-Anhydrid. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 3.) — Effets antiseptiques de l'aldéhyde salicylique et de l'anhydride benzoïque.

Stefanelli (P.). Sulle iniezioni ipodermiche di sali di ferro di manganese e di arsenico nella cura della clorosi. (*Settimana medica*, 7 et 14 oct.)

BACTÉRIOLOGIE

Baumgarten (P. von) et **Tangl** (F.). Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bacterien, Pilze und Protozoën (13. Jahrgang, 1897). In-8°, 1063 p. Brunswick. — Compte rendu des progrès réalisés dans l'étude des microbes pathogènes pendant l'année 1897.

Ferlito (C.). Sulla diagnosi differenziale del vibrione del colera. (*Gazz. degli Osped.*, 24 sept.)

Fränkel (E.). Ueber den Erreger der Gasphlegmonen. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 et 24 oct.) — De l'agent pathogène du phlegmon gazeux.

Lebell (J.). Recherches sur l'antitoxine dans la bile des animaux enragés. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 25 nov.)

Mankovsky (A.). Un nouveau milieu de culture pour l'isolement et pour le diagnostic différentiel du bacille de la fièvre typhoïde d'avec le colibacille (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, oct.)

Mayer (G.). Zur Kenntnis der säurefesten Bakterien aus der Tuberkulosegruppe. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 10 oct.) — Bactéries du groupe de la tuberculose réfractaires à l'action des acides.

Moxter. Ueber die Wirkungsweise der bakterienauflösenden Substanzen der tierischen Säfte. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 10 oct.) — Du mode d'action des substances bactériolytiques des sucs organiques.

Nötzel (W.). Weitere Untersuchungen über die Wege der Bacterienresorption von frischen Wunden und die Bedeutung derselben. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 1.) — Recherches sur les voies de résorption des bactéries au niveau des plaies récentes.

Thoinot (L. H.) et **Masselin** (E. J.). Outlines of bacteriology. (Trad. du français, annoté et adapté à l'usage des étudiants anglais par W. St. Clair Symmers.) In-12, 330 p. Londres.

GÉNÉRALITÉS

Die gesetzlichen Bestimmungen über die ärztlichen Prüfungen für das Deutsche Reich. In-8°, 30 p. Berlin. — Règlement pour les examens médicaux en Allemagne.

Gayet (J.). Théorie des actes de l'état civil appliquée au service de santé militaire (loi du 8 juin 1893). In-8°, 96 p.

Peyron (E.). Histoire de la léproserie et du prieuré de la Bajasse de Vieil-Brioude (1150-1900). In-18, 348 p. avec fig. Le Puy.

Statistique médicale de l'armée [française] pendant l'année 1897. In-4°, 447 p. avec cartes. Impr. nation.

Watson (C.). Encyclopædia medica. Vol. II : brachial plexus to digestion. In-8°, 568 p. Londres.

20e ANNÉE. — N° 12 Vingt centimes le numéro. 21 MARS 1900

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)....... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)....... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Dans sa séance d'hier, l'Académie de médecine de Paris a élu comme associés étrangers MM. Metchnikoff (de Paris) et Albert (de Vienne).

NÉCROLOGIE

Hier mardi, nous avons eu la douleur de conduire à sa demeure dernière M. le docteur K. A. Linderfelt, qui était chargé depuis cinq ans du travail de la Table générale de la *Semaine Médicale*. Notre regretté collaborateur a succombé à l'âge de cinquante-trois ans, après une courte maladie, et jusqu'à ses derniers moments il a exprimé le regret de ne pouvoir vivre quelques mois de plus pour achever l'œuvre considérable qu'il avait entreprise et à laquelle il s'était consacré tout entier. Cette mort inattendue nous prive d'un rédacteur connaissant presque toutes les langues européennes et d'un confrère d'une aménité parfaite et d'un dévouement absolu.

M. le docteur Truchot, professeur de physique à l'Ecole de médecine de Clermont. — M. le docteur Latrille, professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Poitiers. — M. le docteur Lauzet, chirurgien des hôpitaux de Marseille. — M. le docteur Meynard, chirurgien de l'hôpital de Châtellerault. — M. le docteur Thomas P. Mason, ancien lecteur d'anatomie et de physiologie à Ledwich School of Medicine de Dublin. — M. le docteur E. B. Sangree, ancien professeur de bactériologie et de pathologie au Medical Department of Vanderbilt University de Nashville.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899).

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Baradouline (G.). Production expérimentale de l'anémie pernicieuse au moyen du pyrogallol (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, nov.)

Bezançon (F.) et **Griffon** (V.). Etude expérimentale des arthrites à pneumocoques. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov.)

Binaghi (R.). Sull'azione protettiva del peritoneo nelle infezioni d'origine intestinale. (*Riforma med.*, 14, 15 et 16 nov.)

Goldberg (S.). Ueber Ausscheidung des Tetanusgiftes durch Nierensekretion bei Experimentaltetanus. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 16 nov.) — L'élimination de la toxine tétanique par les reins dans le tétanos expérimental.

Nicolas (J.) et **Arloing** (F.). Essais d'immunisation expérimentale contre le bacille de Löffler et ses toxines, par l'ingestion de sérum antidiphtérique. (*Province méd.*, 28 oct.)

MÉDECINE

Lewin (L.). Untersuchungen über den Begriff der cumulativen Wirkung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 oct.) — Recherches sur la notion de l'action cumulative.

Lucibelli (G.). Sulla reazione di Williamson nel sangue dei diabetici; ricerche cliniche e sperimentali. (*Gazz. degli Osped.*, 29 oct.)

Morel-Lavallée (A.). L'angor pectoris non coronarienne; étude pathogénique de quelques cas; discussion du diagnostic, du pronostic et du traitement. (*Rev. de méd.*, oct.)

Müller (L. R.). Beitrag zur Lehre von der ankylosirenden Entzündung der Wirbelsäule. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 oct.) — De la spondylite ankylosante.

Oppenheimer (C.). Ueber einen bequemen Nachweis von Aceton im Harn und anderen Körperflüssigkeiten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 sept.) — Sur un procédé commode de recherche de l'acétone dans l'urine et dans d'autres liquides de l'organisme.

Ott (A.). Ueber Percussion des Herzens. (*Prag. med. Wochensch.*, 24 et 31 août.) — De la percussion du cœur.

Pavlovskaïa (Mme R.). Taïtzi, le premier sanatorium suburbain pour les tuberculeux nécessiteux en Russie. (*Rev. de la tuberculose*, oct.)

Pirone (R.). Ueber Lebercirrhose. (*Wien. med. Wochensch.*, 9 sept.) — De la cirrhose du foie.

Predtetchensky (V.). La chylurie nostras et ses causes (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, déc.)

Rose (U.). Zur Kenntnis der Zuckergussbildung an serösen Häuten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 sept.) — Des placards infiltrés des séreuses.

Sansoni (L.) et **Fornaca** (L.). Su di un particolare bacillo gazogeno isolato dal contenuto gastrico di una ammalata affetta da agitazione peristaltica dello stomaco. (*Clinica medica italiana*, déc.)

Scholtz (W.). Ueber den Nachweis von Arsen auf biologischem Wege in den Hautschuppen, Haaren, Schweiss und Urin. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 oct.) — Méthode biologique de recherche de l'arsenic dans les débris épidermiques, les cheveux, la sueur et les urines.

Schröder (G.) et **Nägelsbach** (W.). Diazoreaction im Harne und Bacterienbefunde im Blute von Phthisikern. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 et 17 oct.) — Diazoréaction de l'urine et recherche des bactéries dans le sang des phtisiques.

Scott (J.). A case of acute gangrenous pancreatitis, with fat necrosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Sestini (L.). La tubercolosi polmonare nell'esercito e nell'armata italiani. (*Ann. di med. navale*, nov.)

Simbriger (F.). Ein Fall von Magentetanie. (*Prag. med. Wochensch.*, 21 sept., 5 et 26 oct.) — Sur un cas de tétanie gastrique.

Stengel (A.). The immediate and remote effects of athletics upon the heart and circulation. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.) — Influence des exercices physiques sur le cœur et la circulation.

Strandgaard (N. J.). Gigt og urinsur diatese, kritisk belyst. (*Thèse de Copenhague.*) — Goutte et diathèse urique.

Tarchetti (C.). Sulla formazione di filamenti (Fadenbildung). (*Gazz. degli Osped.*, 29 oct.)

Turck (F.). Treatment of the abdominal viscera through the colon. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 oct.) — Traitement des affections des viscères abdominaux à travers le côlon.

Türk (W.). Pseudoleukämie und Lymphosarkomatose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 oct.)

Vysín (V.). O leukaemii. (*Sborník klinický*, I, 4.)

Wille (E.). Die alimentäre Glykosurie und ihre Beziehungen zu Pancreasaffectionen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIII, 5-6.)

Wilson (C.) et **Flexner** (S.). Report of a case of Hodgkin's disease, showing long periods of fever. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Zaudy. Peritonitisartiger Symptomencomplex im Endstadium der Addison'schen Krankheit. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 4-5-6.) — Syndrome pseudo-péritonitique spécial à la maladie d'Addison.

MALADIES INFECTIEUSES

Curschmann (H.). Zur Untersuchung der Roseolen auf Typhusbacillen. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 nov.) — Recherche du bacille typhique au niveau des taches rosées lenticulaires.

Droba (S.). Der Zusammenhang zwischen Typhusinfection und Cholelithiasis auf Grund eines in der Klinik operirten Falles. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 nov.) — Rapports de l'infection typhoïdique avec la cholélithiase.

Franz (K.). Klinische Beobachtungen während einer Masernepidemie unter den Soldaten der Wiener Garnison, mit besonderer Berücksichtigung der Diazoreaction im Harne und der Blutbefunde. (*Wien. med. Wochensch.*, 4, 11 et 18 nov.) — Recherches sur la diazoréaction de l'urine et sur l'état du sang dans la rougeole.

Hall (H.). The etiology of scarlet fever. (*Med. Record*, 11 nov.)

Nesti (G.). La recidive della febbre tifoide. (*Settimana medica*, 11 et 18 nov.)

Richter (W.). Ein Fall von Weil'scher Krankheit mit Sectionsprotokoll. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 oct.) — Sur un cas de maladie de Weil avec autopsie.

Seitz (J.). Streptococcen-Alveolitis. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 nov.)

Stange (V.). Des bains froids dans la fièvre typhoïde (en russe). (*Vratch*, 9 oct.)

Thomson (W.). Ten years' experience with typhoid fever at the Roosevelt Hospital. (*Med. Record*, 11 nov.) — Dix années d'expérience relative à la fièvre typhoïde à l'hôpital Roosevelt.

Turner (A.). The diphtheria mortality of the three principal Australian colonies for the past fifteen years, with special reference to the influence of antitoxin on the death-rate. (*Brit. Med. Journ.*, 18 nov.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Mayet (L.). L'indice céphalique des épileptiques. (*Lyon méd.*, 1er et 8 oct.)

Nonne. Ein Fall von angeborener einseitiger Facialislähmung. (*Mitteil. aus den Hamburg. Staatskrankenanstalten*, II, 2.) — Un cas de paralysie faciale unilatérale et congénitale.

Petrina (Th.). Ueber cerebrale Muskelatrophie. (*Prag. med. Wochensch.*, 5, 12 et 19 oct.)

Pilcz (A.). Ueber Beziehungen zwischen Paralyse und Degeneration. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, juillet.) — Des rapports existant entre la paralysie générale et la dégénérescence.

Probst (M.). Ueber vom Vierhügel, von der Brücke und vom Kleinhirn absteigende Bahnen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 3-4.) — Des voies descendantes des tubercules quadrijumeaux, de la protubérance et du cervelet.

Procházka (F.). Syringomyelie a trauma. (*Casopis lékaru ceskych*, 30 déc.) — Syringomyélie et traumatisme.

Raecke. Paralyse und Tabes bei Eheleuten. Ein Beitrag zur Aetiologie beider Krankheiten. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, oct.) — Pathogénie de la paralysie et du tabes chez les conjoints.

Sachs (H.) et **Freund** (C. S.). Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchung und Begutachtung. In-8°, 581 p. avec fig. Berlin. — Les affections du système nerveux consécutives à des accidents, surtout au point de vue de l'examen et des expertises.

Schlesinger (H.). Hydrops hypostrophos. Ein Beitrag zur Lehre der acuten angioneurotischen Oedeme. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 août.)

Schönborn (S.). Ein Beitrag zur Frage der Combination organischer Nervenerkrankungen mit sog. functionellen Neurosen. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 oct.) — Coexistence de quelques affections nerveuses organiques avec des névroses dites fonctionnelles.

Seeligmüller (S.). Casuistische Beiträge zur Lehre von der Hyperhidrosis unilateralis faciei bei Erkrankungen des Centralnervensystems. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 3-4.) — Hyperhidrose unilatérale de la face dans les affections du système nerveux central.

Strauss (H.). Tabes und Glycosurie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 oct.)

Tonoli (G.). Dimissioni precoci di alienati. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXV, 3-4.)

Turri (R.). Sulla tabe dorsale. (*Conferenze cliniche italiene*, II, 27.)

Van Gehuchten (A.). Un cas de syringomyélie avec troubles de la sensibilité à topographie radiculaire et avec troubles moteurs à marche descendante. (*Journ. de neurol.*, 5 sept.)

Wetzel. Ueber Syringomyelie. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 août.)

Wille. Neuralgia epidemica (localis). (*Münch. med. Wochensch.*, 15, 22 et 29 août.)

CHIRURGIE

Cavazzani (G.). Ascesso centrale traumatico del midollo spinale, operato e guarito. (*Riv. veneta di scienze med.*, 15 juin.)

Sgambati (O.). Neuer Trokar zur Exploration pathologischer Gewebe. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 23 sept.) — Un nouveau trocart pour l'exploration des tissus pathologiques.

Stapler (D.). Neue Nahtmethoden mit ausziehbaren Fäden. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 14 oct.) — Nouvelles méthodes de sutures au moyen de fils qu'on peut extraire.

Steiner. Ueber grosscystische Degeneration der Nieren und der Leber. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 oct.) — De la dégénérescence kystique (gros kystes) des reins et du foie.

Stern (C.). Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Elephantiasis. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 oct.) — Traitement chirurgical de l'éléphantiasis.

Stinson (J.). Observations on the surgical anatomy and methods of cure of inguinal hernia; preferable operations. (*Ann. of Surgery*, oct.)

Stonham (C.). Manual of surgery. Vol. I: General surgery. In-8°, 758 p. Londres.

Terrier (F.) et **Reymond** (E.). Chirurgie de la plèvre et du poumon. In-18, 296 p. avec fig.

Theilhaber (A.). Die operative Behandlung der tuberkulösen Peritonitis. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.)

Trendelenburg (F.). Ueber Milzexstirpation wegen Zerreissung der Milz durch stumpfe Gewalt und über die Laparotomie bei schweren Bauchcontusionen überhaupt. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 et 12 oct.) — Sur la splénectomie pour rupture de la rate et sur la laparotomie dans les contusions graves de l'abdomen.

Tricomi. Esperimenti sull'emostasi del fegato; 5 epatectomie parziali. (*Policlinico*, 15 sept. et 15 oct.)

Trzebicky (R.). Zur Radicaloperation der Leistenbrüche nach Kocher. (*Wien. med. Wochensch.*, 16 sept.) — Cure radicale des hernies inguinales d'après la méthode de Kocher.

Vanverts (J.). De la cure radicale de la hernie inguinale sans fils perdus, en particulier par le procédé de Villar. (*Echo méd. du Nord*, 22 oct.)

Wanitschek. Ein Fall von plötzlichem Tod während der Narkose. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 sept.) — Mort subite pendant l'anesthésie chloroformique.

Watten. Zur operativen Behandlung der Eichelhypospadie. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 23 sept.)

Wunderlich (O.). Ueber die Misserfolge der operativen Behandlung der Bauchfelltuberculose. (*Arch. f. Gynäkol*., LIX, 1.) — Les insuccès du traitement opératoire de la péritonite tuberculeuse.

Zweifel (P.). Kniehebelklemmen zur Blutstillung durch grossen Druck. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 16 sept.) — Pinces à forcipressure pour l'hémostase.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ross (J.). Chronic volvulus produced by absorption of a myomatous tumor after salpingo-oophorectomy : a clinical note. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 sept.)

Schäffer (O.). Atlas und Grundriss der Gynäkologie. 2e éd. In-8o, 262 p. avec 96 planches. Munich.

Schlutius (K.). Vaporisatio uteri. (*Wien. med. Presse*, 15 oct.)

Schülein (W.). Beitrag zur Castration bei Fibromyomen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 sept.)

Schütz (J.). Wann ist bei gynäkologischen Erkrankungen eine operative Behandlung indicirt? (*Wien. med. Presse*, 30 juillet et 6 août.) — Du moment opportun pour l'intervention opératoire dans les affections gynécologiques.

Semmelweis (I. Ph.). Die offenen Briefe an Professoren der Geburtshilfe. Nebst einem Vorwort und Mitteilungen über Ed. von Siebold, von Scanzoni und Spaeth, herausgegeben von J. Grosse. In-8o, 166 p. Dresde. — Lettres ouvertes adressées à des professeurs d'obstétrique.

Stapler (D.). Zur Vaporisationsfrage. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 août.)

Stratz (C.). Kolpotomia lateralis; vorläufige Mitteilung. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 23 sept.)

Transactions of the Edinburgh Obstetrical Society (session 1898-1899). T. XXIV. In-8o, 160 p. Edimbourg.

Weber (E.). Zehn Fälle von Sectio caesarea mit sagittalem Fundalschnitt. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 sept.) — Dix cas d'opération césarienne au moyen de l'incision sagittale du fond de la matrice.

Winckel (F. von). Ueber die Einteilung, Entstehung und Benennung der Bildungshemmungen der weiblichen Sexualorgane. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 251 et 252.) — Classification, pathogénie et nomenclature des arrêts de développement des organes génitaux de la femme.

Wormser (E.). Eine Gefahr der Brutapparate. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 23 sept.) — Sur un danger des couveuses.

Zangemeister (W.). Soll die Perforation stets mit der Extraction des Kindes verbunden werden? (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 oct.) — La perforation du crâne doit-elle toujours être suivie de l'extraction de l'enfant?

PÉDIATRIE

Kelley (S.). The semeology of the attitude and motor state in children. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 7 oct.) — La séméiologie des attitudes et des manifestations motrices chez les enfants.

Malbot (H.). L'art d'élever les enfants en Algérie. In-8o, 84 p. Constantine.

Orbán (R.). Ueber das Vorkommen der Lactase im Dünndarm und in den Säuglingsfaeces. (*Prag. med. Wochensch.*, 17, 24 et 31 août.) — Présence de la lactase dans l'intestin grêle et dans les matières fécales des nourrissons.

Pfaundler (M.). Zur Serodiagnostik im Kindesalter. Mit einem Beitrag zur Kenntnis der ruhrartigen Erkrankungen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, L, 3.) — Sur le sérodiagnostic chez les enfants et sur les affections dysentériques.

Piering (O.). Ueber die Grenzen des Körpergewichtes Neugeborener. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.) — Limites du poids du corps des nouveau-nés.

Reimann (H.). Ein Fall von acuter Leukämie mit Thymustumor bei einem neunjährigen Mädchen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 sept.) — Leucémie aiguë avec gonflement du thymus chez une fillette de neuf ans.

Sack (N.). Ueber acute und chronische Adenoiditis bei Kindern. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 16 et 19 oct.)

Szalárdy (M.). Ueber Ernährung von mit Lues hereditaria behafteten Säuglingen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 24 sept.) — L'alimentation des nourrissons hérédo-syphilitiques.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Laubinger (H.). Beiträge zur Casuistik der Othämatome und der Perichondritis. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLVII, 1-2.)

Leland (G.). Tonsillar and circumtonsillar abscess. (*New York Med. Journ.*, 7 oct.)

Leutert (E.). Bakteriologisch-klinische Studien über Complicationen acuter und chronischer Mittelohreiterungen. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLVI, 3-4 et XLVII, 1-2.) — Recherches bactériologiques et cliniques sur les complications des otorrhées aiguës et chroniques.

Lucae (A.). Ueber cariöse und traumatische Labyrinthläsionen mit besonderer Berücksichtigung der Schwindelerscheinungen und der Ausfall des Weber'schen Versuches nebst einigen technischen Bemerkungen zur sog. Radicaloperation. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLVII, 1-2.) — Lésions labyrinthiques dues à la carie osseuse et au traumatisme; accès de vertige; résultat négatif de l'expérience de Weber; opération radicale en pareille occurrence.

Merx. Ueber einen Fall von chronischer Urticaria der Schleimhaut der Halsorgane. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 sept.) — Urticaire chronique de la muqueuse du pharynx.

Muck. Bezold'sche Mastoiditis bei Kindern. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXV, 3.) — Mastoïdite de Bezold chez les enfants.

Pérez Avendaño (B.). Crup; tubage del larinx; modificación de instrumentos. (*Thèse de Buénos-Ayres.*)

Stetter. Zur conservativen Specialbehandlung der chronischen Mittelohreiterung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 et 18 sept.) — Traitement conservateur de l'otorrhée.

HYGIÈNE

Accorimboni (F.). La cura igienica della tubercolosi e i sanatori pei tisici. (*Idrologia e Climatologia*, juillet-déc.)

Aubert. De l'imperméabilisation du sol des habitations collectives des malades et essai de paraffinage à l'hôpital Villemanzy. (*Ann. d'hyg. publ.*, oct.)

Babucke. Ueber die Kohlensäureverunreinigung der Luft in Zimmern durch Petroleumöfen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 1.) — Viciation de l'air des appartements par l'acide carbonique dégagé par les poêles à pétrole.

Bang (B.). La lutte contre la tuberculose animale par la prophylaxie. (*Nord. med. Arkiv*, XXXII, 4.)

Bericht über den Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit. Berlin, 24.—27. Mai 1899. In-8o, 855 p. avec fig. Berlin. — Comptes rendus des séances du Congrès de la tuberculose tenu à Berlin en 1899.

Bonardi (E.). Il lato sociale della questione della tubercolosi. (*Morgagni*, déc.)

Fluteau (J.-B.) et **Carlier** (G.). Les eaux de Versailles. (*Ann. d'hyg. publ.*, juillet et sept.)

Klein (E.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Verbreitung des Bacillus pseudotuberculosis. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 6 sept.)

Lüddeckens. Impfung und Mückenstiche. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 sept.) — Vaccination et transport du vaccin par le grattage sur des piqûres d'insecte.

Macé (E.) et **Imbeaux** (E.). Recherches sur la teneur microbienne des eaux de la Moselle et de la Meurthe. (*Ann. d'hyg. publ.*, nov.)

Monin (E.). A higiene do estomago (guia pratico da alimentação). In-16, 399 p.

Pettersson (A.). Experimentelle Untersuchungen über das Conserviren von Fleisch und Fisch mit Salzen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 oct.) — Recherches expérimentales sur la conservation des viandes et du poisson par la salaison.

Pirocchi (T.). La profilassi sociale della tubercolosi. In-8o, 14 p. Naples.

Rubner (M.). Lehrbuch der Hygiene. 6e éd. In-8o, 976 p. avec fig. Vienne.

BACTÉRIOLOGIE

Seng (W.). Ueber die qualitativen und quantitativen Verhältnisse der Eiweisskörper im Diphtherieheilserum. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXI, 3.) — Analyse qualitative et quantitative des substances protéiques contenues dans le sérum antidiphtérique.

Sicherer (O. von). Zur Chemotaxis der Leukocyten in vitro. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 10 oct.)

Sitsen (A.). Ueber den Einfluss des Trocknens auf die Widerstandsfähigkeit der Mikroben Desinfectionsmitteln gegenüber. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 15 juillet.) — Influence de la dessiccation sur la résistance des microbes à l'égard des substances désinfectantes.

Tizzoni (G.). Sul modo di determinare la potenza del siero antitetanico col metodo della mescolanza in vitro. (*Riforma med.*, 20, 21, 23, 24 et 25 oct.)

Tsiklinsky (Mlle). Sur les microbes thermophiles des sources thermales. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct.)

Unna (P.). Meine bisherigen Befunde über den Morococcus. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er août.)

Van Harrevelt (H.). Ueber einen bei der bakteriologischen Fleischbeschau aufgefundenen Diplococcus. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 31 juillet.) — Sur un diplocoque trouvé à l'occasion d'un examen bactériologique de viandes.

Vincent (H.). Recherches bactériologiques sur l'angine à bacilles fusiformes. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, août.)

Viquerat. Beitrag zur Tuberkulinfrage. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 29 sept.)

Winogradsky (S.) et **Oméliansky** (V.). L'influence des substances organiques sur le travail des microbes nitrificateurs. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VII, 3.)

Wittich (H.). Beiträge zur Frage der Sicherstellung der Typhusdiagnose durch kulturellen Nachweis auf Harngelatinenährboden. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 14 oct.) — Diagnostic de la fièvre typhoïde au moyen d'essais de culture sur gélatine additionnée d'urine.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Acta falcultatis medicae universitatis Vindobonensis. 1436-1501. Auf Veranlassung des medicinischen Doctorencollegiums aus der Original-Handschrift herausgegeben von Dr. K. Schrauf. In-8o, XX-262 p. Vienne.

Becker (E.). Die Geschichte der Medicin in Hildesheim während des Mittelalters; nach den Quellen bearbeitet. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 4-5-6.) — L'histoire de la médecine à Hildesheim au moyen âge.

Bloch (I.). Die geschichtliche Entwickelung der wissenschaftlichen Krankenpflege. (*Berlin. Klinik*, oct.) — Développement historique des procédés scientifiques pour soigner les malades.

Ebstein (W.). Zur Geschichte des Englischen Schweisses. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVIII, 1.) — Recherches historiques sur la suette miliaire.

Hartmann (F.). Die Medicin des Theophrastus Paracelsus von Hohenheim. Vom wissenschaftlichen Standpunkte betrachtet. In-8o, 251 p. avec fig. Leipzig.

His. Geschichte der medicinischen Klinik zu Leipzig, zur Feier des 100jährigen Bestehens der Klinik dargestellt. In-8o, 55 p. avec fig. Leipzig.

Kölliker (A.). Erinnerungen aus meinem Leben. In-8o, 399 p. avec portraits et fig. Leipzig. — Souvenirs de ma vie.

20e ANNÉE. — N° 13. Vingt centimes le numéro. 28 MARS 1900.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur J.-A. Courmont, agrégé, est nommé professeur d'hygiène, en remplacement de M. Bard.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur L. Krehl, professeur à la Faculté de médecine de Marbourg, est nommé professeur ordinaire de clinique médicale, en remplacement de M. Mosler, démissionnaire.

Faculté de médecine de Kiev. — M. le docteur N. Néiélov est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Naples. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Luca Chinni (*anatomie*); Bartolomeo Baculo (*pédiatrie*); Felice Piccinino (*électrothérapie*).

Faculté tchèque de médecine de Prague. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à M. le docteur Rudolf Kimla, privatdocent d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Turin. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Riccardo Galeazzi et Bartolo Nigrisoli (*chirurgie et médecine opératoire*); Alberto Biagini et Enrico Mensi (*pédiatrie*); Francesco Abba et Carlo Mazza (*hygiène*); Vitige Tirelli (*médecine légale*).

Faculté de médecine d'Utrecht. — M. le docteur Kohlbrugge est nommé privatdocent des maladies des pays chauds.

Faculté de médecine de Varsovie. — M. le docteur P. V. Nikolski, privatdocent à la Faculté de médecine de Kiev, est nommé professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Julius Neumann est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur S. Yakovlev est nommé privatdocent de syphiligraphie.

VARIA

Dans sa séance d'hier, l'Académie de médecine de Paris a élu comme associés étrangers MM. Patrick Manson (de Londres) et von Bergmann (de Berlin).

NÉCROLOGIE

M. le docteur Beauregard, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — M. le docteur M. H. Saxtorph, ancien professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Copenhague. — M. le docteur J. Hofmokl, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur F. E. Aub, président de l'Association générale des médecins allemands (1). — M. le docteur W. Adams, ancien lecteur d'anatomie pathologique à St. Thomas's Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur John A. Murphy, ancien professeur de médecine au Miami Medical College de Cincinnati. — M. le docteur Adolfo Murillo, doyen de la Faculté de médecine de Santiago de Chili.

(1) L'Association générale des médecins allemands (*Deutscher Aerztevereinsbund*) se compose de 291 Sociétés comprenant 15,939 membres sur un total de 26,689 médecins exerçant en Allemagne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Carazzi (D.). Manuale di tecnica microscopica : guida pratica per le ricerche di citologia e istologia animale con una appendice di tecnica batteriologica e d'istologia patologica. In-8°, 311 p. Milan.

Deniker (J.). Les races de l'Europe : l'indice céphalique en Europe. In-8°, 119 p.

François-Franck (Ch.-A.). Anatomie du nerf vertébral chez l'homme et les mammifères; le nerf vertébral comme nerf sensible et vasomoteur. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Livini (F.). Della terminazione dei nervi nella tiroide e delle fessure pericellulari nelle vescicole tiroidee. (*Sperimentale*, LIII, 3.)

Ramón y Cajal (S.). Die Structur des Chiasma opticum nebst einer allgemeinen Theorie der Kreuzung der Nervenbahnen. (Trad. de l'espagnol par J. Bresler.) In-8°, 66 p. Leipzig.

Vialleton (L.). Précis de technique histologique et embryologique; guide de l'étudiant aux travaux pratiques d'histologie. In-16, 439 p. avec fig.

Ziehen (Th.). Makroskopische und mikroskopische Anatomie des Rückenmarks und des Gehirns. 1re partie. In-8°, 402 p. Iéna. — Anatomie macroscopique et microscopique de la moelle et du cerveau.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Castaigne (J.) et **Bender** (X.). Etude expérimentale sur les causes de mort après ligature brusque de la veine porte. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov.)

Darrah (P. W.). The resuscitation of animals « poisoned » with illuminating gas; an experimental study. In-8°, 4 p. Philadelphie.

Friedrich. Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der chirurgischen Tuberkulose, insbesondere der Tuberkulose der Knochen, Gelenke und Nieren, und zur Kenntnis ihrer Beziehung zu Traumen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 5-6.) — Recherches expérimentales sur la tuberculose des os, des articulations et des reins dans ses rapports avec les traumatismes.

Grawitz (E.). Ueber die Beeinflussung der Blutmischung durch kurzdauernde Kälteeinwirkungen. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 18 nov.) — Modifications du sang par l'action passagère du froid.

Katzenstein (J.). Ueber einige experimentelle Beobachtungen an der Schilddrüse. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 nov.) — Recherches expérimentales sur le corps thyroïde.

Lépine (R.). Sur la température du pancréas dans l'hyperthermie consécutive aux piqûres du cerveau et à certaines intoxications. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov.)

Mollard (J.) et **Regaud** (Cl.). Contribution à l'étude expérimentale des myocardites; lésions chroniques du myocarde consécutives à l'intoxication diphtérique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

MÉDECINE

Allbutt (Th. C.). System of medicine. T. VIII. In-8°, 1014 p. Londres.

Bachmann (W.). Experimentelle Studien über die diätetische Behandlung bei Superacidität (Hyperchlorhydrie und Hypersecretion). (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, V, 3.)

Bäcklin (E.). Einige Bemerkungen über das Regurgitieren. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, V, 3.) — Notes sur le mérycisme.

Berry (R.). A case of meningitis presenting some peculiarities. (*Lancet*, 11 nov.)

Broïde (A.). Sur un pneumothorax à évolution lente et sur le traitement employé dans ce cas (en russe). (*Klinitch. Journ.*, oct.)

Bruce (J. M.). Principles of treatment, and their applications in practical medicine. In-8°, 632 p. Londres.

Bruscalupi. Un caso di vizio congenito di cuore con iperglobulia notevole. (*Settimana medica*, 18 nov.)

Candido (J.). Influencia da gravidez sobre as molestias do coraçao. (*Brazil-medico*, 15 et 22 nov.)

Charteris. Practice of medicine. 8e éd. In-8°, 672 p. Londres.

De-Silvestri (E.). Setticemia da leptothrix. (*Gazz. degli Osped.*, 24 déc.)

Donath (J.). Beiträge zur Pathologie und Therapie der Basedow'schen Krankheit. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 1-2-3.)

Ebstein (W.). Klinische Beiträge zur Lehre von der Herzarhythmie, mit besonderer Rücksicht auf die Myocarditis fibrosa. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 1-2.)

Eccles (A. S.). Difficult digestion due to displacements. In-8°, 138 p. Londres.

Einhorn (M.). Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der Magenerosionen. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, V, 3.) — Sur les érosions de l'estomac.

Ferrannini (A.). Sul meccanismo di utilizzazione del levulosio nei diabetici. (*Policlinico*, 1er nov.)

Freudenthal (G.). Ueber eine anfallsweis auftretende Schwellung der Parotis und ihr Fortbleiben während der Schwangerschaft; homonymes Leiden bei dem Ehemanne. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 oct.) — Sur une tuméfaction de la parotide survenant par accès chez deux conjoints; absence de cette tuméfaction chez la femme durant la grossesse.

Graziani (G.). Considerazioni intorno all'albuminuria temporanea e continua nella costituzione linfatico-scrofolosa. (*Gazz. degli Osped.*, 19 nov.)

Groddeck. Ueber Messen und Wägen in der ärztlichen Thätigkeit. (*Wien. med. Presse*, 22 et 29 oct.) — Mensuration et pesée des malades.

Heldenbergh (C.). De la dyspepsie par ptose néphro-urétéro-vésicale ou par insuffisance motrice des voies urinaires. (*Belgique méd.*, 23 nov.)

His (W.). Die Ausscheidung von Harnsäure im Urin der Gichtkranken, mit besonderer Berücksichtigung der Anfallszeiten und bestimmter Behandlungsmethoden. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 1-2.) — L'excrétion de l'acide urique chez les goutteux.

Hochhaus et **Reinecke.** Ueber chronische Degeneration des Herzmuskels. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 nov.) — De la dégénérescence chronique du muscle cardiaque.

Jaksch (R. von). Casuistische Beiträge zur Kenntnis der im Verlaufe der chronischen interstitiellen Leberentzündung vorkommenden Gefässgeräusche. (*Prag. med. Wochensch.*, 19 oct., 2 et 16 nov.) — Les souffles vasculaires dans la cirrhose du foie.

Jessen (F.). Ueber cardiale und nervöse Störungen aus gastro-intestinaler Ursache. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 oct.) — Troubles cardiaques et nerveux d'origine gastro-intestinale.

Lagleyze (P.). L'œil et les dents; relations pathologiques. In-8°, 61 p.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Cöster. Ein Beitrag zu der Entstehung der Erkrankungen des Centralnervensystems in specie der multiplen Sklerose durch Trauma. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 oct.) — Un cas de sclérose en plaque d'origine traumatique.

Crocq (J.). Un cas d'ophtalmoplégie orbitaire. (*Journ. de neurol.*, 20 nov.)

Deiters. Beitrag zur Kenntnis der Seelenstörungen der Epileptiker. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVI, 5.) — Recherches sur les troubles mentaux chez les épileptiques.

Féré (Ch.). Note sur des attaques frustes d'épilepsie constituées par les derniers phénomènes de la grande attaque. (*Journ. de neurol.*, 5 nov.)

Fränkel (J.) et **Onuf** (B.). Corticale und subcorticale motorische Aphasie und deren Verhältnis zur Dysarthrie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 3-4.)

Gerhardt (D.). Zur Differentialdiagnose der multiplen Sklerose (diffuse Sklerose; multiple Erweichung). (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 5-6.)

Jakob (Ch.). Atlas des gesunden und kranken Nervensystems nebst Grundriss der Anatomie, Pathologie und Therapie desselben. 2e éd. In-8°, 208 p. avec 84 planches. Munich. — Atlas-manuel du système nerveux à l'état normal et à l'état pathologique.

Jürgens (E.). Zur Frage der Aphasie und ihrer Therapie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 5-6.)

Lüth (W.). Die Spätepilepsie. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVI, 4.) — De l'épilepsie tardive.

Marinesco (G.). Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathogénie de l'épilepsie dite essentielle. (*Roumanie méd.*, nov.)

Mongeri (L.). Sulla etiologia e cura della pazzia puerperale; nota preventiva. (*Ann. di nevrologia*, XVII, 6.)

Mönkemöller (O.) et **Kaplan** (L.). Symptomatischer Korsakoff und Rückenmarkserkrankung bei Hirntumor. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVI, 5.) — Du syndrome de Korsakov et des lésions médullaires dans les cas de tumeur du cerveau.

Münzer (E.) et **Wiener** (H.). Beiträge zur Analyse der Function der Rückenmarkshinterstränge. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er nov.) — Recherches sur les fonctions des cordons postérieurs de la moelle.

Nageotte (J.) et **Ettlinger** (Ch.). Etude sur les fibres endogènes descendantes des cordons postérieurs de la moelle à la région lombo-sacrée. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bernard (R.). Sarcomata idiopathica multiplicia pigmentosa cutis (Kaposi). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, XLIX, 2-3.)

Bettmann. Ueber eosinophile Zellen im gonorrhoischen Eiter. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, XLIX, 2-3.) — Sur la présence des cellules éosinophiles dans le pus blennorrhagique.

Blumenau (E.). Le diagnostic clinique des gommes du larynx (en russe). (*Vratch*, 20 nov.)

Bosellini (P.). Ueber den psoriatischen Prozess. Histologisch-pathogenetischer Beitrag. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er oct.)

Broers (J.). Ueber Haarfärbemittel. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er nov.) — Des procédés de coloration des cheveux.

Brutzer (C.). Ueber die Secundärinfectionen der Leprakranken. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 13 nov.) — Des infections secondaires chez les lépreux.

Delbanco (E.). Ueber das Vorkommen von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 oct.) — Hyperplasie des glandes sébacées dans la cavité buccale sous l'influence de la stomatite.

Demonte (S.). Contributo allo studio della cura dell'epitelioma cutaneo colla miscela arsenicale Cerny-Trunecek. (*Giorn. ital. delle mal. veneree e della pelle*, 5.)

Eichhorst (H.). Ueber Muskelerkrankungen bei Harnröhrentripper. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 oct.) — Des affections musculaires dans la blennorrhagie.

Franceschini (G.). I gangli linfatici nella difesa dell'organismo dall'infezione sifilitica. (*Supplem. al Policlinico*, 21 oct.)

Goldschmidt (A.). Ueber die glatte Atrophie der Zungenbasis bei tertiärer Syphilis. Nebst Bemerkungen über Lues-Erscheinungen in den oberen Luftwegen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 oct.) — L'atrophie lisse de la base de la langue comme manifestation de la syphilis tertiaire.

Hartge (A.). Fünf Fälle von Herzsyphilis. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 16 oct.) — Cinq cas de syphilis du cœur.

Hitschmann (F.) et **Kreibich** (K.). Ein weiterer Beitrag zur Aetiologie des Ecthyma gangraenosum. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, L, 1.)

Mendes da Costa (S.) et **Van Praag** (A. N.). Leerboek der dermatologie. T. II, 1re partie. In-8°, 451 p. Haarlem.

Mirabeau (S.). Lymphangoitis gonorrhoica. Ein Beitrag zur Impfinfektion mit Gonokokkeneiter. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 14 oct.) — Lymphangite blennorrhagique consécutive à une inoculation de pus gonococcique.

Oefele. Gonorrhoe 1350 vor Christi Geburt. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 sept.)

Ohmann-Dumesnil (A.). The squamous palmar syphilide. (*St. Louis Med. and Surg. Journ.*, nov.)

Pelagatti (M.). Ueber die Morphologie der Trichophytonpilze. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 nov.)

Petersen (O. von) et **Stürmer** (C. von). Die Verbreitung der Syphilis, der venerischen Krankheiten und der Prostitution in Russland. In-8°, 170 p. Berlin.

PARASITOLOGIE

Abée (C.). Ueber multiloculären Echinococcus der Leber und einen Fall von Echinococcus des Beckens und des Oberschenkels. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 3.) — Sur les kystes hydatiques multiloculaires du foie et sur un cas de kyste hydatique du bassin et de la cuisse.

Feltz (L.). Contribution à l'étude du proteus vulgaris. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov.)

Hausmann (L.). Zur Faunistik der Vogeltrematoden. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 28 oct.) — Des trématodes aviaires.

Quincke (H.). Ueber Protozoen-Enteritis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 et 20 nov.)

CHIRURGIE

Büdinger (K.). Zur Operation des Leberechinococcus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 nov.) — L'opération des kystes hydatiques du foie.

Cavazzani (T.). Ein neues Verfahren für die Resection des Ellbogengelenks. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 21 oct.) — Un nouveau procédé de résection du coude.

Coquerelle (J.). De la chirurgie antiseptique; ses origines et son évolution. In-18, 150 p.

Döbbelin. Ein Fall von spontaner Ruptur der Bauchwand und Darmvorfall. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 nov.) — Rupture spontanée de la paroi abdominale avec sortie de l'intestin.

Drasche. Ueber die operative Behandlung des tuberculösen Pneumothorax. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 et 16 nov.)

Duplay (S.) et **Reclus** (P.). Traité de chirurgie. 2e éd. T. VIII. In-8°, 975 p. avec fig.

Fowler (R.). A modified procedure for the radical cure of varicosities of the internal saphenous vein. (*Brooklyn Med. Journ.*, déc.)

Fränkel (A.). Ueber die nach Verdauungsgeschwüren der Speiseröhre entstehenden narbigen Verengerungen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 oct.) — Des rétrécissements cicatriciels consécutifs à des ulcérations de l'œsophage résultant de l'autodigestion.

Galin. Ueber Brüche in der Leistengegend künstlich-traumatischen Ursprungs. Klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen an Leichen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 1.) — Les hernies inguinales d'origine traumatique.

Gallet (A.). L'alimentation des malades au cours des opérations. (*Clinique*, 18 nov.)

Galvagni (E.). Diagnosi dei tumori maligni delle glandole retroperitoneali. (*Clinica moderna*, 22 fév.)

Gradenigo (G.). Ueber die Diagnose und Heilbarkeit der otitischen Leptomeningitis. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLVII, 3.) — Diagnostic et curabilité de la leptoméningite d'origine otitique.

Gross (H.). Der erworbene Hochstand der Scapula. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 3.) — De la position élevée acquise de l'omoplate.

Heldenbergh (C.). Des conditions requises pour réaliser un bon appareil de contention des fractures de cuisse. (*Belgique méd.*, 7 sept.)

Hilgenreiner (H.). Ueber die osteoplastischen intercondylären Oberschenkelamputationen nach Ssabanejeff und Abrashonow. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 3.) — L'amputation ostéoplastique intercondylaire de la cuisse d'après le procédé de Sabanéiév et Abrachonov.

Honsell (B.). Doppelseitiger Hochstand der Schulterblätter. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 3.) — Position élevée bilatérale des omoplates.

Kelling (G.). Beitrag zur Gastrostomie und Jejunostomie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 nov.)

Könitzer. Zur totalen Entfernung des knöchernen Schultergürtels. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LII, 5-6.) — L'ablation totale de la ceinture osseuse de l'épaule.

Kronheimer (H.). Spontane Magenfistel als Folge eines Ulcus ventriculi. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 3-4.) — Fistule gastrique consécutive à un ulcère de l'estomac.

Küster. Osteoplastische Aufmeisselung des Warzenfortsatzes. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 28 oct.) — Trépanation ostéoplastique de l'apophyse mastoïde.

Küttner (H.). Zur Technik ausgedehnter Lymphomexstirpationen am Halse. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 3.) — Technique des extirpations étendues des lymphomes du cou.

Laschenkov (P.). Des moyens de prévenir l'infection par l'intermédiaire de l'air en chirurgie (en russe). (*Vratch*, 20 nov.)

Lejars (F.). Tuberculose musculaire à noyaux multiples du triceps crural. (*Rev. de la tuberculose*, oct.)

Liermann (W.). Vaginale Mastdarmoperationen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 1.) — Des opérations sur le rectum par la voie vaginale.

Madlener (M.). Ueber Milzexstirpation nach subcutaner traumatischer Milzruptur. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 oct.) — De la splénectomie pour rupture sous-cutanée de la rate.

Martens (M.). Zur Kenntnis der Gelenkkörper auf Grund des Göttinger Materiales von 1875-1895 und desjenigen aus der Charité (Berlin) von Ende 1895-1899. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 3-4 et 5 6.) — Recherches sur les corps intra-articulaires.

Mintz (W.). Eine histogenetisch neue Form der Mastitis chronica cystica. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 nov.)

Moser. Zur Kasuistik der Stirnhöhlengeschwülste. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 2.) — Trois cas de tumeurs des sinus frontaux.

Payr (E.). Melanom des Penis. Ein Beitrag zur Kenntnis der Pigmentgeschwülste. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 3-4.)

Sippel (A.). Ein Beitrag zum Chloroformtod. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 nov.) — La mort par le chloroforme.

UROLOGIE

Bernhard (O.). Ueber Blasenhernien und Blasenverletzungen. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er déc.) — Des hernies et des blessures de la vessie.

D'Urso (G.) et **De Fabii** (A.). Chirurgia dell'uretere; ricerche sperimentali. (*Supplem. al Policlinico*, 5 août.)

Guiard (F.-P.). Limites de la dilatation progressive dans le traitement des rétrécissements uréthraux; remarquable efficacité de la méthode des hautes dilatations dans les cas difficiles et rebelles. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, oct.)

Kreps (M.). Du cathétérisme des uretères (en russe). (*Vratch*, 13 nov.)

Lematte (L.) et **Labonne** (H.). Précis d'urologie clinique; interprétations cliniques des chiffres de l'analyse d'urine. In-18, 150 p.

Martin (A.). Zur Ureterenchirurgie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.)

Olshausen (R.). Beitrag zur Verirrung der Ureteren und ihrer Behandlung. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLI, 3.) — De l'ectopie des uretères et de son traitement.

Pel (P.). Die Erblichkeit der chronischen Nephritis. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 1-2-3.) — Hérédité de la néphrite chronique.

Poljakoff (W.). Ueber einen Fall von Nierenblutung angioneurotischen Ursprungs. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 nov.) — Hémorrhagie rénale d'origine angioneurotique.

Zondek (M.). Beitrag zur Lehre von den Blasenhernien. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LII, 5-6.) — Des hernies vésicales.

OPHTALMOLOGIE

Astengo (G.). Sifiloma primario della congiuntiva palpebrale (*Ann. di ottalmol.*, XXVIII, 6.)

Baas (K.). Linsenregeneration beim Menschen? (*Münch. med. Wochensch.*, 28 nov.) — Sur la régénération du cristallin chez l'homme.

Baquis (E.). Efficacia del sanguisugo alla tempia nelle iperemie del segmento anteriore del globo oculare. (*Ann. di ottalmol*, XXVIII, 6.)

Borthen (L.). Die Lepra des Auges. Klinische Studien mit pathologisch-anatomischen Untersuchungen von H. P. Lie. In-4°, 195 p. avec fig. Leipzig. — La lèpre oculaire.

Bressanin (R.). Caso d'ambliopia da elimintiasi. (*Ann. di med. navale*, déc.)

Bulletins et Mémoires de la Société française d'ophtalmologie (17e année, 1899). In-8°, 545 p.

De Lieto Vollaro (A.). Sulle gomme del corpo ciliare; contribuzione clinica ed anatomica specialmente in rapporto al terziarismo precoce. (*Ann. di ottalmol.*, XXVIII, 6.)

Griesbach (H.). Vergleichende Untersuchungen über die Sinnesschärfe Blinder und Sehender. In-8°, 176 p. Bonn.

Kalish (R.). The absorption of uncomplicated immature cataract by conjoined manipulation and instillation. (*Med. News*, 14 oct.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Beckmann (W.). Zwei Fälle von Uterussarkom. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLI, 3.)

Braun-Fernwald (R. von). Ueber die in den letzten 10 Jahren ausgeführten Sectiones caesareae. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 2.) — Les opérations césariennes pratiquées au cours des dix dernières années.

Brickner (S.). A short umbilical cord as a cause of dystocia; with a description of a new symptom. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.) — La brièveté du cordon comme cause de dystocie; description d'un nouveau symptôme.

Everke (C.). Ueber die Behandlung der Eklampsie. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 nov.) — Traitement de l'éclampsie.

Faure (U.-Th.). Du décollement prématuré du placenta; de son insertion normale pendant la grossesse et pendant l'accouchement. In-8°, 63 p. La Chaux-de-Fonds.

Ferroni (E.). Osservazioni e ricerche sui movimenti ritmici fetali intrauterini. (*Ann. di ostet. e ginecol.*, déc.)

Galeazzi (R.). Sul cancro dell'utero; considerazioni cliniche e statistiche. (*Clinica chirurgica*, nov. et déc.)

Heidemann (M.). Ueber den Einfluss der Schädelform auf den Sitz der Dammrisse. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — Influence de la forme du crâne fœtal sur la localisation des ruptures du périnée.

Herff (O. von). Ueber Carcinombildung inmitten des Beckenzellgewebes der Scheidenumgebung. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLI, 3.) — Le cancer du tissu cellulaire périvaginal.

Heymann (F.). Ein Fall von durch Umstechung und Naht geheilter Nabelblutung bei einem congenital syphilitischen Neugeborenen. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 4 nov.) — Hémorrhagie ombilicale chez un nouveau-né hérédo-syphilitique, guérie par l'acupressure et par la suture.

Hofmeier (M.). Zur Behandlung der Nachgeburtszeit. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 nov.) — Le traitement des suites de couches.

Hübl (H.). Ueber den queren Fundusschnitt nach Fritsch. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — Sur l'incision transversale du fond de l'utérus d'après Fritsch.

Jardine (R.). Hæmorrhages of pregnancy, parturition, and the puerperium; treatment of puerperal eclampsia by saline infusions. In-8° 76 p. Londres.

Merletti (C.). Ueber den Werth des Truzzi'schen manuellen Verfahrens zur Lösung der Arme bei der Extraction am Beckenende. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.) — Valeur de la manœuvre de Truzzi pour le dégagement des bras dans la présentation pelvienne.

20e ANNÉE. — N° 14. Vingt centimes le numéro. 4 AVRIL 1900.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur J. von Michel, professeur à la Faculté de médecine de Wurtzbourg, est nommé professeur ordinaire d'ophtalmologie, en remplacement de M. Schweigger, démissionnaire.

Faculté de médecine de Bologne. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Tommaso Secchi (*dermatologie et syphiligraphie*); Alessandro Bruschettini et Floriano Brazzola (*hygiène*).

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Friedrich Dimmer, professeur à la Faculté de médecine d'Innsbruck, est nommé professeur ordinaire d'ophtalmologie, en remplacement de M. Borysiekiewicz, décédé.

Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le docteur Ewald Hering, privatdocent de pathologie générale et expérimentale, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Gaetano Parlavecchio est nommé privatdocent de pathologie chirurgicale.

Faculté de médecine de Sienne. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Vittorio Martini (*pathologie chirurgicale*); Luigi Simonetta (*hygiène expérimentale*).

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Abramitchev (*dermatologie et syphiligraphie*); V. Hubert (*pédiatrie*).

VARIA

La carrière médicale dans l'avenir, d'après le nombre des étudiants en médecine inscrits en 1900 dans les Facultés et Ecoles de médecine de France.

Conformément aux précédents et pour faire suite aux documents que nous avons déjà publiés (Voir *Semaine Médicale*, Annexes, 1898, p. CIX et 1899, p. LXXVIII), nous donnons ci-dessous le relevé officiel des étudiants en médecine inscrits au 15 janvier 1900 dans les Facultés et Ecoles de médecine de France. Dans ce relevé, fait séparément pour chaque Faculté, les élèves sont divisés en deux groupes, Français et étrangers :

		Français.	Etrangers.
Facultés de médecine.	Paris	3.328	478
	Bordeaux	630	17
	Lille	234	14
	Lyon	1.009	68
	Montpellier	387	144
	Nancy	202	50
	Toulouse	450	30
		6.240	801
Ecoles de médecine		1.173	16
		7.413	817

Ainsi donc, le total des étudiants en médecine s'élève pour l'année courante à 8,230, soit une diminution de 39 sur l'année dernière. Comme le montre le tableau suivant, cette diminution porte sur toutes les Facultés, sauf celles de Montpellier et de Toulouse dont le nombre des étudiants a augmenté, fait qui s'est également produit pour l'ensemble des élèves des Ecoles de médecine.

	1899	1900	
Paris	3.866	3.806	— 60
Bordeaux	675	647	— 28
Lille	272	248	— 24
Lyon	1.096	1.077	— 19
Montpellier	513	531	+ 18
Nancy	261	252	— 9
Toulouse	468	480	+ 12
Ecoles de médecine	1.118	1.189	+ 71
	8.269	8.230	

Si l'on compare le nombre des étudiants inscrits en 1900 à celui des années précédentes :

Années.	Inscrits.	Différence avec l'année précédente.	
1891	6 212		
1892	7.069	+ 857	
1893	7.589	+ 520	
1894	8.897	+ 1 308	
1895	8 916	+ 19	
1896	8.373		— 543
1897	8.317		— 56
1898	8.316		— 1
1899	8.269		— 47
1900	8.230		— 39

on voit que depuis 1895, qui représente le maximum des inscrits, le total des étudiants en médecine a diminué de 686, et que cette diminution porte aussi bien sur les Français que sur les étrangers :

Années.	Français.	Etrangers.
1895	7.779	1.137
1896	7.319	1.054
1897	7.338	979
1898	7.408	908
1899	7.429	840
1900	7.413	817

D'où peut provenir cette diminution des étudiants français ? Ce n'est pas, comme on pourrait le croire, d'un chiffre moindre d'étudiants pour le doctorat, puisque le nombre est en augmentation : 8,095 en 1898; 8,115 en 1899; 8,122 en 1900; mais bien de la diminution des candidats à l'officiat, dont le nombre va en s'abaissant progressivement d'année en année pour s'éteindre d'une manière définitive d'ici quatre ans. En effet, on comptait 221 élèves inscrits pour l'officiat en 1898; l'année suivante, il n'y en avait plus que 154 et ce chiffre descend à 108 en 1900.

Ainsi donc, la diminution des étudiants français relevée jusqu'ici provient uniquement de l'extinction progressive des candidats à l'officiat. Mais il n'en sera peut-être pas de même dans l'avenir, car tout fait prévoir que la carrière médicale est un peu moins recherchée que jadis, puisque nous voyons le chiffre des élèves inscrits pour le P. C. N. diminuer depuis deux ans, comme le montre le tableau ci-dessous :

1895	619	
1896	1.471	+ 852
1897	1.583	+ 112
1898	1.663	+ 80
1899	1.646	— 17
1900	1.605	— 41

De même, le nombre des candidats reçus au P. C. N. a été, en 1899, inférieur de 75 à celui de l'année précédente.

Il semble, par conséquent, qu'on puisse dire que prochainement la population de nos Facultés et Ecoles de médecine diminuera quelque peu, puisque la source du recrutement, qui est le P. C. N., tend elle-même à diminuer. Néanmoins, jusqu'ici le nombre des docteurs reçus chaque année va toujours en augmentant :

1895-96	1.087	
1896-97	1.099	+ 12
1897-98	1.211	+ 12
1898-99	1.249	+ 38

Mais dans ce nombre sont compris les étrangers. Or, si le chiffre des étudiants étrangers inscrits en 1900 est à quelques unités près le même que celui de l'année dernière (817 en 1900 contre 840 en 1899), il faut noter, pourtant, que 206 d'entre eux sont inscrits pour le titre universitaire, c'est-à-dire pour un diplôme qui ne donne pas le droit d'exercer la médecine, ce qui permet de prévoir, en tenant compte de ce que nous avons dit précédemment, que dans un avenir plus ou moins prochain nous verrons le nombre des docteurs reçus diminuer aussi. Ce ne sera pas un mal, surtout si une mauvaise répartition des médecins sur l'étendue du territoire ne vient pas à l'encontre des avantages que notre profession pourrait retirer d'une moins grande concurrence.

NOUVELLES

FRANCE

Jusqu'ici ce n'est qu'à titre exceptionnel et sans préciser l'origine de l'infirmité que le Conseil d'Etat, jugeant au contentieux, avait admis la fièvre typhoïde comme une affection se rattachant aux conséquences du service militaire. Or, dans son audience du 30 mars 1900, le tribunal suprême de la justice administrative a rendu une décision ainsi conçue :

« Considérant qu'il résulte de l'instruction que l'infirmité de X..., qui est équivalente à la perte absolue de l'usage d'un membre, est consécutive à une fièvre typhoïde contractée au corps, où cette maladie sévissait à l'état épidémique au mois de juin 1896; que cette infirmité grave et incurable met le requérant dans l'impossibilité de servir et de pourvoir à sa subsistance; que dès lors X... a droit à pension par application des articles 12 à 14 de la loi du 11 avril 1831. »

Conformément à une décision du Conseil général de la Seine, l'hôpital de Moisselles sera affecté exclusivement au traitement des enfants du département atteints d'affections contagieuses du cuir chevelu, et, par suite, aménagé de façon à contenir six classes et un dortoir. Cet établissement sera désormais un hôpital-école.

ALLEMAGNE

En fait de lois impériales se rapportant à la médecine ou à l'hygiène publique, il n'en existe guère que deux, l'une sur la vaccination et l'autre sur la falsification des denrées alimentaires, bien que la Constitution allemande porte que la prophylaxie des maladies épidémiques est du ressort de l'empire. Il faut noter, toutefois, qu'en Allemagne, comme en France et dans d'autres pays, les animaux ont été privilégiés, puisqu'une loi impériale sur les épizooties a été promulguée il y a déjà vingt ans. Finalement, on s'est décidé à protéger aussi les hommes et un projet de loi sur les épidémies est pendant devant le Reichstag, pour que désormais la réglementation un peu disparate des divers Etats confédérés soit unifiée dans tout l'empire. Ce projet viendra en discussion après les vacances de Pâques, car il est inscrit en deuxième ligne dans l'ordre du jour de la séance du 24 avril.

ITALIE

A la suite de la circulaire adressée aux gouvernements étrangers à propos de l'exercice de la médecine dans le royaume par les médecins non pourvus du diplôme italien de docteur en médecine (Voir *Semaine Médicale*, 1899, Annexes, p. XXIII), le ministre de l'intérieur a déposé sur le bureau de la Chambre des députés un projet de loi qui modifie comme il suit le dernier paragraphe de l'article 23 de la loi sur la santé publique du 22 décembre 1888 :

« Sont exceptés de la présente interdiction les médecins et chirurgiens étrangers expressément appelés pour des cas spéciaux ou affectés au service exclusif d'une personne ou d'une famille, ainsi que ceux qui, pourvus d'un diplôme d'une Université ou d'une Ecole de médecine à l'étranger, ne donnent leurs soins qu'à des étrangers appartenant à une nation qui accorde les mêmes avantages aux médecins et chirurgiens italiens. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899).

MÉDECINE

Klemperer. Zur Behandlung der Phosphaturie (*Therapie der Gegenwart*, août.) — Traitement de la phosphaturie.

Laub (M.). Klinische Beiträge zur Lehre vom Status thymicus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 nov.) — Recherches cliniques sur les troubles dus à la persistance du thymus.

Leichtenstern (O.). Ueber Venenthrombose bei Chlorose. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 nov.)

Lindner (E.). Zwei Fälle von primärem Lebercarcinom mit Cirrhose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 nov.) — Deux cas de cancer primitif du foie avec cirrhose.

Loeper (M.). La leucocytose et l'équilibre leucocytaire dans la pneumonie franche. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov.)

Luff (A. P.). Die Gicht; ihre Pathologie und Therapie. (Trad. de l'anglais par R. Wichmann.) In-8°, 177 p. Berlin. — Pathologie et traitement de la goutte.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Orléansky (L.). Paralysie motrice croisée, de nature fonctionnelle, avec abolition des sensations douloureuses (en russe). (*Roussk. med. véstnik*, 15 oct. et 1er nov.)

Paderstein (R.). Beitrag zur Casuistik der ophthalmoplegischen Migräne. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 5-6.)

Pick (A.). Ueber das sogenannte aphatische Stottern als Symptom verschiedenörtlich localisirter cerebraler Herdaffectionen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXII, 2.) — Le bégayement dit aphasique comme symptôme d'affections cérébrales en foyers.

Ransohoff (A.). Beitrag zu den Beziehungen des Pick'schen Bündels zur Pyramidenbahn, nebst einer Bemerkung zur Markscheidenfärbung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er nov.) — Sur les rapports du faisceau de Pick avec les fibres pyramidales et sur la façon de colorer les gaines myéliniques.

Sachs (B.) et **Wiener** (A.). Die Erythromelalgie, eine klinisch-anatomische Besprechung. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 3-4.)

Sano (F.). Un cas d'amyotrophie progressive d'origine traumatique. (*Journ. de neurol.*, 20 nov.)

Sarbó (A. von). Die Therapie der Tabes vom ätiologischen Standpunkt. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, oct.)

CHIRURGIE

Russell (R.). The etiology and treatment of inguinal hernia in the young. (*Lancet*, 18 nov.) — Etiologie et traitement de la hernie inguinale chez les jeunes sujets.

Salle. Les balles humanitaires et leurs blessures. In-8°, 48 p.

Schloffer (H.). Zur Osteoplastik bei Defecten der Tibia. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 1.)

Schopf (F.). Ein Trichobezoar im Magen. Gastrotomie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 nov.) — Trichobezoard de l'estomac; gastrotomie.

Stonham (C.). Manual of surgery. Vol. II : Injuries. In-8°, 758 p. Londres.

Strauch (C.). Das Meckel'sche Divertikel als Ursache des Ileus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 4-5-6.) — Le diverticule de Meckel comme cause d'iléus.

Teschner (J.). On results obtainable in the treatment of some post-paralytic deformities. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Thiel. Aneurysma arterio-venosum der Arteria und Vena femoralis an der Abgangsstelle der Profundae. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 18 nov.) — Anévrysme artério-veineux de l'artère et de la veine fémorales au point d'émergence de leurs branches profondes.

Varanini (M.). La chirurgia del simpatico cervicale. (*Clinica chirurgica*, oct. et nov.)

Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 28. Congress, abgehalten zu Berlin, vom 5.-8. April 1899. In-8°, LVI-999 p. avec fig. Berlin.

Vicenzoni (E.). Tre casi di resezione intestinale per ernia gangrenosa. (*Riforma med.*, 8, 9, 10, 11 et 13 nov.)

Weiss (A.). Zur Casuistik der operativ behandelten Pseudarthrosen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 3-4.)

Wentscher (J.). Zur Casuistik der occulten Fremdkörper. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 nov.) — Présence de corps étrangers dans l'organisme à l'insu du malade.

Winiwarter (F. von). Ueber Perforationsperitonitis von den Gallenwegen ausgehend. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 oct.) — De la péritonite par perforation ayant les voies biliaires pour point de départ.

OPHTALMOLOGIE

Mendel (F.). Ueber Durchtrennung des Sehnerven. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 nov.) — De la section du nerf optique.

Querenghi (F.). Un cas de paralysie congénitale des muscles droits externes des yeux (6e paire). (*Ann. d'oculist.*, nov.)

Saggini. Nouveau procédé d'extraction capsulo-lenticulaire de la cataracte, du professeur Gradenigo. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

Scimemi (E.). Echinococco dell'orbita. (*Ann. di ottalmol.*, XXVIII, 6.)

Siegrist (A.). Die Gefahren der Ligatur der grossen Halsschlagadern für das menschliche Auge. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 nov.) — Des dangers pour l'œil humain de la ligature des grosses artères cervicales.

Stadfeldt (A.). Recherches sur l'indice total du cristallin humain. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Verslag der algemeene zittingen van het negende internationale oogheelkundig Congres te Utrecht, 14-18 Augustus 1899. In-8°, 69 p. Amsterdam — Compte rendu des séances générales du neuvième Congrès international d'ophtalmologie tenu à Utrecht.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Jellinghaus. Ueber Symphysenruptur. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 oct.)

Jessett (F.). The results of 107 cases of vaginal hysterectomy for carcinoma uteri performed during the last seven years. (*Lancet*, 18 nov.)

Kühne (F.). Beitrag zur Lehre von der Hyperemesis gravidarum. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.)

Levinowitsch (M.). Bakteriologische Untersuchung des Blutes bei Eklampsie; vorläufige Mitteilung. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 18 nov.) — Résultats de l'examen bactériologique du sang des éclamptiques.

Longyear (H.). A simple, effective and esthetic operation for shortening the round ligaments. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Un nouveau procédé de raccourcissement des ligaments ronds.

Mitteilungen aus der gynäkologischen Klinik des Prof. Dr. Otto Engström in Helsingfors. T. III, fasc. 1er. In-8°, 97 p. Berlin.

Pantzer (H.). The nose a factor in post-operative disease. Report of a celiotomy followed by malignant septicemia of nasal origin; further observations; remarks. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Cœliotomie suivie de septicémie maligne d'origine nasale.

Pit'ha (W.). Zur Diagnose und Therapie der Ovarialabscesse. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, août.)

PÉDIATRIE

Burckhard (G.). Little'sche Krankheit als Folge von Geburtsstörungen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLI, 3.) — Maladie de Little comme conséquence d'accouchements anormaux.

Feder (A.). Die Tuberculose der platten Schädelknochen mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, L, 3.) — La tuberculose des os plats du crâne, notamment chez les enfants.

Guida. Un caso raro di guarigione della pertosse in un bambino neonato di 20 giorni. (*Pediatria*, nov.)

Keller (A.). Die Ammoniakausscheidung bei den Ernährungsstörungen der Säuglinge. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 21 oct.) — L'élimination d'ammoniaque dans les troubles de la nutrition chez le nourrisson.

Klautsch (A.). Ueber Körperwägungen bei Flaschenkindern in den beiden ersten Lebensjahren. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVII, 3-4.) — Les pesées des enfants élevés au biberon au cours des deux premières années de la vie.

Knöpfelmacher (W.). Untersuchungen über Caseinflocken. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 oct.) — Recherches sur les grumeaux de caséine.

Koplik (H.). Die Gewichtszunahme bei künstlich ernährten Kindern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, L, 3.) — L'augmentation de poids chez les enfants soumis à l'alimentation artificielle.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Astier (C.) et **Aschkinasi** (J.). La chirurgie de l'oreille. In-18, 332 p. avec fig.

Baumgarten (E.). Die blutige Behandlung der Hypertrophien des chronischen Nasencatarrhes. (*Wien. med. Presse*, 12 nov.) — Traitement opératoire de la rhinite hypertrophique.

Chambers (T.). Enzymes in the treatment of nasal polypi, angioma of the nose, and chronic otitis. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 nov.)

Chiari (O.). Ueber die Tuberculose der oberen Luftwege. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6, 13 et 20 nov.) — Tuberculose des voies respiratoires supérieures.

Coakley (C. G.). Manual of diseases of nose and throat. In-8°, 526 p. avec fig. Londres. — Les maladies du nez et de la gorge.

Danziger (F.). Können Trommelfelldefecte plötzlichen Tod im Bade herbeiführen? (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, sept.) — Les perforations du tympan peuvent-elles provoquer la mort subite pendant le bain?

Eisenbarth (B.). Ein Fall von spontan geheiltem tuberkulösem Kehlkopfgeschwür. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 1-2.) — Guérison spontanée d'un ulcère tuberculeux du larynx.

Ewald (J. R.). Eine neue Hörtheorie. In-8°, 48 p. Bonn. — Une nouvelle théorie de l'audition.

Grabower. Ueber Bewegungsstörungen im Kehlkopfe. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 oct.) — Troubles des fonctions motrices du larynx.

HYGIÈNE

Bastié (M.). L'hygiène et l'industrie, ou Graulhet en 1899. In-8°, 34 p. Albi.

Beckh (W.), **Goldschmidt** (F.) et **Weber** (C.). Gesundheitspflege in Nürnberg an der Wende des 19. Jahrhunderts. In-4°, 372 p. avec fig. Nuremberg. — L'hygiène à Nuremberg à la fin du dix-neuvième siècle.

König (J.). Die Verunreinigung der Gewässer, deren schädliche Folgen sowie die Reinigung von Trink-und Schmutzwasser. 2e éd. 2 vol. In-8°, 967 p. avec fig. Berlin. — La pollution des eaux et ses conséquences nuisibles; l'épuration des eaux potables et des eaux résiduelles.

Krieger. Der Wert der Ventilation. In-8°, 114 p. Strasbourg.

Massalongo (R.). Il tabacco. (*La Salute pubblica*, 15 nov.)

Michel et **Rappin**. Etudes en vue d'alimenter la ville de Nantes en eau de source. In-4°, 144 p. avec cartes. Nantes.

Moëller (A.). Zur Verbreitungsweise der Tuberkelpilze. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 2.) — Sur la dissémination des germes de la tuberculose.

Vignoli. Potages condensés pour l'alimentation des troupes en campagne. (*Arch. de méd. navale*, oct.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Berlioz (F.). La nutrition dans la tuberculose; influence des sérums médicamenteux. (*Dauphiné méd.*, sept., oct. et nov.)

Caccia (G.) et **Orefici** (U.). Sul valore curativo del siero antidifterico nella pertosse. (*Pediatria*, nov.)

Criegern (von). Zur Kenntnis der Alexander-schen Behandlungsmethode der Phthisis durch Injectionen von Oleum camphoratum. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 oct.) — Traitement de la phtisie par les injections d'huile camphrée, d'après la méthode d'Alexander.

Duckworth (Sir D.). Notes on a case in which antityphoid inoculations were practised. (*Brit. Med. Journ.*, 18 nov.)

Elsberg (Ch.). A new solution of iodin for local application. (*Philadelphia Med. Journ.*, 4 nov.)

Jollasse (O.). Ueber Behandlung der Chlorose mit Fe-Klystieren. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 sept.) — L'administration du fer par la voie rectale dans la chlorose.

Murrell (W.). Aids to materia medica. 3e partie. In-12, 94 p. Londres.

Nicolaier (A.). Experimentelles und Klinisches über Urotropin. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 4-5-6.)

Pouchet (G.). Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale. 1re série. In-8°, 700 p. avec fig.

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Carnot (A.). Analyses des eaux minérales françaises exécutées au bureau d'essai de l'Ecole nationale supérieure des mines. In-8°, 64 p.

Laffay. Etude sur la pathologie des Européens dans l'Autsianaka (Madagascar) et notamment sur la fièvre bilieuse hématurique. (*Arch. de méd. navale*, oct.)

Legrain (E.). Introduction à l'étude des fièvres des pays chauds (région prétropicale); la fièvre intermittente à quinine; les pyrexies et cachexies des pays chauds. In-8°, 332 p. avec fig.

Meissen (E.). Die Abhängigkeit der Blutkörperchenzahl von der Meereshöhe. (*Therap. Monatsh.*, oct.) — Rapports de l'altitude avec le nombre des corpuscules sanguins.

Winternitz (W.). Zur Hydrotherapie der Tabes dorsalis. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, sept.)

BACTÉRIOLOGIE

Béniache (M.). Recherches bactériologiques sur le typhus exanthématique (en russe). (*Vratch*, 30 oct. et 6 nov.)

Bliesener. Ueber Gelatineculturen im Brütschrank. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 1.) — Des cultures sur gélatine dans l'autoclave.

Cobbett (L.). Enthält das normale Pferdeserum Diphtherieantitoxin? (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 16 nov.) — Le sérum normal de cheval contient-il de l'antitoxine diphtérique?

Fränkel (E.) et **Krause** (P.). Bakteriologisches und Experimentelles über die Galle. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 1.) — Recherches bactériologiques et expérimentales sur la bile.

Galeotti (G.). Sulle inoculazioni preventive contro la peste bubbonica. (*Sperimentale*, LIII, 3.)

Hankin (E.). On the detection of the bacillus typhi abdominalis in water and other substances. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 16 nov.) — La recherche du bacille de la fièvre typhoïde dans l'eau et dans d'autres substances.

20e ANNÉE. — N° 15. Vingt centimes le numéro. 11 AVRIL 1900.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)......... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)......... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Dans sa séance d'hier, l'Académie de médecine de Paris a élu comme associés étrangers MM. Sklifossovski (de Saint-Pétersbourg) et Röntgen (de Munich).

NÉCROLOGIE

M. le docteur Malherbe père, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur R. Longuet, médecin principal de l'armée, ancien collaborateur de la *Semaine Médicale* pour la médecine militaire. — M. le docteur Joseph Gruber, ancien professeur d'otologie à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Stcherbakov, ancien professeur de chimie physiologique à la Faculté de médecine de Kazan. — M. le docteur Robert Cory, lecteur de médecine légale à St. Thomas's Hospital Medical School de Londres et directeur de l'Institut de vaccin animal du *Local Government Board.* — M. le docteur W. Ch. Grigg, lecteur de médecine légale à Westminster Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur Thomas B. Hood, professeur des maladies du système nerveux au Medical Department of Howard University de Washington.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899).

PHYSIOLOGIE

Albu. Ueber den Eiweisstoffwechsel bei chronischer Unterernährung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 1-2-3.) — Sur le métabolisme des substances protéiques dans l'alimentation insuffisante.

Aron (E.). Die Lungen-Ventilation bei Aenderung des Atmosphären-Druckes. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 3.) — La ventilation pulmonaire pendant les variations de la pression atmosphérique.

Ascoli (A.). Sull'acido plasminico. (*Arch. per le scienze med.*, XXIII, 4.)

Binz (C.). Weitere Versuche über Weingeistwirkung. (*Therapie der Gegenwart*, nov.) — Nouvelles recherches sur l'action physiologique de l'alcool éthylique.

Hultgren (E. O.) et **Andersson** (O. A.). Studien zur Physiologie und Anatomie der Nebennieren. In-8°, 248 p. avec fig. Leipzig. — Physiologie et anatomie des capsules surrénales.

Pachon (V.). Des rapports de la force et de la forme du pouls avec la tension artérielle constante; la vitesse de décontraction du cœur et son influence sur le dicrotisme. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Piltz (J.). Ueber ein Hirnrindencentrum für einseitige, contralaterale Pupillenverengerung (beim Kaninchen). (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er oct.) — Sur un centre cortico-cérébral pour la contraction unilatérale de la pupille.

Prus (J.). Ueber die bei elektrischer Reizung des Corpus striatum und des Thalamus opticus auftretenden Erscheinungen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 nov.) — Des phénomènes provoqués par l'excitation électrique du corps strié et de la couche optique.

Reineboth et **Kohlhardt.** Blutveränderungen in Folge von Abkühlung. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 1-2.) — Des modifications du sang sous l'influence du refroidissement.

Vietti (G.). Dell'intensità ossidativa dell'organismo nella leucocitosi artificiale. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, mai.)

MÉDECINE

Ambler (J.). Atheroma of the aorta. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc.)

Machevsky (N.). Un cas d'abcès du foie avec troubles psychiques (en russe). (*Rev. méd. de l'hôpit. mil. d'Ouiazdov*, XII, 1-2.)

Mankiewicz. Die Salicylsulfosäure als Eiweissreagens. (*Monatsb. über die Krankh. des Harn-und Sexual-Apparates*, IV, 11.) — L'acide sulfo-salicylique comme réactif de l'albumine.

Middleton (G.). A case of hæmorrhagic ascites with very grave symptoms; recovery after paracentesis. (*Lancet*, 11 nov.)

Münzer (E.). Casuistische Beiträge zur Lehre von der acuten und chronischen Hirnhautentzündung. (*Prag. med. Wochensch.*, 16, 23 et 30 nov.) — Six cas de méningite aiguë ou chronique.

Neumann (H.). Bemerkungen über die gewöhnliche Gelbsucht und ihr Vorkommen in Berlin. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 août.) — L'ictère catarrhal à Berlin.

Oddo (C.). Anthracose pulmonaire et radiographie. (*Marseille méd.*, 15 oct.)

Ortner. Zur Entstehung des acuten Lungenödems nach Thorakocentese. Curschmannsche Spiralen und Bronchialgerinnsel im Sputum bei demselben. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 nov.) — Mécanisme de production de l'œdème aigu du poumon, consécutif à la thoracentèse; présence de spirales de Curschmann et de caillots fibrineux dans les crachats.

Pendine (A.). Un cas de cirrhose du foie avec hémorrhagie mortelle provenant des veines variqueuses de l'œsophage (en russe). (*Bolnitchn. Gaz. Botkina*, 29 sept.)

Porter (W.). The early diagnosis of aneurysm of the arch. (*New York Med. Journ.*, 9 déc.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Anton (D.). Beiderseitige Erkrankung der Scheitelgegend des Grosshirnes. (*Wien. klin. Wochensch.*, 30 nov.) — Lésions symétriques des régions pariétales du cerveau.

Bálint (R.). Ueber einen Fall von anomaler Gehirnentwicklung. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXII, 2.) — Anomalie de développement du cerveau.

Bayerthal. Heilung acuter Geistesstörung nach Exstirpation einer Hirngeschwulst. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 nov.) — Troubles mentaux guéris après extirpation d'une tumeur du cerveau.

Bechterev (W. von). Ueber Affectionen der Cauda equina. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 3-4.)

Bischoff (E.). Beitrag zur pathologischen Anatomie der schweren acuten Verwirrtheit. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVI, 5.) — Recherches anatomo-pathologiques sur la confusion mentale aiguë à forme grave.

Brush (A.). The nature of paramyoclonus multiplex. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Crocq (J.). Un cas de poliomyélite aiguë en voie de guérison. (*Journ. de neurol.*, 20 nov.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bukovsky (I.). Traitement des ulcères de la jambe par les produits du bacille pyocyanique. (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, déc.)

Dubreuilh (W.). De l'eczéma hyperkératosique interdigital. (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, déc.)

Hodara (M.). Ueber den Gebrauch des Chrysarobin bei der Pityriasis oder dem Eccema siccum seborrhoicum des Gesichtes und der Kopfhaut, bei der Pityriasis capitis, der Alopecia pityrodes et seborrhoica. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 sept.)

Joseph (M.) et **Löwenbach** (G.). Dermato-histologische Technik. In-8°, 110 p. Berlin.

Leviseur (F.). Iodide of potassium in the treatment of acne. (*Med. Record*, 11 nov.)

Reale (A.). Guarigione spontanea della tricofizia del cuoio capelluto in seguito ad infezione tifosa. (*L'Arte medica*, 3 déc.)

Respighi (E.). Hyperkératose figurée centrifuge atrophiante; nouvelle contribution. (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, nov.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Platon. Vomissements incoercibles de la grossesse; guérison par redressement de l'utérus gravide et massage gynécologique. (*Marseille méd.*, 1er déc.)

Rose (H.). Eine neue Behandlung der Coccygodynie. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 25 nov.) — Traitement de la coccygodynie par le massage pratiqué à travers le rectum.

Schiller (H.). Kommen auf den Schleimhäuten der Genital-Organe der Frau Gonokokken vor, ohne dass klinische Erscheinungen von Gonorrhoe vorhanden sind? (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 oct.) — De la présence de gonocoques sur la muqueuse des organes génitaux de la femme sans manifestations blennorrhagiques.

Schönberg (E.). Lærebog i den operative födselshjælp. In-8°, 365 p. avec fig. Christiania.

Schütte. Ueber Geburtscomplicationen nach Ventrofixatio uteri. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.) — La dystocie consécutive à l'hystéropexie abdominale.

Sfameni (P.). Emorragia nel parto da rottura di vasi ombelicali nella inserzione velamentosa del funicolo. (*Ann. di ostet. e ginecol.*, déc.)

PÉDIATRIE

Borde. Tolérance remarquable de l'enfant en bas âge pour les opiacés. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 17, 24 et 31 déc.)

Kraus (H.). Ein Fall von postdiphtherischer Lähmung mit eigenartigen Oedemen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, L, 3.) — Paralysie post-diphtérique associée à un œdème singulier.

Leiner (C.). Ueber Farbenreactionen der « Caseinflocken ». (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, L, 3.) — Des réactions chromatiques des grumeaux de caséine.

Manicatide (M.). Observations cliniques et bactériologiques sur la méningite cérébro-spinale épidémique chez les enfants. (*Roumanie méd.*, nov.)

Mazzitelli (P.). Intorno a due casi di grave stenosi esofagea seguita ad ingestione di lisciva; contributo alla terapia. (*Pediatria*, déc.)

Monti. Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Fasc. 10. In-8°, p. 195 à 340. Vienne.

Pfaundler (M.). Ueber Saugen und Verdauen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 oct.) — L'acte de téter dans ses rapports avec la digestion.

Thiemich (M.). Ueber Krämpfe im Kindesalter. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 oct.) — Des convulsions chez les enfants.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Bock (A.). Erfahrungen über die Elektrolyse, speciell in der Nasenbehandlung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 nov.) — De l'électrolyse en rhinologie.

Bordier (H.) et **Salvador** (B.). De la part qui revient aux actions électrolytiques dans la production de l'érythème radiographique. (*Arch. d'électricité méd.*, sept.)

Desnos (E.). Résultats éloignés des électrolyses de l'urèthre. (*Arch. d'électricité méd.*, oct.)

Ghilarducci (F.). Alcune ricerche sulla patologia e terapia delle nevrosi professionali. (*Supplem. al Policlinico*, 25 nov.)

Hedley (W. S.). Therapeutic electricity and practical muscle testing. In-8°, 288 p. Londres.

Jaboulay. La faradisation du plexus hypogastrique et du plexus solaire. (*Lyon méd.*, 10 sept.)

Régnier. Traitement des névrites périphériques d'origine traumatique par les courants alternatifs à basse fréquence. (*Journ. de neurol.*, 5 nov.)

Rockwell (A.). Electricity in respiratory and cardiac failure, with a case of paralysis of the diaphragm. (*Med. Record*, 11 nov.)

Tripier (A.). Chimicaustie et électrolyse uréthrales. (*Ann. d'électrobiol.*, déc.)

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Ehlers (E.). Léproseries danoises du moyen âge. (*Janus*, avril, mai, juin, juillet, août, sept., oct., nov. et déc.)

Froger (L.). De la condition des lépreux dans le Maine au quinzième et au seizième siècle. In-8°, 21 p.

McKendrick (J. G.). Hermann Ludwig Ferdinand von Helmholtz. In-8°, 316 p. Londres.

Rames (J.). Etude sur le docteur Civiale. In-16, 34 p. Aurillac.

Sudhoff (K.). Versuch einer Kritik der Echtheit der Paracelsischen Schriften. T. II, 2e partie. In-8°, p. 433 à 815. Berlin.

Terson (A.). Etudes sur l'histoire de la chirurgie oculaire. In-8°, 48 p. avec fig.

GÉNÉRALITÉS

Adams (A.). Western Rajputana States : medico-topographical and general account of Marwar, Sirohi, Jaisalmir. In-8°, 468 p. avec fig. Londres.

Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. T. XV, fasc. 3. In-8°, p. 373 à 513, avec fig. Berlin. — Travaux de l'Office sanitaire impérial [allemand].

Delage (Y.) et **Poirault** (G.). L'année biologique. Comptes rendus annuels des travaux de biologie générale (3e année, 1897). In-8°, XXXV-843 p. avec fig.

Medizinal-statistische Mitteilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. T. VI, fasc. 1er. In-4°, 179 p. avec fig. Berlin. — Statistiques médicales publiées par l'Office sanitaire impérial [allemand].

Méric (H. de). Dictionnaire des termes de médecine : Français-anglais. In-8°, 252 p. Londres.

Sanitäts-Bericht über die preussische Armee, das XII. (sächsische) und das XIII. (württembergische) Armeekorps für den Berichtszeitraum vom 1. Oktober 1896 bis 30. September 1897. In-4°, 357 p. avec cartes. Berlin. — Rapport sanitaire sur l'armée prussienne et les XIIe et XIIIe corps d'armée (du 1er octobre 1896 au 30 septembre 1897).

ANNÉE 1900

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Achard (Ch.) et **Clerc** (A.). Sur le pouvoir lipasique du sérum à l'état pathologique. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv.)

Bleiweis (D. von). Ueber alimentäre Glykosurie e saccharo bei akuten fieberhaften Krankheiten. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 13 janv.) — De la glycosurie par ingestion de sucre dans les affections fébriles aiguës.

Claude (H.) et **Balthazard** (V.). Toxicité urinaire dans ses rapports avec l'isotonie. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Douglas (C.). Some observations on the excretion of uric acid, with special reference to its connection with leucocytosis. (*Edinburgh Med. Journ.*, janv.)

Jager (L. de). Over zuur-intoxicatie en het verband met rachitis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 6 janv.) — L'intoxication acide dans ses rapports avec le rachitisme.

Kraus (R.) et **Clairmont** (P.). Ueber Hämolysine und Antihämolysine. (*Wien. klin. Wochensch.*, 18 janv.)

Metchnikoff (E.). Recherches sur l'influence de l'organisme sur les toxines : sur la spermotoxine et l'antispermotoxine. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv.)

MALADIES INFECTIEUSES

Agramonte (A.). La relación del bacilo icteroides [Sanarelli] con la fiebre amarilla. (*Progreso médico de la Habana*, mars.)

Gomez (R.). Tetania da influenza. (*Riforma med.*, 23 janv.)

Gutierrez Lee (R.). Grippe eruptiva, dengue ó infección intestinal eruptiva. (*Progreso médico de la Habana*, mars.)

Hossack (W.). An undescribed form of plague pneumonia; with five cases. (*Brit. Med. Journ.*, 10 fév.) — Cinq cas d'une forme non encore décrite de pneumonie pesteuse.

Kramer (A.). Zur Frage der pyretischen Therapie des Typhus abdominalis. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 1er janv.) — La fièvre typhoïde exige-t-elle un traitement antithermique?

Lebell (J.). Un cas de pseudo-rage chez un malade atteint de la malaria. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv.)

PARASITOLOGIE

Bertarelli (T.). Un caso di trichinosi umana. (*Riv. d'igiene e sanità pubbl.*, 1er janv.)

Jägerskiöld (L.). Ein neuer Typus von Kopulationsorganen bei Distomum megastomum. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 15 janv.)

Magalhães (P. de). Eine sehr seltene Anomalie von Taenia solium. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 15 janv.) — Une forme anormale très rare de tænia solium.

Odhner (Th.). Aporocotyle simplex n. g. n. sp., ein neuer Typus von ektoparasitischen Trematoden. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 15 janv.)

Platon et **Reynaud** (G.). Sur deux cas de ténias erratiques. (*Marseille méd.*, 15 fév.)

Schürmayer (B.). Ueber Aktinomykose des Menschen und der Thiere. Eine neue Varietät des Strahlenpilzes und die verwandtschaftlichen Beziehungen der Streptothricheen. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 15 et 26 janv.) — De l'actinomycose chez l'homme et chez les animaux : une nouvelle variété d'actinomyces et ses rapports avec les streptothrix.

CHIRURGIE

Betti (U.). Contributo alla cura dell'idrocele. (*Gazz. degli Osped.*, 21 janv.)

Duplay (S.). Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu (recueillies et publiées par M. Cazin et S. Clado), 3e série. In-8o, 439 p. avec fig. Masson et Cie.

Page (H.). Volkmann's ischæmic paralysis; its treatment by tendon-lengthening. (*Lancet*, 13 janv.) — Traitement par l'élongation tendineuse de la paralysie ischémique de Volkmann.

Perdu et **Blanc**. Guérison d'une tumeur blanche suppurée du genou à marche rapide, par les bains de soleil. (*Loire méd.*, janv.)

Riera (B.). Indicación de la intervención en las heridas por arma de fuego con retención de proyectil. (*Rev. balear de ciencias méd.*, 10 janv.)

Rotter (E.). Die Herznaht als typische Operation. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 janv.) — Des procédés de suture des plaies du cœur.

Sachs (B.). Two cases of tumor pressing upon the cauda equina; removal; recovery. (*Med. Record*, 6 janv.) — Deux cas de tumeur comprimant la queue de cheval; opération; guérison.

Schachner (A.). The surgical aspects of the modern small-bore projectile. (*Ann. of Surgery*, janv.) — Les effets des projectiles modernes de petit calibre.

Shober (J.). Tubular adenoma of the rectum (papillary adenoma tubulare polyposa). (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Snéguirev (V.). Nouvelles observations relatives à l'emploi, pour sutures, de fils résorbables, préparés avec le ligament de la nuque du renne (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, janv.)

Sticher. Ueber Sterilisirung des Nahtmateriales. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 6 janv.) — De la stérilisation des fils employés pour sutures.

Tanturri (D.). Sulla tubercolosi della lingua; contributo clinico con ricerche istologiche. (*Arch. ital. di laringol.*, janv.)

Wölfler (A.). Zur operativen Behandlung des Torticollis spasmodicus. (*Prag. med. Wochensch.*, 11 janv.) — Traitement opératoire du torticolis spasmodique.

Zeldovitch (J.). Anesthésie chirurgicale au moyen de l'injection de substances analgésiques dans le canal rachidien (en russe). (*Vratch*, 8 janv.)

OPHTALMOLOGIE

Borel (G.). Hystérotraumatismes oculaires et pseudo-hystérotraumatismes oculaires; monographie clinique et médico-légale. (*Ann. d'oculist.*, janv.)

Bull (Ch. S.). The significance of intra-ocular hemorrhage as to prognosis of life. (*Med. Record*, 3 fév.) — La signification de l'hémorrhagie intra-oculaire au point de vue de la vie du malade.

Demicheri (L.). Papiloma de la córnea. (*Rev. méd. del Uruguay*, janv.)

Dianoux. Traitement du ptosis congénital par le procédé de Motais. (*Gaz. méd. de Nantes*, 27 janv.)

Eliasberg (M.). Zur offenen Wundbehandlung nach Augenoperationen. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 15 janv.) — Traitement à ciel ouvert des plaies oculaires résultant de l'intervention opératoire.

Linde (M.). Hemianopsie auf einem Auge mit Geruchshallucinationen; ein Beitrag zur Kenntnis der Sehbahn. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, janv.) — Hémianopsie unilatérale avec hallucination olfactive; contribution à l'étude du trajet des fibres optiques.

López (E.). Retinitis punteada. (*Arch. de la Policlinica de la Habana*, 4 mars.)

Neves da Rocha. Syphilis ocular grave e precoce; paralysia do terceiro par e keratite intersticial. (*Brazil-med.*, 8 fév.)

Wolff (H.). Ueber syphilitische Papel der Augapfelschleimhaut. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 15 janv.) — Des papules syphilitiques de la conjonctive du globe oculaire.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Baginsky (B.). Zur Pathogenese der acuten Ertaubungen. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVIII, 1-2.) — Pathogénie de la surdité.

Danziger (F.). Ueber adenoide Vegetationen. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, janv.)

Desimoni (A.). L'opoterapia tiroidea nelle lesioni auricolari da vegetazioni adenoidei del rinofaringe. (*Gazz. degli Osped.*, 11 fév.)

Gruber (J.). Ein Fall von Dehiscenz an der unteren Wand des knöchernen äusseren Gehörganges mit Einlagerung des Bulbus venæ jugularis in die dadurch entstandene Lücke. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, janv.) — Un cas dans lequel le bulbe de la veine jugulaire se trouvait situé au sein d'une lacune de la partie osseuse du conduit auditif externe.

Martuscelli (G.). Ricerche sperimentali sui bulbi olfattivi. (*Arch. ital. di laringol.*, janv.)

Röhr (H.). Zur physikalischen Feststellung einseitiger Taubheit, resp. Schwerhörigkeit. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 janv.) — Diagnostic de la surdité unilatérale.

Weiss (S.). Zur Aetiologie und Pathologie der Otitis media im Säuglingsalter. (*Beiträge zur pathol. Anat.*, XXVII, 1.) — Etiologie et pathologie de l'otite moyenne chez les nourrissons.

Winckler. Zur Behandlung der Stirnhöhleneiterung. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 janv.) — Traitement de l'empyème des sinus frontaux.

Zuckerkandl (E.). Zur Anatomie des Sängerkehlkopfes. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, janv.) — Particularités anatomiques du larynx chez les chanteurs.

HYGIÈNE

Bloch. Ueber den Bacteriengehalt von Milchproducten und anderen Nährmitteln. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 22 janv.) — Sur la teneur en bactéries des produits lactés et d'autres substances alimentaires.

Pfuhl (A.). Ueber das Schumburg'sche Verfahren zur Wasserreinigung. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIII, 1.) — Sur le procédé de Schumburg pour la purification de l'eau.

Ribard (E.). La tuberculose est curable; moyens de la reconnaître et de la guérir (instructions pratiques à l'usage des familles). In-16, 170 p. avec fig.

Salterain (J. de). La mortalidad de Montevideo desde Diciembre de 1898 hasta Noviembre de 1899, inclusive. In-12, 15 p. avec tableaux. Montévidéo.

Testera (E.). Considerazioni geologiche intorno al problema dell'acqua potabile. (*Unione med. ital.*, 20 et 27 janv.)

Tonzig (C.). Contributo allo studio dei cosidetti saponi disinfettanti, con speciale riguardo ai saponi alla creolina. (*Gazz. degli Osped.*, 14 janv.)

Zune et **Bonjean** (E.). Traité d'analyse chimique, micrographique et microbiologique des eaux potables. 2e éd. In-8o, LVI-380 p. avec fig.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Baroux. L'eau oxygénée en évaporation contre la coqueluche; son efficacité. In-8o, 51 p.

Buchanan (W.). The saline treatment of dysentery; with notes of 555 consecutive cases with 6 deaths. (*Brit. Med. Journ.*, 10 fév.)

Futcher (Th.). The treatment of aneurysms by subcutaneous gelatin injections. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 27 janv.)

Geraldini (A.). Cura degli aneurismi aortici mediante le iniezioni sottocutanee di gelatina. (*Gazz. degli Osped.*, 28 janv et 4 fév.)

Ivanov (A.). Des injections intramusculaires de quinine (en russe). (*Méd. Obozr.*, janv.)

BACTÉRIOLOGIE

Bellei (G.). Ricerche batteriologiche nelle salpingi sane e malate. (*Policlinico*, 15 janv.)

Cozzolino (V.). Ein neues Fadenbacterium, eine pseudo-aktinomykotische Erkrankung erzeugend. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIII, 1.) — Sur un nouveau bacille filiforme, agent pathogène d'une affection pseudo-actinomycosique.

Gebauer (E.). Ueber die bakteriologischen Hülfsmittel zur Sicherung der Typhus-Diagnose; mit besonderer Berücksichtigung des Piorkowski'schen Platten-Verfahrens. (*Fortsch. der Med.*, 10 janv.) — Des moyens adjuvants pour le diagnostic bactériologique de la fièvre typhoïde et notamment du procédé de Piorkowski.

Hoffmann (R.). Ueber das Vorkommen und die Bedeutung des Koch-Weeks'schen Bacillus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIII, 1.) — Le rôle pathogène du bacille de Koch Weeks.

20e ANNÉE. — N° 16. **Vingt centimes le numéro.** 18 AVRIL 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Surmont, professeur d'hygiène, est nommé professeur de pathologie interne et de pathologie expérimentale, en remplacement de M. Leroy, décédé.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Giessen. — M. le docteur Friedrich Best est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur Franz est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur Ernst Romberg, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Leipzig, est nommé professeur extraordinaire de médecine interne.

Faculté de médecine de Padoue. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Giacinto Viola (*pathologie médicale*); Ferdinando Gangitano (*pathologie chirurgicale*).

Faculté de médecine de Palerme. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Giuseppe Pollaci et Girolamo Scagliosi (*anatomie pathologique*); Luigi Philippson (*dermatologie et syphiligraphie*).

Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur V. Mladejovsky est nommé privatdocent de balnéologie et de climatologie.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Luigi Guaita, professeur à la Faculté de médecine de Sienne, est nommé professeur ordinaire de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Cesare Paoli, démissionnaire.

University College de Cardiff. — MM. les docteurs E. Walford et W. Williams sont nommés lecteurs d'hygiène.

Université de Glasgow. — M. le docteur Hector C. Cameron est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. George Buchanan, démissionnaire.

St. Mary's Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur Edward J. Steegmann est nommé lecteur adjoint d'hygiène.

Philadelphia Polyclinic. — M. le docteur Jay F. Schamberg est nommé professeur de dermatologie, en remplacement de M. J. A. Cantrell, démissionnaire.

University of California de San Francisco. — M. le docteur T. W. Huntington est nommé professeur adjoint de chirurgie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur G. Planchon, membre de l'Académie de médecine et directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — Sir William O. Priestley, ancien professeur d'obstétrique à King's College de Londres. — Sir Andrew Douglas Maclagan, ancien professeur d'hygiène et de médecine légale à l'Université d'Edimbourg. — M. le docteur Pasquale Sgrosso, privatdocent d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Albert B. Strong, ancien lecteur d'anatomie au Rush Medical College de Chicago.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et 1882 : Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à 1899 inclusivement (17 années) absolument complètes, soit les 19 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 174 francs pour la France, 210 francs pour l'étranger.

L'Administration dit, pour la série des années 1883 à 1899, collection absolument complète, quoique la table de l'année 1892 soit épuisée, attendu que la *Table générale* qui doit paraître sera le répertoire complet du journal depuis sa fondation.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1899), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

En *France*, en *Algérie*, en *Suisse*, en *Italie*, en *Belgique*, en *Hollande*, en *Suède* et *Norvège*, en *Danemark*, on s'abonne **sans frais** dans tous les bureaux de poste.

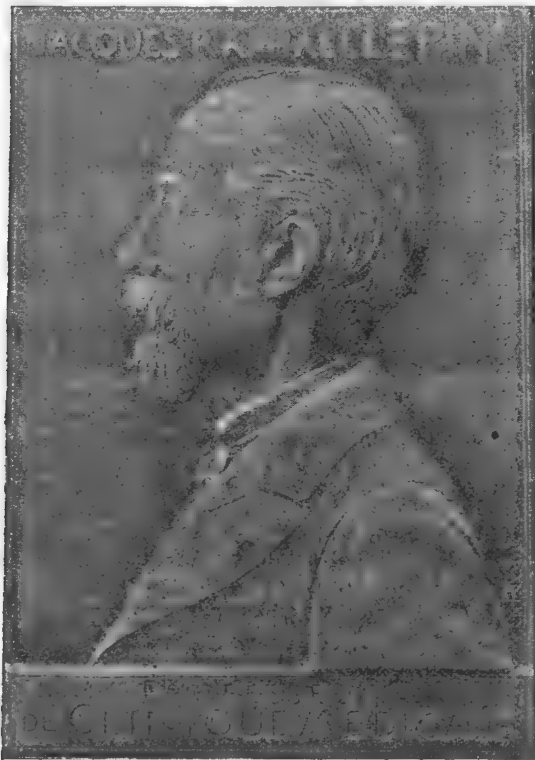
Pour cela faire, il suffit de déposer au bureau de poste de sa localité la somme de **8** fr. pour la *France*, ou de **10** fr. pour l'*Etranger*, en déclarant vouloir prendre un abonnement à la *Semaine Médicale* et en donnant ses noms et adresse. Ce mode de procéder, qui est le plus simple, ne donne lieu à aucun autre débours, l'administration du journal prenant tous les frais à sa charge.

On peut également s'abonner en adressant directement à l'Administrateur de la *Semaine Médicale* le montant de l'abonnement en un mandat-poste (**8** fr. pour la *France* et **10** fr. pour l'*Etranger*) ou en un chèque sur Paris.

VARIA

Hommage au professeur Lépine à l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de son entrée dans l'enseignement.

Les élèves et les amis de M. le professeur R. Lépine (de Lyon) ont eu l'heureuse idée de commémorer le vingt-cinquième anniversaire de son entrée dans l'enseignement. La *Semaine Médicale* dont M. Lépine est un des plus éminents et des plus anciens collaborateurs s'est associée avec plaisir à l'hommage rendu à celui





qui, depuis de longues années, tient les lecteurs de ce journal au courant des questions importantes de la thérapeutique expérimentale et pratique. Les marques de sympathie confraternelle que nous avons reçues à maintes reprises à l'occasion des articles publiés par notre collaborateur dans la *Semaine Médicale* nous sont un sûr garant que nos abonnés apprendront avec satisfaction que le samedi 7 avril un grand nombre d'élèves et d'amis du professeur Lépine se sont réunis à Lyon pour lui remettre la plaquette, œuvre de Roty, que nous reproduisons ci-dessus.

Répondant au président du comité, M. le docteur Chauvet, le plus ancien de ses chefs de clinique, M. Lépine a dit qu'en mettant sous ses yeux l'image de la *Médecine expérimentale*, ses élèves avaient sans doute voulu l'encourager à continuer de mener de front la clinique et l'expérimentation. Cette association, à laquelle il tient, a été déjà réalisée en ce siècle par des médecins illustres; elle l'est par le chef actuel de l'école française, M. le professeur Ch. Bouchard.

Comme le disait Claude Bernard, l'expérimentation n'est que l'observation provoquée; on est obligé de recourir à elle quand l'observation pure est impuissante. L'expérimentation ne sert pas seulement à l'investigation, elle est le moyen nécessaire pour la vérification, pour savoir ce qu'il faut croire et ce dont il faut douter.

Cette réponse fait voir toute la modestie de l'homme et du savant. Et pourtant l'œuvre scientifique accomplie par notre collaborateur n'est pas commune!

Aux esprits un peu prévenus contre tout ce qui n'est pas ou ne vient pas de Paris, nous croyons devoir rappeler que si M. Lépine est aujourd'hui professeur en province, c'est de sa propre volonté que le fait s'est produit, attendu que notre distingué confrère est, de par son instruction médicale et ses titres universitaires, essentiellement Parisien. Né en 1840 à Lyon, où il fut interne des hôpitaux à l'âge de vingt ans, nous le trouvons dans la liste de nomination des internes des hôpitaux de Paris en 1865, et c'est dans cette ville qu'il a été successivement chef de clinique (1872), médecin des hôpitaux (1874) et agrégé (1875). Deux ans après qu'il eut été reçu au concours de l'agrégation, l'Ecole de médecine de Lyon fut transformée en Faculté et, comme on avait besoin en province d'hommes de valeur, M. Lépine consentit à aller prendre à Lyon la direction de l'une des cliniques médicales (1877), avec l'espoir de revenir un jour à Paris où ses droits étaient conservés aussi bien à la Faculté que dans les hôpitaux. Mais la carrière universitaire, lorsqu'elle est accomplie dans le pays natal, crée une situation qui ne permet pas toujours la réalisation des espérances d'autrefois : c'est ainsi que, en 1891, la chaire de la Faculté de médecine de Paris pour laquelle ses travaux le désignaient tout particulièrement



étant devenue vacante, il renonça à quitter son poste.

C'est à Lyon que le professeur Lépine a formé de longues générations d'élèves; c'est le riche matériel de la clinique lyonnaise qu'il a utilisé dans ses nombreuses publications, dont toutes, sauf trois, nous viennent de cette ville.

L'œuvre scientifique de M. Lépine peut se diviser en quatre parties.

En neuropathologie, nous signalerons entre autres une série de travaux expérimentaux et anatomo-cliniques sur les localisations cérébrales et la première description de la paralysie pseudobulbaire d'origine cérébrale. Au point de vue de la nutrition et des maladies des reins, nous citerons, outre sa traduction et surtout sa précieuse annotation du livre de Bartels, des recherches nombreuses sur l'urémie et les néphrites et sur la perméabilité rénale. Mais la maladie qu'il a le plus spécialement étudiée et pour laquelle ses travaux, dont la plupart ont été publiés dans la *Semaine Médicale*, feront autorité pendant longtemps, c'est le diabète. Enfin, son œuvre de thérapeute est immense et elle est trop connue de nos lecteurs pour que nous en disions plus long à ce sujet.

La haute valeur scientifique de M. Lépine avait attiré l'attention sur ce digne représentant de la science médicale et dès 1887 il était élu par l'Académie des sciences correspondant de l'Institut; l'année suivante, ce fut l'Académie de médecine qui le nomma correspondant pour l'élire plus tard (1896) associé national. Ajoutons que notre distingué collaborateur a été également choisi comme correspondant par plusieurs Sociétés savantes de l'étranger, preuve que le nom de M. Lépine s'est répandu dans le Corps médical de tous les pays.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899).

THÈSES DE LYON

Antoine (G.). Contribution à l'étude de l'immunisation rapide des animaux producteurs du sérum antidiphtérique.

Aucouturier (L.). Contribution à l'étude des résections des métatarsiens et des phalanges des orteils; résultats fonctionnels.

Babie (F.). Essai clinique sur le cancer sous-muqueux de l'intestin.

Baptiste (A.). De l'appendicite dans la puerpéralité.

Berne (P.). Le sérodiagnostic de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Lyon pendant un an (1898-1899).

Bobard (J.). L'aplasie artérielle dans l'étiologie de la tuberculose.

Bonoff (P.-C.). Contribution à l'étude de la cysto-uréthro-anastomose et de la cysto-uréthroplastie.

Bouchet (H.). Relation sur l'épidémie de Morzine.

Brunetière (Ch.). Des névrites post-opératoires; étiologie et traitement.

Claussat (J.). Traitement du varicocèle par résection des veines.

Croze (P.). Ostéomes musculaires; leur étude chez la femme.

Demard (M.). De la colostomie iliaque par le procédé de la double ligature.

Garnier (G.). Le panaris de Morvan localisé au pied.

Guyard (G.). Contribution à l'étude de la myocardite typhique (considérations cliniques et anatomo-pathologiques).

Henry (L.). Des épanchements hémorrhagiques au cours des cirrhoses.

Hurel (L.). Kyste de l'ovaire et grossesse; quand et comment faut-il intervenir?

Ivanoff (T.). De la tuberculose de la glande thyroïde.

Jacquet (G.). De l'occlusion intestinale au cours de l'hématocèle intrapéritonéale.

Jarsaillon (L.). De la salpingotomie et autres opérations conservatrices des trompes utérines.

Jorrot (R.). De l'arthrite érysipélateuse.

Lajoanio (J.). Des cataractes qui ne doivent pas être opérées chez les jeunes sujets (étude clinique et statistique).

Laplanche (E.). Des résultats éloignés de l'uréthrostomie périnéale (opération de Poncet); étude clinique basée sur 23 observations.

Loubet (M.). De la restauration osseuse immédiate et tardive du rebord de l'orbite.

Magnoux (A.). De l'invagination intestinale par tumeur et en particulier par les myomes de l'intestin.

Massip (A.). Les péricardites enkystées à épanchements rétro-cardiaques.

Nodet (V.). Les agnoscies; la cécité psychique en particulier.

Payan (F.). Occlusion intestinale aiguë par calcul biliaire.

Picqué (R.). La hanche bote et son ostéo-arthrite.

Piéry (M.). De l'œdème et de la congestion dans leurs rapports avec la production de la sclérose (étude anatomo-clinique et expérimentale).

Pont (A.). De la cataphorèse en art dentaire.

Rollet (D.). La rougeole chez les diphtériques à l'hospice de la Charité de Lyon.

Schnaebelé (R.). Les affections de l'oreille chez les diabétiques.

Verrière (A.). Contribution à la chirurgie conservatrice dans le traitement des rétentions rénales (bassinet et extrémité supérieure de l'uretère).

Weitzel (L.). Des ostéites du pubis et de leurs rapports avec la coxalgie.

PHYSIOLOGIE

Pàl (J.). Ueber den motorischen Einfluss des Splanchnicus auf den Dünndarm. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, V, 3.) — De l'influence motrice exercée par le nerf splanchnique sur l'intestin grêle.

Prévost (J.-L.) et **Battelli** (F.). La mort par les décharges électriques. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Roussy. Nouveau matériel de laboratoire et de clinique à l'usage des physiologistes expérimentateurs, médecins praticiens, vétérinaires, anatomistes, etc. In-8°, 341 p. avec fig.

Scheffer (J. C.). Experimenteele onderzoekingen omtrent den invloed van alcohol op spierarbeid. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 2 déc.) — Influence de l'alcool sur le travail musculaire.

Trzaska-Chrzonszewsky (N.). Zur Lehre von den vasomotorischen Nerven. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVII, 2.)

MÉDECINE

André (E.-L.). La gastrite phlegmoneuse. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er et 15 oct., 1er et 15 nov. et 1er déc.)

Riegel (F.). Zur Behandlung des asthmatischen Anfalls. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 oct.) — Traitement de l'accès d'asthme.

Rose (U.). Ueber Verlauf und Prognose des tuberkulösen Pneumothorax. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 oct. et 2 nov.)

Rosenheim (Th.). Ueber Spasmus und Atonie der Speiseröhre. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9, 16 et 23 nov.) — Le spasme et l'atonie de l'œsophage.

Rosin (H.). Eine Methode zur Bestimmung der reducirenden Kraft des Harns, des Blutes und anderer Körperflüssigkeiten. (*Münch. med. Wochensch.*, 31 oct.) — Un procédé pour déterminer le pouvoir réducteur de l'urine, du sang et d'autres liquides de l'organisme.

Rossi (G.). Sul rapporto tra la tubercolosi e le neuropatie. (*Gazz. degli Osped.*, 17 déc.)

Scheel (V.). Levercirrosernes patologiske anatomi og ætiologi. (*Thèse de Copenhague.*) — Anatomie pathologique et étiologie de la cirrhose du foie.

Schreiber (E.). Zur Casuistik der Achsendrehung des Darmes. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 4-5-6.) — Un cas de torsion de l'intestin autour de son axe.

Schwarz (E.). Ueber die Beziehungen zwischen Leberveränderungen und Diabetes mellitus. (*Wien. med. Wochensch.*, 12, 19 et 26 août, 2, 9, 16 et 23 sept.) — Des rapports existant entre les lésions du foie et le diabète.

Senator Ueber chronische ankylosirende Spondylitis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 nov.)

Sigaud. Notions générales sur la sonorité de l'abdomen. (*Rev. de méd.*, déc.)

Stadelmann (E.). Pharmakotherapeutische Bestrebungen bei Herzkrankheiten. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 1-2.) — Indications du traitement médicamenteux dans les affections du cœur.

Strauss (H.). Ueber Eiter im Magen. Nebst Bemerkungen über die Bedeutung des Befundes von Eiter und Blut im Magen, sowie gewisser wenig beachteter Krebs-Metastasen für die Diagnose des Magencarcinoms. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 oct.) — De la présence de pus et de sang dans l'estomac et de quelques métastases cancéreuses peu connues, surtout au point de vue du diagnostic du cancer de l'estomac.

Ughetti (G. B.). Le febbri apiretiche. (*Riforma med.*, 26, 27 et 28 déc.)

Waldvogel. Zur Lehre von der Acetonurie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 4-5-6.)

Zabloudovsky. Beeinflussung des Morbus Basedowii durch Massage. (*Therapie der Gegenwart*, nov.) — Le massage dans le traitement de la maladie de Basedow.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Darchkévitch (L.). Névrite multiple des nerfs crâniens dans un cas de sarcomatose généralisée (en russe). (*Troudy klin. nervn. bol. kazansk. Ouniv.*, 1.)

Schönborn (S.). Ein casuistischer Beitrag zur Lehre von der Thomsen'schen Krankheit. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 3-4.)

Tschisch (W. von). Die Katatonie. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, juillet, août et oct.)

Van Gehuchten (A.). Un cas de paraplégie avec autopsie. (*Journ. de neurol.*, 20 sept.)

Veckenstedt. Ein merkwürdiger Fall von cerebraler Ataxie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 5-6.)

Weiss (D.). Ueber die Uebungsbehandlung der Ataxie. (*Prag. med. Wochensch.*, 23 et 30 nov.) — Traitement de l'ataxie par la rééducation des mouvements.

Wichmann (R.). Die Rückenmarksnerven und ihre Segmentbezüge. Ein Lehrbuch der Segmental-Diagnostik der Rückenmarkskrankheiten. In-8°, 279 p. avec fig. Berlin. — Les nerfs rachidiens et les segments de la moelle dont ils dépendent; manuel de diagnostic segmentaire des affections médullaires.

Wilson (G. R.). Clinical studies in vice and insanity. In-8°, 234 p. Edimbourg.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Fox (T. C.) et **Blaxall** (F.). Some remarks on ringworm, with especial reference to the early stage of attack of the hair and the production of pustular inflammation. (*Brit. Med. Journ.*, 2 déc.) — Notes sur la pelade, en particulier sur l'altération précoce des cheveux et sur la production de l'inflammation pustuleuse.

Rosenbach (O.). Der Gesichtsschleier als Ursache der Nasenröthe. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 oct.) — La rougeur du nez provoquée par le port de la voilette.

Tschlenoff (M.). Beitrag zur Kenntnis der Knäueldrüsenkörnchen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, XLIX, 2-3.) — Recherches sur les petites granulations des glandes sudoripares.

Unna (P.). Das Kopfkissen in der Dermatologie. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 nov.) — Les inconvénients de l'oreiller en dermatologie.

Wälsch (L.). Ueber die aus weichen Naevis entstandenen bösartigen Geschwülste. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, XLIX, 2-3.) — Des tumeurs malignes provenant de nævi de consistance molle.

Witte (P.). Zur Pathogenese der gonorrhoischen Epididymitis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, L, 1.)

PÉDIATRIE

Guinon (L.). Fréquence et formes rares de la tétanie infantile. (*Comptes rendus de la Soc. d'obstét. de Paris*, déc.)

Rolly. Zur Casuistik der Transposition der grossen arteriellen Gefässe des Herzens. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, L, 3.) — Un cas de transposition des grosses artères du cœur.

Stöltzner (W.). Die Stellung des Kalks in der Pathologie der Rachitis. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, L, 3.) — Rôle de la chaux dans la pathogénie du rachitisme.

Torti (A.) et **Nazari** (A.). Sopra un caso di edema cronico essenziale e cianosi con un interessante reperto ematologico. (*Policlinico*, 1er nov.)

Villa (A.). Delle oscillazioni termiche nel bambino sano e nel malato. (*Pammatone*, III, 4.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Grunert (K.). Eine neue Methode der Plastik nach der Totalaufmeisselung der Stirnhöhle wegen Empyems. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 nov.) — Un procédé autoplastique pour l'occlusion de la plaie après évidement complet du sinus frontal.

Halász (H.). Trepanirung des Warzenfortsatzes mittelst zahnärztlicher Bohrmaschine. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, nov.) — Trépanation de l'apophyse mastoïde au moyen du tour des dentistes.

Hopkins (F.). Recurrence of the tonsil after excision. (*New York Med. Journ.*, 2 déc.) — Reproduction de l'amygdale après son ablation.

Jürgens. Streptomycose des Gehörorgans. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, nov.) — Streptomycose de l'oreille.

Köbel. Ueber Combination von Otitis media mit rhinogenem Gehirnabscess. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 2.) — Coexistence de l'otite moyenne et d'un abcès du cerveau d'origine nasale.

Lehr (G.). Beiträge zur Kenntnis der otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXV, 1-2.) — Les lésions du cerveau, des méninges et des sinus crâniens d'origine otitique.

Lucae (A.). Fünf Wochen anhaltender profuser Ausfluss von Liquor cerebro-spinalis ohne Hirnerscheinungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 oct.) — Écoulement abondant de liquide céphalo-rachidien ayant persisté pendant cinq semaines sans produire de troubles cérébraux.

Mayer (E.). The tonsils as portals of infection. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 déc.) — Les amygdales comme porte d'entrée des infections.

Meier (E.). Ueber otitische Pyaemie. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 oct.)

Morelli (K.). Angioma multiplex linguae; Angiosarcoma linguae et epiglottidis. (*Pester med.-chir. Presse*, 19 nov.)

Morf (J.). Ein Beitrag zur Aetiologie der genuinen Rhinitis fibrinosa. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er nov.)

Schmiegelow (E.). Larynxtuberkulosen. (*Hospitalstidende*, 1er nov.)

BACTÉRIOLOGIE

Gardenghi (G.). I microrganismi del latte in rapporto al contenuto batterico del tubo digerente nel poppante. (*Arch. per le scienze med.*, XXIII, 3.)

Mankovsky (A.). Un procédé rapide et facile de différentiation des cultures de bacilles d'Eberth d'avec celles du colibacille (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, oct.)

Mendez (J.). Das Serum gegen den Milzbrand. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 25 nov.) — Le sérum contre le charbon.

Migula (W.). System der Bakterien. Handbuch der Morphologie, Entwickelungsgeschichte und Systematik der Bakterien. II. Band : Spezielle Systematik der Bakterien. In-8°, 1068 p. avec fig. Iéna.

Morgenroth (J.). Ueber den Antikörper des Labenzyms. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 10 oct.) — Sur l'anticorps de la zymase hépatique.

Moxter. Die Beziehungen der Leukocyten zu den bacterienauflösenden Stoffen thierischer Säfte. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 oct.) — Rapports existant entre les leucocytes et les substances bactériolytiques des sucs organiques.

Nicolas (J.) et **Arloing** (F.). Influence de divers milieux nutritifs sur la végétabilité et la virulence du bacille de Löffler. (*Province méd.*, 30 déc.)

Sélinov (A.). De l'action du sérum antidiphtérique sur la toxine diphtérique. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VII, 4.)

Spirig (W.). Die Streptothrix-(Actinomyces-) Natur des Diphtheriebacillus. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 16 nov.)

Zierler (F.). Bakteriologische Untersuchungen über Gangrän der Zahnpulpa. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 28 oct.) — Recherches bactériologiques sur la gangrène de la pulpe dentaire.

20e ANNÉE. — No 17. Vingt centimes le numéro. 25 AVRIL 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Nous publierons samedi prochain un numéro supplémentaire.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Budapest. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à M. le docteur August Hirschler, privatdocent des maladies de l'estomac et des intestins.

Faculté de médecine de Giessen. — M. le docteur Peter Poppert, professeur extraordinaire, est nommé professeur ordinaire de chirurgie, en remplacement de M. Bose, démissionnaire.

Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur Paul Strübing, professeur extraordinaire de médecine interne, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Gustav Aschaffenburg, privatdocent de psychiatrie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur Hugo Ribbert, professeur à la Faculté de médecine de Zurich, est nommé professeur ordinaire de pathologie générale et d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Marchand.

Faculté de médecine de Pavie. — M. le docteur Ercole Crespi est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Ludwig Braun est nommé privatdocent de médecine interne.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur A. R. Voïnitch-Sianochenski est nommé privatdocent de chirurgie.

Mason University College de Birmingham. — M. le docteur William Wright est nommé lecteur d'ostéologie.

Charing Cross Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur B. Moore est nommé lecteur de physiologie.

Rush Medical College de Chicago. — M. le docteur L. F. Barker (de Baltimore) est nommé professeur d'anatomie.

VARIA

Congrès international de la presse médicale en 1900.

Un Congrès international de la presse médicale se tiendra à Paris du 26 au 28 juillet 1900.

Voici les questions mises à l'ordre du jour :

1° *Création d'une Association internationale de la presse médicale;*

2° *Protection de la propriété littéraire dans les publications médicales.*

AVIS

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899).

THÈSES DE LYON

Anthony (F.). Traitement opératoire des pseudarthroses du col du fémur.

Coste (J.). De l'ostéo-arthrite tuberculeuse compliquant la luxation congénitale de la hanche.

Duguet (F.). Contribution à l'étude de la peur et des phobies (étude pathologique, étiologique et nosologique).

Dumaine (P.). Cinquante-sept nouvelles observations de courbes agglutinantes chez les typhiques; applications au séropronostic.

Dumas (R.). L'hématozoaire du paludisme en dehors du corps humain.

Dupuich (A.). Rôle du traumatisme dans les affections organiques du cœur.

Fabre (L.). Déformation du col vésical dans l'hypertrophie prostatique.

Gautier (Ch.). Du myxœdème spontané infantile.

Gimazane (J.). Des fractures de la trachée (étude clinique et médico-légale).

Goy (A.). De la déchirure des paupières.

Gruié (M.). De la forme médicale du cancer thyroïdien.

Grypiotis (N.). Contribution à l'étude des ruptures extra-péritonéales de la vessie.

Guéricolas (R.). De l'hermaphrodisme vrai chez l'homme et chez les animaux supérieurs.

Hélier (R.). Recherches sur le pouvoir réducteur des tissus.

Jeandinier (A.). Traitement du psoïtis aigu.

Laurent (M.). De la chirurgie à ciel ouvert dans les fractures compliquées de l'humérus; résection, drainage.

Legendre (L.). Du curage méthodique de l'aisselle dans le cancer du sein.

Lévy (L.). Du traitement de la chorée de Sydenham par l'arsenic associé aux corps gras.

Mailhetard (M.). De la résection du genou comme traitement des arthrites infectieuses par plaies pénétrantes de cette articulation.

Marcombes (P.). De l'enlèvement des immondices urbaines dans ses rapports avec l'hygiène publique.

Moiret (L.). Contribution à l'étude des phlegmons et de la gangrène humide dans le diabète sucré.

Moissency (M.). Contribution à l'étude de la perméabilité de la membrane amniotique; variation de cette perméabilité dans le cours de la grossesse.

Morvan (J.). De la localisation et du caractère inflammatoire des lésions de l'angine de poitrine artérielle.

Nieger (P.). Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale par le diverticule de Meckel, et de son traitement.

Pierre (M.). Diagnostic clinique des épanchements sanguins intracrâniens d'origine traumatique; leur traitement par la trépanation.

Poirée (E.). Du cancer du foie avec cirrhose.

Sylvestre (R.). De la pseudo-hypertrophie cardiaque de croissance et de son diagnostic par la palpation large.

Taillade (L.-J.). Oreille et épilepsie.

Tellier (G.). De la luxation des tendons péroniers latéraux; étiologie, symptômes, traitement.

Trifon (G.). Etude clinique de l'abcès de fixation dans les septicémies puerpérales.

Vallin (H.). De la gangrène sèche chez les diabétiques.

PHYSIOLOGIE

Bonnet. Ueber Embryotrophe. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 nov.) — De la nutrition de l'embryon.

Capriati (V.). Influence de l'électricité sur la force musculaire. (*Arch. d'électricité méd.*, nov.)

Chépovalnikov (N.). Une nouvelle fonction du suc intestinal (en russe). (*Bolnitchn. Gaz. Botkina*, 10 nov.)

Metchnikoff (E.). Etudes sur la résorption des cellules. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct.)

Pachon (V.). Du non-parallélisme du sens de variation de l'onde primaire et de l'onde dicrote du pouls artériel, dans quelques cas déterminés (respiration, attitudes). (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Prus (J.). Untersuchungen über elektrische Reizung der Vierhügel. (*Wien. klin. Wochensch.*, 9 nov.) — Sur l'excitation électrique des tubercules quadrijumeaux.

Ricker (G.) et **Ellenbeck** (J.). Beiträge zur Kenntnis der Veränderungen des Muskels nach der Durchschneidung seines Nerven. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVIII, 2.) — Les altérations du muscle après la section de son nerf.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Colombini (P.). Histologische Mitteilung über einen Fall von Osteosklerosis syphilitica des Stirnbeins. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er nov.) — Sclérose syphilitique de l'os frontal.

Eberth (C.). Zur Kenntnis der hypertrophischen Lebercirrhose. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVIII, 2.) — De la cirrhose hypertrophique du foie.

Fisher (Th.). Some points of interest in the morbid anatomy of the aortic valve. (*Edinburgh Med. Journ.*, nov.)

Grünwald (L.). Studien über die Zellen im Auswurf und in entzündlichen Ausscheidungen des Menschen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVIII, 2.) — Recherches sur les cellules contenues dans les crachats et dans les produits de sécrétion inflammatoires.

Kühne (F.). Casuistische Beiträge zur pathologischen Histologie der Cystenbildungen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVIII, 2.)

Mott (F.). The changes in the central nervous system of two cases of negro lethargy : sequel to Dr. Manson's clinical report. (*Brit. Med. Journ.*, 16 déc.) — Des altérations du système nerveux central dans deux cas de maladie du sommeil chez des nègres.

Plehn (A.). Zur Färbetechnik für die Darstellung der « karyochromatophilen Körner » im Blut der Bewohner von Malariagegenden. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 nov.) — Procédé de coloration des « granules caryochromatophiles » du sang des habitants des régions où la malaria est endémique.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bandi (I.). La polmonite pestosa sperimentale. (*Ufficiale sanitario*, nov.)

Dzierzgowski (S.-K.). De l'action des ferments digestifs sur le sérum antidiphtérique et du sort de celui-ci dans le canal gastro-intestinal. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VII, 4.)

Jawein (J.). Sur la cause de la tuméfaction aiguë de la rate dans les intoxications et les maladies infectieuses aiguës (en russe). (*Klin. Gaz. Botkina*, 20 et 27 oct., 3, 10 et 24 nov.)

Karaoulov (Th.). Des altérations microscopiques consécutives à l'inoculation aux animaux du bacille pesteux (en russe). (*Vratch*, 13 nov.)

Lapinsky (M.). Ueber Veränderungen der Nerven bei acuter Störung der Blutzufuhr. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 5-6.) — Des altérations du nerf sous l'influence de troubles brusques dans l'afflux du sang.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Beatson (G.). Observations on the existence of enzymes in cancerous growths. (*Edinburgh Med. Journ.*, nov.)

Camus (L.) et **Gley** (E.). Nouvelles recherches sur l'immunité contre le sérum d'anguille; contribution à l'étude de l'immunité naturelle. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, oct.)

Charrin et **Levaditi**. Embolies cellulaires. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov.)

Czerny (V.). Warum dürfen wir die parasitäre Theorie für die bösartigen Geschwülste nicht aufgeben? (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 1.) — Les raisons pour lesquelles il ne faut pas rejeter la théorie parasitaire des tumeurs malignes.

Lommel (F.). Ueber die Herkunft der Oxalsäure im Harn. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIII, 5-6.) — Origine de l'acide oxalique dans les urines.

Mosny (E.). Etude sur les origines de la tuberculose : tuberculose et hérédité. (*Revue de la tuberculose*, déc. 1898; avril et déc.)

MÉDECINE

Affleck (J.). Observations on cyanosis. (*Scottish Med. and Surg. Journ.*, nov.)

Bard (L.). De l'existence d'un type périphérique de la forme tardive de la maladie bleue. (*Lyon méd.*, 5 nov.)

Bonne (C.) et **Jacquin** (G.). Sur un cas de nigritie chez une aliénée; lésions pathologiques; considérations pathogéniques. (*Arch. gén. de méd.*, nov.)

Carter (A.) et **MacMunn** (C.). Red colouration of the fæces simulating the presence of blood. (*Lancet*, 25 nov.) — Coloration rouge des matières fécales simulant la présence de sang.

Chvostek (F.). Zur Symptomatologie der Akromegalie; ein Fall von Akromegalie mit alimentärer Glykosurie, Gelenkschwellungen und paroxysmaler Hämoglobinurie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 nov.)

Cohn (M.). Ueber Offenbleiben des Foramen ovale bei angeborener Enge des Aortensystems. (*Fortsch. der Med.*, 22 nov.) — De la persistance du trou ovale dans l'étroitesse congénitale du système aortique.

Domenichini (G.). Porzione notevole del lobo sinistro del fegato penetrata nella cavità dello stomaco attraverso ad un'ulcera carcinomatosa. (*Gazz. degli Osped.*, 5 nov.)

Engelhardt (R. von). Gefässalteration und Intestinalneurose. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 27 nov.) — Troubles gastro intestinaux dus à l'artériosclérose généralisée.

Frank. Ueber Mucin-Gerinnsel im Harn. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 4-5-6.) — Des caillots de mucine dans les urines.

Gaddi (P.). Di uno speciale dolore toracico a sede costante, osservato in gastropatici delle nostre campagne. (*Gazz. degli Osped.*, 26 nov.)

Gumprecht (F.). Mors praecox ex haemorrhagia cerebri post coitum. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 nov.)

Jones (R.) et **Clinch** (T.). Palpation of the pancreas in splanchnoptosis (Glénard's disease). (*Edinburgh Med. Journ.*, nov.)

Löb (M.). Ueber Endocarditis gonorrhoica. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 3-4.)

MALADIES INFECTIEUSES

Albanus (G.). Zur Widal'schen Reaction. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 6 nov.)

Brancati (A.). La sierodiagnosi della febbre tifoide; studio critico-sperimentale. (*Gazz. degli Osped.*, 12 nov.)

Cohn (M.). Ueber Pneumococcensepsis. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 nov.)

Mackenna (R.). Bacillus typhosus and bacillus coli communis : a critical comparison, with some description of a new method for their differentiation, and its application to the diagnosis of typhoid fever. (*Edinburgh Med. Journ.*, nov.)

Menko (M.). Choreiforme Bewegungen nach Varicellen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 nov.) — Mouvements choréiformes consécutifs à la varicelle.

Schmid (A.). Ueber Rötheln und Erythemepidemien. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 nov.) — De la rubéole et de l'érythème infectieux.

Siegert (F.). Ueber eine Epidemie von Angina lacunaris und deren Incubationsdauer. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 nov.)

Szegö (K.). Ueber das Auftreten und den Verlauf des Keuchhustens am Meeresstrande. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVII, 3-4.) — Fréquence et évolution de la coqueluche au bord de la mer.

Wright (J.) et **Brown** (L.). Photographs of malarial parasites. (*Journ. of the Boston Soc. of Med. Scienc.*, 20 oct.)

Zabolotny. La peste en Mongolie orientale. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov.)

ANNÉE 1900

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Cavazzani (A.). Sulla patogenesi e cura dell'acinesia algera. (*Riforma med.*, 25 janv.)

Decroly. Un cas de polynévrite tuberculeuse motrice. (*Journ. de neurol.*, 20 janv.)

Donath (J.). Ein Fall von traumatischer periodischer Lähmung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 janv.) — Paralysie périodique d'origine traumatique.

Dornblüth (O.). Die Behandlung der Neurasthenie. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 janv.) — Le traitement de la neurasthénie.

Féré (Ch.). La tolérance des bromures chez les épileptiques âgés. (*Rev. de méd.*, janv.)

Fleury (M. de). Recherches cliniques sur l'épilepsie et sur son traitement. In-8°, 351 p. avec graphiques.

Gudden (H.). Ueber einen eigenartigen Fall transitorischer amnestischer Aphasie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er et 15 janv.)

Hauser (G.). Ueber einen Fall von Commotio cerebri mit bemerkenswerthen Veränderungen im Gehirn. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 5-6.) — Un cas de commotion cérébrale avec lésions particulières de l'encéphale.

Jakob (C.). Atlas-manuel du système nerveux à l'état normal et à l'état pathologique. (Trad. de l'allemand et annoté par A. Rémond et Clavelier.) 2e éd. In-16, 364 p. avec fig. et 84 planches en couleurs.

Krewer (L.). Ueber transitorische Spinallähmungen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 1-2.) — Des paralysies spinales transitoires.

Maere. Observation d'un cas de sclérodermie dactylique. (*Journ. de neurol.*, 20 janv.)

Minor (L.). Six cas de traumatisme de la portion inférieure de la moelle avec troubles moteurs localisés principalement à la région du nerf péronier (en russe). (*Méd. Obozr.*, janv.)

Murawjeff (W.). Eigenartiger Fall von Hämatomyelie (Haematomyelia anterior). (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 janv.)

Préobragensky (P.). Deux observations de paralysie d'origine botulique (en russe). (*Méd. Obozr.*, janv.)

Raimann (E.). Polioencephalitis superior acuta und Delirium alcoholicum als Einleitung einer Korsakow'schen Psychose ohne Polyneuritis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 janv.) — Polioencéphalite supérieure aiguë et délire alcoolique marquant le début d'une psychose de Korsakov sans polynévrite.

Sano (F.). Un cas de spina bifida avec agénésie radiculaire et cordonale. (*Journ. de neurol.*, 20 janv.)

Sollier (P.). Névralgie paresthésique sur un membre atteint de paralysie infantile ancienne. (*Journ. de neurol.*, 20 janv.)

Soulier (H.). Hyperthermie apyrétique corrélative avec état narcoleptique. (*Lyon méd.*, 7 janv.)

Starlinger (J.). Beitrag zur pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, janv.)

Van Biervliet (J.). La substance chromophile pendant le cours du développement de la cellule nerveuse (chromolyse physiologique et chromolyse expérimentale). (*Journ. de neurol.*, 5 janv.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Goodhue (E.). Leprosy in Hawaii. (*Med. Record*, 27 janv.)

Hodara (M.). Histologische Untersuchung über die Wirkung des Chrysarobins. (*Monatssch. f. prakt. Dermatol.*, 15 janv.) — Recherches histologiques sur l'action de la chrysarobine.

Jourdanet (P.). Psoriasis et rhumatisme déformant. (*Province méd.*, 20 janv.)

Krzysztalowicz (F.). Ueber die Behandlung des Lupus vulgaris nach der Unna'schen Methode. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er janv.) — Traitement du lupus vulgaire d'après la méthode d'Unna.

Kutner (R.). Eine neue Methode der Syphilisbehandlung durch Inhalation; vorläufige Mitteilung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 janv.) — Sur un nouveau procédé de traitement de la syphilis par les inhalations mercurielles.

Malherbe (H.). Tondantes à petites spores (*Microsporum Audouini*); généralisation à la peau glabre. (*Gaz. méd. de Nantes*, 20 janv.)

Nagelschmidt (F.). Psoriasis und Glykosurie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 janv.)

Nobl (G.). Zur Kenntnis der miliaren Hauttuberculose (Tuberculosis miliaris s. propria cutis Kaposi). (*Wien. med. Presse*, 14 janv.)

Pringle (J.). Multiple epithelioma developing upon lupus erythematosus. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, janv.)

Riis. Et tilfælde af lupus nasi, behandlet med Röntgenstraaler. (*Hospitalstidende*, 3 janv.)

Unna (P.). Transpellikulare Behandlung. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er janv.) — Du traitement des affections cutanées à travers une pellicule de collodion.

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Atlas (V.). Un cas de sarcome de la muqueuse du corps de l'utérus (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, janv.)

Bekman (V.). Gangrène puerpérale de la matrice (métrite disséquante) (en russe). (*Vratch*, 1er, 8 et 15 janv.)

Bullitt (J.). Mammoth ovarian tumors. (*Ann. of Surgery*, janv.) — Une tumeur ovarienne monstre.

Bürger (O.). Die Ovariotomie an der Klinik Schauta. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.)

Dachkévitch (L.). Métrite disséquante post-puerpérale (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, janv.)

Eberlin (A.). Castration bei Vaginaldefect und Uterus rudimentarius. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 1.)

Frank (E.). Beitrag zur Indicationsstellung der Sectio cæsarea. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.)

Franqué (O. von). Salpingitis nodosa isthmica und Adenomyoma tubæ. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 1.)

Hirst (B.). A new operation for persistent inversion of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Kahlden (C. von). Ueber die Entstehung einfacher Ovarialcysten, mit besonderer Berücksichtigung des sog. Hydrops folliculi. (*Beiträge zur pathol. Anat.*, XXVII, 1.) — Pathogénie des kystes simples de l'ovaire et notamment de l'hydropisie folliculaire.

Kreutzmann (H.). Three cases of ectopic gestation. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, janv.)

Krönig. Klinische Versuche über den Einfluss der Scheidenspülungen während der Geburt auf den Wochenbettsverlauf. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 janv.) — Influence, sur la période puerpérale, des irrigations vaginales pratiquées au cours de l'accouchement.

Lvov (I.). Des hémorrhagies ombilicales tardives chez le nouveau-né (en russe). (*Méd. Obozr.*, janv.)

Mandl (L.). Klinische und anatomische Beiträge zur Frage des completen Tubarabortes. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.)

Mansvétov (A.). Traitement des phlegmasies de l'utérus et des annexes par la chaleur sèche (en russe). (*Vratch*, 1er janv.)

Merttens (J.). Ein Fall von Einwanderung einer bei Laparotomie zurückgelassenen Compresse in den Dünndarm. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 27 janv.) — Pénétration dans l'intestin grêle d'une compresse oubliée dans le ventre au cours d'une laparotomie.

Remy (S.). Note sur l'emploi du forceps dans les occipito-postérieures. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 janv.)

PÉDIATRIE

Camerer (W.). Die Verdauungsarbeit, ihre Grösse und ihr Einfluss auf den Stoffwechsel, insbesondere auf den Stoffwechsel des Säuglings. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 1.) — Le travail de la digestion, son intensité et son influence sur les échanges, notamment chez les nourrissons.

Dörfler (H.). Zur Behandlung der chronischen Obstipation im Kindesalter. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 janv.) — Traitement de la constipation habituelle chez les enfants.

Escherich (Th.). Studien über die Morbidität der Kinder in verschiedenen Altersclassen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 1.) — Sur la morbidité des enfants aux différents âges.

Garofalo (A.). Fanciulli malati e tormentati : il problema sociale dell'assistenza dell'infanzia; il lavaro dei fanciulli; perfettibilità dell'infanzia deficiente. In-8°, 103 p. Rome.

Heubner (O.). Ueber die Verhütung der Tuberculose im Kindesalter in ihren Beziehungen zu Heil- und Heimstätten. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 1.) — Les sanatoria et les asiles considérés au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose infantile.

Kende (M.). Der Alkoholismus mit besonderer Rücksicht auf das kindliche Nervensystem. (*Wien. med. Wochensch.*, 23 déc. 1899; 1er, 6 et 13 janv.) — L'alcoolisme considéré surtout au point de vue de son influence sur le système nerveux de l'enfant.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Langendorff (R.). Ueber das Luftbad. (*Wien. med. Wochensch.*, 1er, 6 et 13 janv.) — Sur le bain d'air.

Legrain (E.). L'A B C de la pyrétologie exotique; la loi d'action de la quinine sur la fièvre intermittente (loi de Treille). (*Rev. méd. de l'Afrique du Nord*, janv.)

Tavel. Sur la valeur et la durée de conservation du sérum antidiphtérique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janv.)

Tchernov (V.). Traitement de la chorée de Sydenham par l'arsenic à hautes doses (en russe). (*Vratch*, 22 janv.)

Trautmann (G.). Ueber einen Fall von Jodkaliumparotitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 janv.) — Parotidite consécutive à l'usage de l'iodure de potassium.

BACTÉRIOLOGIE

Guizzetti (P.). Per la biologia del bacillo del tifo nel corpo umano. (*Rendiconti dell'Assoc. med.-chir. di Parma*, janv.)

Klett (A.). Zur Kenntnis der reducirenden Eigenschaften der Bakterien. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIII, 1.) — Recherches sur les propriétés réductrices des bactéries.

Mankowski (A.). Ein neues Nährsubstrat zur Isolierung von Typhusbacillen und des Bacterium coli communis; ein Beitrag zur Differentialdiagnose des Bact. coli und des Bact. typhi abdominalis (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 6 janv.) — Un nouveau milieu de culture pour l'isolement et pour le diagnostic différentiel du bacille de la fièvre typhoïde d'avec le colibacille.

Nicolas (J.) et **Arloing** (F.). Essais d'immunisation expérimentale contre le bacille de Löffler et ses toxines par l'ingestion de sérum antidiphtérique. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Pacinotti (G.). I bacilli della difterite e quelli del carbonchio sviluppati nell'albume di ovo colorato in verde da caffè crudo. (*Gazz. degli Osped.*, 21 janv.)

Rodet (A.). Sur l'agglutination du bacille d'Eberth et du B. coli par le sérum des animaux immunisés : bacilles typhiques cadavériques à caractères spéciaux; variabilité de l'aptitude agglutinative; types de transition entre le bacille d'Eberth et le B. coli. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Alberts (O.). Osteoplastik der mongolischen Chirurgen schon vor 500 Jahren bekannt! (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 4.) — Documents prouvant que l'autoplastie osseuse était connue des chirurgiens mongols, il y a cinq cents ans.

Antonini. I precursori di Lombroso. In-8°, 169 p. Turin.

Decio (F. C.). La peste in Milano nell'anno 1451 e il primo lazzeretto a Cusago : appunti storici e note inedite tratte dagli archivi milanesi. In-4°, 35 p. avec fig. Milan.

Wiberg (J.). Oldtidens medicinske sekter og deres doktriner. (*Bibliotek for Læger*, janv.) — Les théories médicales dans l'antiquité.

GLYCÉROPHOSPHATE

SCHAFFNER *(Granulé)*

Glycérophosphate de Chaux

RECONSTITUANT GÉNÉRAL du

SYSTÈME NERVEUX (Neurasthénie, Névrose)

Prix du Flacon au Corps Médical : 2 fr. 25.

PEPTONATE DE FER SCHAFFNER

en Gouttes Concentrées.

Le Peptonate de Fer Schaffner, en gouttes concentrées, est bien supérieur à tous les Peptonates de Fer:

1° **Comme assimilation;**

2° **Par la Forme et l'emploi de son Compte-gouttes;**

3° **Par son prix exceptionnel.**

Prix du Flacon au Corps Médical : 1 fr. 25.

M. SCHAFFNER, *58, Rue de Douai, à Paris*, envoie gratuitement à MM. les Docteurs qui veulent bien lui en faire la demande des échantillons de ses produits.

Officiellement adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine. — Médailles Expos. Univers. 1878, 1889.

Poudre de PEPTONE CATILLON

Produit supérieur, pur, inaltérable, Agréable au goût,
on ne peut plus nutritif et assimilable. Représente **10** fois son poids de viande de bœuf.
ALIMENT des malades qui ne peuvent **DIGÉRER** ou qu'on veut **SURALIMENTER.**
Remplace la **VIANDE CRUE**, fait tolérer le **RÉGIME LACTÉ.**
Les faits prouvent qu'on nourrit tous les malades (aigus, chroniques, opérés) avec 3 à 6 fois par jour, Grog, Bouillon ou Lait 1 bol, **POUDRE de PEPTONE CATILLON** *1 cuiller.*
LAVEMENT NUTRITIF : *2 cuillers, 5 gout. laudanum, 125 gr. d'eau, 1 jaune d'œuf.*
On soutient leurs forces, on leur permet de résister à la maladie et on abrége la convalescence.
On remplace ainsi le bouillon, qui ne nourrit pas, par un aliment puissant.
La **Peptone** *est un produit* **français**, *ce sont les expériences scientifiques de* M. CATILLON *qui ont démontré sa valeur et le* **Codex** *a adopté sa formule (V. Bull. de thérapeut. et Bull. de l'Académie de Médecine 1880). Nous le rappelons pour réagir contre l'invasion des produits exotiques, acides, de qualité moindre et vendus plus cher.*

VIN DE PEPTONE CATILLON

30 *gr.* **viande** *et* **0,40 Glycérophosphates assimilables** *par verre a madère.*
Rétablit les Forces, l'Appétit, les Digestions. *Très utile à tous les* **Malades affaiblis.**
Maladies d'Estomac, Diarrhée chronique, Consomption, Inappétence, Enfants, Convalescents, etc.
PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Pharmacies.

Granules de Catillon

à 1 milligr. d'Extrait Titré de

STROPHANTUS

C'est avec ces Granules qu'ont été faites les expérimentations discutées à l'Académie de Médecine en 1889. Elles ont démontré que 2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide**, *relèvent vite le* **cœur affaibli**, *atténuent ou dissipent*
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Angine de poitrine, Cardiopathies de l'Enfance.
Effet immédiat, innocuité (usage continu tonifie l'estomac), pas d'intolérance, pas de vasoconstriction.

Granules de Catillon

A 1/10 MILLIGR. **STROPHANTINE** CRISTALL.

Tonique du Cœur non diurétique

Certains Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles, exiger les Vrais Granules de CATILLON.
Paris, 3, Boul^d St-Martin et Pharmacies.

Kola-Peptone Catillon

SACCHARURE dans lequel la PEPTONE remplace le sucre des KOLAS granulés.
Le meilleur mode d'administrer le Kola, l'aliment complétant le tonique-stimulant.
La dose de 5 gr. ou 2 cuill. à café représente : Viande assimilable 20 gr.; Extrait complet de Kola titré, 1.50
Se fait aussi en CROQUETTES, *utiles aux enfants, marcheurs, cyclistes, etc.*

Élixir de Kola Glycérophosphaté DE CATILLON

Tonique Reconstituant contenant par verre à liqueur
Phosphoglycérates de chaux, potasse et soude, 0 gr 25
Extrait complet de Kola titré, 1.50
Ces produits contiennent tous les principes du Kola, y compris le Rouge, tonique essentiel. Pour constater sa présence, on étend d'eau, le rouge se sépare, le liquide se trouble.

Pure, Inodore, Agréable au Goût, se Conserve bien

POUDRE de VIANDE de CATILLON

Boîte de 500 gr., 6 fr. 50; 1/2 Boîte, 3 fr. 50; Kilo, 12 fr.

POUDRE ALIMENTAIRE

(VIANDE & LENTILLES)
Aliment complet, azoté et hydrocarboné.
Boîte de 500 gr., 5 fr. 50; 1/2 Boîte, 3 fr.; Kilo, 10 fr.

ÉLIXIR de PEPSINE et DIASTASE

à la GLYCÉRINE de CATILLON

Suc gastrique complet plus actif que la Pepsine ordinaire; — digestif et reconstituant; combat les ***Dyspepsies***, la ***Débilité*** et la ***Constipation.***
La glycérine conserve la pepsine, l'alcool la paralyse.
PARIS, 3, Boulevard Saint-Martin.

GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE DE CATILLON

0 gr. 20 de *Créosote purifiée par cuiller.* — **Reconstituant antiseptique** précieux.
Remplace l'huile de ***Morue*** avec avantage, bien tolérée pendant les chaleurs, fait cesser l'***expectoration*** et la ***toux***

CRÉOSOTE DE HÊTRE PURIFIÉE de CATILLON
Possède les propriétés du Gaïacol (*même point d'ébullition, même solubilité dans la glycérine pure*), préférable comme effets aux gaïacols artificiels du commerce.

PILULES CRÉOSOTÉES de CATILLON
à 0 g. 10 de créosote purifiée, quinquina et phosphate de chaux, bien tolérées à haute dose sans renvois ni douleurs d'estomac.

HUILE CRÉOSOTÉE AU 1/10° de CATILLON
stérilisée, parfaitement tolérée, pour lavements ou injections dans la tuberculose, à l'aide de
L'APPAREIL DE CATILLON
pour injections lentes (8 f. au médecin).

Tablettes de Catillon à 0 gr. 25 DE CORPS. Prix : 3 fr.

THYROÏDE

OBESITE, MYXŒDÈME, GOITRE, Herpétisme, etc.
Titré, Stérilisé. Goût agréable. Tolérance parfaite. Efficacité certaine. 2 à 3 par jour.

Neurasthénie, Ataxie, Débilité sénile, etc.

SUC TESTICULAIRE

CONCENTRÉ, STERILISE, de CONSERVATION ASSURÉE
Fl. de 15 gr.; 6 fr.; 40 gr.: 12 fr.

IODO-THYROÏDINE, Principe iodé, même usage. — Tablettes de **THYMUS** (Chlorose, Maladie de Basedow). — **CATILLON**, 3, Boulev^t St-Martin, PARIS.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899).

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Meltzer (S.). An experimental study of the absorption of strychnine in the different sections of the alimentary canal of dogs. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Römer (P.). Experimentelle Untersuchungen über Infectionen vom Conjunctivalsack aus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 2.) — Recherches expérimentales sur les infections d'origine conjonctivale.

Roncali (D.). Intorno all'influenza della vista nel ripristinarsi della funzione deambulatoria negli animali privati parzialmente o totalmente del cervelletto. IIa nota preliminare. (*Policlinico*, 15 nov.)

Tedeschi (G.). Ricerche sperimentali sull'azione della morfina sullo sviluppo e sul decorso della infezione tubercolare. (*Riforma med.*, 4, 5 et 6 déc.)

Vidal (A.). Ueber den Einfluss verschiedener Ernährungszustände von Thieren auf die Umwandlung subcutan eingespritzten Methämoglobins. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 3-4.) — Influence de la nutrition sur la transformation de la méthémoglobine injectée sous la peau des animaux.

MÉDECINE

Körmöczi (E.). Der Einfluss infectiöser Krankheiten auf die Leukämie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 nov.) — De l'influence exercée par les maladies infectieuses sur la leucémie.

Palleri (G.). Un caso di endoarterite dell'arteria pulmonare. (*Riforma med.*, 4 nov.)

Pförringer (S.). Ueber die Selbstverdauung des Pankreas. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVIII, 1.) — De l'autodigestion du pancréas.

Riegel (F.). Zur Prüfung der secretorischen Kraft des Magens. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 nov.) — Sur le mode d'exploration du pouvoir sécréteur de l'estomac.

Rondot (E.). Des manifestations initiales de la tuberculose pulmonaire dans la région du hile. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 26 nov.)

Roux (J.-Ch.). Recherches sur les viciations de la sensibilité gastrique. (*Rev. de méd.*, nov.)

Senator (H.). Ueber die Unterscheidung des weissen und dunklen Fleisches für die Krankenernährung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 nov.) — De la distinction entre la viande noire et la viande blanche dans l'alimentation des malades.

Teichmüller (W.). Die eosinophile Bronchitis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXIII, 5-6.)

Torrild (J.). Alkoholismen i Danmark, med særligt hensyn til aarstidens indflydelse. (*Ugeskrift for Læger*, 1er déc.) — Influence des saisons sur l'alcoolisme en Danemark.

Van Niessen. Ein Beitrag zur Aetiologie und Therapie der Polyarticulitis idiopathica. (*Wien. med. Wochensch.*, 28 oct. et 4 nov.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Biancone (G.). Contributo clinico ed anatomico allo studio dei tumori delle eminenze bigemine. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXV, 3-4.)

Cénas et **Bouzoud.** Un cas de rire et de pleurer spasmodiques. (*Loire méd.*, nov.)

Ceni (C.). Influenza del sangue degli epilettici sullo sviluppo embrionale con particolari considerazioni sulla teoria tossica dell'epilessia. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXV, 3-4.)

Damsch (O.). Ueber die chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule und der Hüftgelenke (Strümpell). (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 4-5-6.) — De l'inflammation chronique ankylosante du rachis et des articulations coxo-fémorales.

Dana (Ch.). Paralysis agitans and sarcoma; report of a case, with autopsy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Finizio (G.). Educazione di un soggetto isterico alla lettura del pensiero. (*Riforma med.*, 17, 18 et 20 nov.)

Henneberg (R.). Beitrag zur Kenntnis der combinirten Strangdegenerationen sowie der Höhlenbildungen im Rückenmark. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXII, 2.) — Recherches sur les dégénérescences combinées des faisceaux et sur la formation de cavités dans la moelle.

Hochhaus (H.). Ueber Myelitis acuta. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 5-6.)

Kéraval (P.). Le mécanisme des sentiments de l'homme. (*Echo méd. du Nord*, 29 oct. et 12 nov.)

Köster (G.). Ueber die « maladie des tics impulsifs » (mimische Krampfneurose). (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 3-4.)

Kräpelin. Die klinische Stellung der Melancholie. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, nov.) — De la place occupée par la lypémanie en nosographie.

Lannois (M.) et **Carrier** (H.). L'analgésie du cubital dans l'épilepsie. (*Rev. de méd.*, nov.)

Lapinsky (M.). Zwei weitere Fälle von sogenannter trophischer Gefässerkrankung im Laufe der Neuritis. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 1-2-3.) — Deux nouveaux cas de troubles vasculaires dits trophiques au cours de la névrite.

Luce (H.). Zum Kapitel der Ponshämorrhagien. Ein Beitrag zur Frage nach der Existenz von Nothnagel's Krampfcentrum in der Varolsbrücke des Menschen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 5-6.) — Sur les hémorrhagies protubérantielles et sur l'existence du centre convulsif de Nothnagel dans la protubérance.

Mitchell (J.). A study of a case of family periodic paralysis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Näcke (P.). Kritisches zum Kapitel der normalen und pathologischen Sexualität. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXII, 2.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bleuler. Zur Therapie des Herpes zoster. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 nov.)

Duplant (F.) et **Péhu** (M.). Deux cas d'arthrite blennorrhagique de la hanche. (*Rev. de méd.*, nov.)

Himmel (J.). Die günstige Wirkung der Röntgenstrahlen auf den Lupus und deren Nebenwirkung auf die Haut und ihre Anhangsgebilde. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, L, 3.) — Des effets favorables exercés par les rayons de Röntgen sur le lupus et de l'action de ces rayons sur la peau.

Jadassohn (J.). Ueber die tuberculösen Erkrankungen der Haut. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 6 et 13 nov.) — Des tuberculides cutanées.

Joseph (M.). Ueber Keloide. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, XLIX, 2-3.)

Leistikow (L.). Dintenbäder und Dintenumschläge. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er déc.) — Bains et compresses d'encre.

Maffei. Deux cas de lupus guéris par les injections de tuberculine. (*Clinique*, 4 nov.)

Natanson (A.). Zur Structur des Hauthorns (Cornu cutaneum palpebrae). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, L, 2.)

Owens (J.), **Eisendrath** (D.) et **Ready** (C.). Blastomycetic dermatitis (pseudo-lupus vulgaris, saccharomycosis hominis, or pseudo-epithelioma with blastomycetes). (*Ann. of Surgery*, nov.)

Piccardi (G.). Syphiloderma haemorrhagicum adultorum. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, L, 1.)

Pinkus (F.). Ueber die Hautveränderungen bei lymphatischer Leukaemie und bei Pseudoleukaemie. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, L, 1 et 2.) — Des altérations de la peau dans l'adénie et dans la pseudo-leucémie.

Uhma. Die Schnellfärbung des Neisser'schen Diplococcus in frischen nicht fixirten Präparaten. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, L, 2.) — La coloration rapide du diplocoque de Neisser sur des préparations fraîches non fixées.

PARASITOLOGIE

Foulerton (A.). On streptothrix infections; with report of a case. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, nov.)

Sabrazès (J.) et **Laubie** (A.). Non-spécificité de la botryomycose. (*Arch. gén. de méd.*, nov.)

Salomon (H.). Ueber einen Fall von Infusorien-Diarrhoe. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 13 nov.)

CHIRURGIE

Abel (W.). Erster Fall von erfolgreicher Gastroenterostomie wegen angeborener stenosirender Pylorushypertrophie bei einem achtwöchigen Säugling. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 nov.) — Premier cas de gastro-entérostomie pratiquée avec succès pour hypertrophie du pylore chez un enfant âgé de deux mois.

Albert (E.). Der Mechanismus der skoliotischen Wirbelsäule. In-8o, 51 p. avec fig. Vienne.

Berezowsky (S.). Untersuchungen über die Bedingungen und Methodik operativer Druckentlastung des Gehirnes. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 1-2 et 3-4.) — Indications et procédés de l'intervention opératoire contre la compression du cerveau.

Bouffleur (A.). Successful removal of a fibrosarcoma (desmoid fibroma) of the abdominal wall, involving the iliac vessels. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Bradford (E.) et **Vose** (R.). Forcible correction of the angular deformity resulting from spinal caries. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Braun (W.). Klinisch-histologische Untersuchungen über die Anheilung ungestielter Hautlappen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 1.) — Recherches cliniques et histologiques sur l'implantation des lambeaux cutanés non pédiculés.

Brenner (M.). Ueber das primäre Carcinom des Ductus choledochus. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVIII, 2.)

Buchbinder (H.). Ueber die Lage und die Erkrankungen der Wangenlymphdrüsen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 1.) — Anatomie topographique et pathologie des ganglions lymphatiques de la joue.

Cocco-Dalmasso (R.). Contributo alla sterilizzazione dell'iodoformio. (*Riforma med.*, 30 oct.)

Dörfler (J.). Ueber Arteriennaht. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 3.) — Suture des artères.

Dubar (L.) et **Surmont** (H.). Un cas de gastro-entérostomie datant de dix-neuf mois. (*Echo méd. du Nord*, 26 nov.)

Gerulanos (M.). Ueber Cystocele lineae albae. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 1-2.)

Hahn (O.). Ueber die acute infectiöse Osteomyelitis der Wirbel. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 1.) — De l'ostéomyélite infectieuse aiguë des vertèbres.

Hiller (T.) Ueber Tuberculose der Bauchdeckenmuskulatur. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 3.) — Tuberculose des muscles de la paroi abdominale.

Hirsch (H.). Erzielung tragfähiger Stümpfe durch Nachbehandlung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 nov.) — Du traitement post-opératoire nécessaire pour obtenir de bons moignons.

Kellock (Th.). A new method of skin-grafting. (*Lancet*, 25 nov.) — Un nouveau procédé de greffe épidermique.

Kredel (L.). Ueber den Zusammenhang von Trauma, Epiphysenlösung und Coxa vara. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 1-2.) — Des rapports existant entre les traumatismes, le décollement épiphysaire et la coxa vara.

Küttner (H.). Ueber die Lymphgefässe der äusseren Nase und die zugehörigen Wangen-Lymphdrüsen in ihrer Beziehung zu der Verbreitung des Nasenkrebses. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 1.) — Rôle des lymphatiques du nez et des ganglions correspondant des joues dans l'extension du cancer nasal.

Payr (E.). Ueber Läsion des Nervus ulnaris bei Verletzungen am Ellbogengelenk. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 1-2.) — Lésions du nerf cubital dans les blessures de l'articulation du coude.

Rehn. Darmverstopfung durch eine Mullcompresse. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 2.) — Occlu-

sion intestinale par une compresse de tarlatane.

Renvers. Ueber Blinddarmerkrankung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 2.) — Des affections du cæcum.

UROLOGIE

Baldwin (J.). Three rare cases of kidney cysts. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Trois cas rares de maladie kystique des reins.

Bamberger (E.) et **Paltauf** (R.). Ein Fall von osteoplastischem Prostatacarcinom. (*Wien. klin. Wochensch.*, 2 nov.)

Boari (A.). L'urétéro-cysto-néostomie; étude clinique et expérimentale. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, oct. et nov.)

Buss (O.). Zur Dystopie der Nieren mit Missbildung der Geschlechtsorgane (irrthümliche Exstirpation der ins kleine Becken verlagerten einzigen Niere). (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 4-5-6.) — Dystopie rénale avec malformation des organes génitaux; extirpation, par erreur, d'un rein unique se trouvant dans la cavité pelvienne.

Cerruti (G.). Sulla cura dell'ipospadia penoscrotale. (*Gazz. degli Osped.*, 2 nov.)

Englisch (J.). Periurethritis infectiosa. (*Wien. med. Wochensch.*, 28 oct. et 4 nov.)

Fenwick (E.). The plastic repair of urethro-perineo-scrotal fistulæ. (*Edinburgh Med. Journ.*, nov.)

Guyon. Formes larvées des maladies chirurgicales de l'appareil urinaire. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, nov.)

Predöhl (A.). Ueber Bacteriurie. (*Münch. med. Wochensch.*, 7 nov.)

Reynès (H.). Les hématuries essentielles. (*Marseille méd.*, 1er nov.)

Wolff (R.). Ueber die bösartigen Geschwülste der Prostata, insbesondere über die Carcinome derselben. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 1-2.) — Des tumeurs malignes de la prostate, en particulier du cancer de cet organe.

Wuhrmann (F.). Beitrag zur Pathologie und Diagnose des Ren mobilis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 1-2.)

OPHTALMOLOGIE

Alexander (L.). Ein Beitrag zur Ophthalmia electrica. (*Deutsche med. Wochensch.*, 23 nov.)

Baquis (E.). L'irido-coroidite da autointossicazione intestinale. (*Settimana medica*, 23 déc.)

Guttmann (E.). Ueber den Gebrauch starker Sublimatlösungen in der Augentherapie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 2 nov.) — L'emploi de solutions fortes de sublimé en ophtalmothérapie.

Jitta (J.). La coloration apparente des vaisseaux sous-conjonctivaux. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

Terson. Conjonctivite granuleuse avec pannus cornéen complet, guérie par le jéquirity, après insuccès des traitements habituels. (*Ann. d'oculist.*, nov.)

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Amann (J. A. jr.). Ueber Totalexstirpation der carcinomatösen Vagina zugleich mit myomatösem Uterus, rechtsseitigem Ovarialcysto-Carcinom und linkseitigem Ovarialcystom in continuo. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.)

Baldy (J.) et **Williams** (H.). Kraurosis vulvæ. A disease of chronic inflammatory nature and characterized by cutaneous atrophy, with marked shrinking and contraction of the vaginal orifice. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, nov.)

Blacher (K.). Noch ein Beitrag zum Bau der menschlichen Eihüllen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 2.) — Recherches sur la structure des membranes de l'œuf humain.

Bollenhagen (H.). Beitrag zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLI, 3.) — Des procédés pour provoquer l'accouchement prématuré.

Cioffi (E.). La difterite utero-vaginale nel puerperio; la vitalità dei bacilli di Klebs-Löffler; le reinfezioni e le cure preventive. (*Riforma med.*, 21, 22, 23 et 24 nov.)

Eastman (Th.). Hemostasis in the tubo-ovarian pedicle. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Feigl (G.). Die Behandlung des blennorrhoischen Cervixkatarrhes auf Grundlage des Antagonismus der Mikroorganismen nach der Landau'schen Methode. (*Wien. med. Wochensch.*, 4 et 11 nov.) — Traitement de la métrite blennorrhagique du col par la levure.

Fraikin (A.). Accidents et complications de l'hystérectomie vaginale. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 15, 22 et 29 oct., 5 et 12 nov.)

Frank (M.). Ueber Genital-Tuberculose. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.)

Gilliam (D.). What shall we do with the postoperative hemorrhage of celiotomy? (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.) — Traitement de l'hémorrhagie après la cœliotomie.

Heymann (F.). Ueber Methode und Indicationen der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. Erfahrung aus 107 Fällen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 2.) — Technique et indications de l'accouchement provoqué.

Humiston (W. H.). One form of ovarian disease not generally recognized : primary sclerosis of the ovary. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, nov.)

Jacquemet (M.). Sur un cas d'absence partielle des petites lèvres. (*Dauphiné méd.*, oct.)

Jones (M.). The fourth hitherto undescribed disease of the ovary : colloid degeneration. (*Med. Record*, 4 nov.) — De la dégénérescence colloïde des ovaires.

Kallmorgen. Geburtsstörungen nach vorausgegangener Vaginofixation als Indication zum Kaiserschnitt. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLI, 2.) — L'opération césarienne dans les cas de dystocie consécutive à l'hystéropexie vaginale.

Kleinwächter (L.). Die mangelhafte Entwickelung des Uterus. (*Wien. med. Presse*, 26 nov.) — Le développement défectueux de l'utérus.

Leopold, Bott et **Marchesi**. Entwickelung und Bau der menschlichen Placenta. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 2.) — Développement et structure du placenta humain.

Mirabeau (S.). Perithelioma ovarii cysticum. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.)

Nückel (W.). Ueber Schwangerschaft im atretischen Horn eines Uterus bicornis unicollis. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — De la grossesse dans la corne atrophiée d'un utérus bifide à col unique.

Parlavecchio (G.). Sulla reazione chimica dei lochi e sulla sua pratica importanza diagnostica e pronostica. (*Bull. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XIX, 2.)

Payer (A.). Ueber den Einfluss des Zuckers auf den Stoffwechsel der Schwangeren und auf den Geburtsverlauf. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov. et déc.) — Influence du sucre sur les échanges organiques de la femme enceinte et sur la marche du travail.

Peiser (E.). Beitrag zur Pathologie der Placenta. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.)

Rapin (O.). Physométrie artificielle comme moyen de prévenir l'asphyxie du fœtus pendant le travail. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, nov.)

Schauta (F.). Ueber die Einschränkung der abdominalen Adnexoperationen zu Gunsten der vaginalen Radicaloperation. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 1.) — Pourquoi, dans les annexites, faut-il de préférence faire une opération radicale par la voie vaginale?

Scheffelaar Klots (P.). Emphysema subcutaneum während des Gebäractes entstanden. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLI, 3.) — Emphysème sous-cutané au cours de l'accouchement.

Sippel (A.). Drainage und Peritonitis. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.)

Stöckel (W.). Beitrag zur Lehre von der Hydrorrhoea uteri gravidi. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 11 nov.)

Wolff (B.). Ueber eine Drillingsgeburt mit einem Acardius. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 2.)

Wollgren (A.). Ein Fall von eigenartiger Uterusneubildung. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, nov.) — Tumeur insolite de l'utérus.

Woyer (G.). Zur Ichthyolbehandlung von Frauenkrankheiten. (*Wien. med. Presse*, 19 nov.) — L'ichtyol dans le traitement des affections gynécologiques.

Zamboni (A.). Le iniezioni endovenose di sublimato corrosivo e di fenato di chinino nella cura dell'infezione puerperale. (*Gazz. degli Osped.*, 26 nov.)

PÉDIATRIE

Batten (F.). A case of congenital hypertrophy of the pylorus in an infant; recovery; subsequent death from broncho-pneumonia. (*Lancet*, 2 déc.) — Hypertrophie congénitale du pylore chez un enfant; guérison; mort par bronchopneumonie; autopsie.

Cattaneo (C.). La tintura di iodio nella cura delle diarree infantili. (*Pediatria*, oct.)

Concetti (L.). Ueber einige angeborene, bei Kindern die habituelle Verstopfung hervorrufende Missbildungen des Colon. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVII, 5-6.) — Quelques anomalies congénitales du côlon provoquant chez les enfants la constipation chronique.

Fränkel (A.). Ueber Radikaloperation der Leistenbrüche von Säuglingen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 25 nov.) — Sur la cure radicale de la hernie inguinale chez le nourrisson.

Höfler (M.). Ueber Milchdiät. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVII, 5-6.) — Du régime lacté.

Riley (E.). Report of a case of congenital inguinal tele-lymphangioma of large size, with remarks on congenital tumors of childhood. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Schalek (A.). Ueber einen Fall von primärem Sarkom der Prostata bei einem 3 1/4 jährigen Knaben. (*Prag. med. Wochensch.*, 26 oct. et 2 nov.) — Sarcome primitif de la prostate chez un petit garçon.

Spiegelberg (J.). Zur Frage der Enststehungsweise der im Gefolge infectiöser Erkrankungen, insonderheit der Magendarmkrankheiten des frühesten Kindesalters auftretenden Lungenentzündungen. Histologische und bacteriologische Untersuchungen. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVII, 5-6.) — Recherches histologiques et bactériologiques sur la pathogénie de la pneumonie consécutive aux maladies infectieuses, notamment des affections du tube digestif, chez les petits enfants.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Friedrich (E.). Drei Fälle von diabetischer Mastoiditis. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXVI, 1-2.)

Honsell (B.). Ueber Pharyngotomia subhyoidea. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 1.)

Jonnesco (Th.). Extirpation de l'amygdale pour tumeurs malignes (nouveau procédé). (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Bucharest*, mars.)

Lucae (A.). Zur physikalischen Feststellung einseitiger Taubheit, resp. Schwerhörigkeit. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLVII, 1-2.) — Diagnostic de la surdité unilatérale.

Muck. Ueber die Farbe des lebenden rhachitischen Knochens nach Operationsbefunden bei Mastoiditis rhachitischer Kinder. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXV, 4.) — La couleur de l'os rachitique vivant, d'après les faits observés au cours de la trépanation de l'apophyse mastoïde chez des enfants rachitiques.

Müller (R.). Zur operativen Behandlung der otitischen Hirnhautentzündungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 9 nov.) — Du traitement opératoire de la méningite d'origine otitique.

Pautet (G.). Du cholestéatome de l'oreille. (*Lyon méd.*, 12 nov.)

Reichenbach (H.). Ein Fall von Rhinitis fibrinosa mit Diphtheriebacillen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 4-5-6.)

Schmiegelow (E.). Eine neue Methode, die Quantität des Hörvermögens vermittelst Stimmgabeln zu bestimmen. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLVII, 3.) — Détermination de la capacité auditive au moyen du diapason.

Schwabach. Ueber Erkrankungen des Gehörorgans bei perniciöser Anämie. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXV, 1-2.) — Des lésions de l'oreille dans l'anémie pernicieuse.

Verhandlungen der deutschen otologischen Gesellschaft auf der 8. Versammlung in Hamburg am 19.-20. Mai 1899. In-8o, 123 p. avec fig. Iéna.

20e ANNÉE. — No 19 Vingt centimes le numéro. 2 MAI 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine d'Angers. — M. le docteur G.-E. Roguet est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

VARIA

Dans sa séance d'hier, l'Académie de médecine de Paris a élu comme associés étrangers MM. Behring (de Marbourg), Golgi (de Pavie), Tilanus (d'Amsterdam) et Pawlow (de Saint-Pétersbourg).

NÉCROLOGIE

M. le docteur A. Milne-Edwards, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Paris. — M. le docteur Heinrich Bose, ancien professeur de chirurgie à la Faculté de médecine de Giessen. — M. le docteur Pietro Cavallo, fondateur du journal *Il Morgagni*. — M. le docteur Teodosio De Bonis, privatdocent de pathologie générale à la Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Edwin Van Millingen, ancien professeur d'ophtalmologie à l'Ecole impériale de médecine de Constantinople.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899).

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Ballet (G.). Histoire d'un visionnaire au dix-huitième siècle : Swedenborg. In-16, 228 p.

Cardamatis (J.). Un type intermédiaire entre la lèpre, la syringomyélie et la maladie de Morvan. In-8°, 23 p.

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France. 10e session tenue à Marseille en avril 1899. Comptes rendus. In-8°, 615 p. Marseille.

Féré (Ch.). L'instinct sexuel; évolution et dissolution. In-12, 350 p.

Pick (A.). Zur Lehre von der sogenannten transcorticalen motorischen Aphasie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXII, 3.)

Placzek (S.). Klinisch-mikroskopische Beiträge zur Lehre von der progressiven Muskelatrophie. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVIII, 1.) — Recherches cliniques et microscopiques sur l'atrophie musculaire progressive.

Probst (M.). Ueber die Localisation des Tonvermögens. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXII, 2.) — De la localisation du sens de la perception des sons musicaux.

Reusz (F. von). Beitrag zur pathologischen Anatomie der Bulbärerkrankungen bei Tabes. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXII, 2.) — Recherches anatomo-pathologiques sur les lésions bulbaires dans le tabes.

Schäfer. Ueber einen antagonistischen Reflex. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 nov.)

Schröder. Ein Fall von diffuser Sarkomatose der gesamten Pia mater des Gehirns und Rückenmarks. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, nov.) — Sarcomatose diffuse de la pie-mère cérébrale et médullaire.

Sprengeler (H.). Beitrag zur Statistik, Aetiologie und Symptomatologie der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVI, 5.) — La paralysie générale au point de vue de sa fréquence, de son étiologie, de sa séméiologie et notamment de ses rapports avec la syphilis.

Stefani (U.) et **Nordera** (E.). Del riflesso oculopupillare. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXV, 3-4.)

Strümpell (A.). Zur Kenntnis der Haut-und Sehnenreflexe bei Nervenkranken. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 3-4.) — Des réflexes cutanés et tendineux dans les maladies nerveuses.

Toulouse (E.). Mesure de l'odorat par l'eau camphrée. (*Rev. de méd.*, nov.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Legrand (M.-A.). Etude comparée des maladies vénériennes dans les milieux civils et militaires. (*Ann. d'hyg. publ.*, nov.)

Róna (S.). Zwei Fälle einer mit Epidermolysis bullosa, consecutiver Hautatrophie, Epidermiscysten und Nagelverkümmerung einhergehenden Hautkrankheit. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, L, 3.) — Deux cas d'une dermatose accompagnée d'épidermolyse bulleuse avec kystes épidermiques, atrophie de la peau et des ongles.

Roth (F.). Fall von Urticaria recidiva mit akuten Schüben und Albuminurie. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er déc.) — Un cas d'urticaire à récidives aiguës avec albuminurie.

Schenk (A.). Ueber Sensibilitätsstörungen beim neuropathischen Ekzem. (*Wien. med. Wochensch.*, 28 oct. et 4 nov.) — Des troubles de la sensibilité dans l'eczéma névropathique.

Spiegler (E.). Ueber Endothelieme der Haut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, L, 2.) — Des endothéliomes de la peau.

Thorel (Ch.). Ueber viscerale Syphilis. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVIII, 2.)

Werler (O.). Das lösliche metallische Quecksilber als Heilmittel; klinisch-therapeutische Untersuchungen. (*Dermatol. Zeitsch.*, VI, 3.) — Le mercure soluble en dermatothérapie.

CHIRURGIE

Congrès français de chirurgie. 13e session. Paris, 1899. Procès-verbaux, mémoires et discussions. In-8°, XXXVI-766 p. avec fig.

Lombardo (M.). Ricerche sperimentali intorno ad uno speciale enterostato. (*Riforma med.*, 3 nov.)

Lotheissen (G.). Ueber die Zerreissungen im Streckapparat des Kniegelenks. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 3.) — Ruptures de l'appareil extenseur de l'articulation du genou.

Müller (W.). Ueber Sehnen-Muskelumpflanzung zur functionellen Heilung veralteter peripherischer Nervenlähmungen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 4-5-6.) — Transplantation de tendons et de muscles pour la cure fonctionnelle des paralysies périphériques invétérées.

Parlavecchio (G.). Le affezioni linguali non neoplastiche equivocabili coi tumori. (*Bull. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XIX, 2.)

Riethus (G.). Ueber Verletzungen des N. radialis bei Humerusfrakturen und ihre operative Behandlung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 3.) — Des blessures du nerf radial dans les fractures de l'humérus et de leur traitement chirurgical.

Rosenberger (J.). Ueber die Behandlung von gleichzeitigen complicirten Fracturen des Ober- und Unterschenkels derselben Seite. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 3-4.) — Traitement des fractures de la cuisse et de la jambe du même côté.

Schmidt (M.). Meckel'sches Divertikel und Ileus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 1-2.)

Scholder. L'arthromoteur; traitement des maladies et lésions de l'appareil locomoteur au moyen d'une nouvelle machine utilisable pour toutes les articulations, aussi bien activement que passivement, avec graduation exacte de l'allure et de l'amplitude du mouvement. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, nov.)

Seitz (J.). Diphtheriebacillen in einem Panaritium. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er nov.)

Shepherd (F.). Some remarks on the symptoms of bronchocele and the results of operative treatment. (*Ann. of Surgery*, nov.)

Stonham (C.). Manual of surgery. Vol. III : Regional surgery. In-8°, 748 p. Londres.

Sudeck (P.). Ueber die Behandlung des nicht tuberculösen Totalempyems mit der Schede-schen Thoraxresection. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 1.) — La résection des côtes d'après la méthode de Schede dans les cas d'empyème non tuberculeux.

Villar (F.). Quatre autres cas d'appendicite. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 nov.)

Wiemuth. Die Behandlung der Schussverletzungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 2.) — Le traitement des blessures par armes à feu.

Wieting (J.). Zur Anatomie und Pathologie der Spina bifida und Zweiteilung des Rückenmarks. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 1.) — Spina bifida et dédoublement de la moelle.

Winiwarter (F. von). Ein Fall von Hydrocele bilocularis intra-abdominalis. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 nov.)

Zuppinger. Zum Genu valgum. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 nov.)

HYGIÈNE

Ascher. Untersuchungen von Butter und Milch auf Tuberkelbacillen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 3.) — La recherche des bacilles de la tuberculose dans le beurre et dans le lait.

Bechmann (G.). Salubrité urbaine; distribution d'eau et assainissement. 2e éd. T. II. In-8°, 665 p. avec fig.

Compte rendu des travaux des conseils d'hygiène et de salubrité du département des Bouches-du-Rhône. T. XXIX. In-8°, 324 p. avec fig. Marseille.

Concornotti (Mlle E.). Ueber die Häufigkeit der pathogenen Mikroorganismen in der Luft. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 7 nov.) — Sur les microbes pathogènes dans l'air.

Friedemann (M.). Zur Frage der Zimmerdesinfection mit Formaldehyd. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 déc.) — De la désinfection des locaux au moyen du formol.

Rapport général présenté à M. le ministre de l'intérieur, par l'Académie de médecine, sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en France et dans les colonies pendant l'année 1898. In-8°, 108 p. Melun. Impr. admin.

Trélat (E.). La vie nationale; la salubrité. In-16, 352 p. avec fig.

Weissenfeld. Ueber Bacterien in der Butter und einigen anderen Milchproducten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 27 nov.) — Sur la présence de bactéries dans le beurre et dans quelques autres produits retirés du lait.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Hegi (A.). Ueber Pilzvergiftungen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 3-4.) — De l'empoisonnement par les champignons.

Malvoz (E.). Etude bactériologique sur la putréfaction des cadavres au point de vue médico-légal. (*Ann. d'hyg. publ.*, oct. et nov.)

Nina-Rodrigues. Métissage, dégénérescence et crime. (*Arch. d'anthropol. crimin.*, sept.)

Pfuhl (E.). Ueber eine Massenerkrankung durch Vergiftung mit stark solaninhaltigen Kartoffeln. (*Deutsche med. Wochensch.*, 16 nov.) — Empoisonnement par ingestion de pommes de terre riches en solanine.

Tondeur (C.). Note sur deux cas d'empoisonnement par le datura stramonium. (*Echo méd. du Nord*, 5 nov.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Babel (A.). Etude comparative de la laudanosine et de la papavérine au point de vue pharmacodynamique; contribution à l'étude des relations qui existent entre l'action physiologique et la structure chimique des corps. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, nov.)

Fränkel (A.). Ueber Morphinderivate in ihrer Bedeutung als Hustenmittel. (*Münch. med. Wochensch.*, 14 nov.) — Des dérivés de la morphine et de leur valeur pour le traitement de la toux.

Guleke (H.). Taubheit in Folge von Phenacetinmissbrauch. (*Zeitsch. f. prakt. Aerzte*, 15 nov.) — Surdité due à l'abus de la phénacétine.

Kime (J.). Treatment of tapeworm by use of morphine injected into the protruding part of the parasite. (*Gaillard's Med. Journ.*, nov.) — De l'expulsion rapide du tænia par la morphine injectée dans le corps du parasite.

Klemperer (G.). Die Behandlung der Ischias mit Methylenblau. (*Therapie der Gegenwart*, nov.) — Le traitement de la sciatique par le bleu de méthylène.

Mayer (W.). Heilserum und Tracheotomie. (*Münch. med. Wochensch.*, 21 nov.) — Sérum antidiphtérique et trachéotomie.

Winternitz (W.) et **Strasser** (A.). Ueber strenge Milchcuren bei Diabetes mellitus; eine vorläufige Mitteilung. (*Blätter f. klin. Hydrotherapie*, oct.) — Sur le régime lacté sévère dans le diabète.

BACTÉRIOLOGIE

Bienstock. Recherches sur la putréfaction. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov.)

Binaghi (R.). Azione dei grassi animali e vegetali sui microrganismi patogeni. (*Riforma med.*, 6 et 7 nov.)

Cesaris-Demel (A.). Ueber das verschiedene Verhalten einiger Mikroorganismen in einem gefärbten Nährmittel. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 16 nov.) — Comment se comportent certains microbes dans un milieu de culture coloré.

Lucibelli (G.). Sulla resistenza del bacillo tubercolare dello sputo al disseccamento ed alla putrefazione e sue modificazioni in rapporto alla colorabilità. (*Gazz. degli Osped.*, 26 nov.)

Madsen (Th.). Ueber Tetanolysin. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 2.)

Oméliansky (V.). Sur la culture des microbes nitrificateurs du sol. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VII, 4.)

Tomasczewski (E.). Ueber das Wachstum der Tuberkelbacillen auf kartoffelhaltigen Nährböden. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 2.) — De la croissance des bacilles de la tuberculose sur un milieu nutritif à base de pommes de terre.

ANNÉE 1900

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Albert (E.). Architektura kosti pazni. (*Casopis lékaru ceskych*, 6 et 13 janv.) — Structure de l'humérus.

Arnold (J.). Ueber Granula-Färbung lebender und überlebender Gewebe. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLIX, 1.) — De la coloration des granulations dans les tissus vivants et survivants.

Delamare (G.). Anatomie élémentaire des organes génitaux. In-4°, 26 p. avec deux planches en couleurs à feuillets découpés et superposés. Schleicher frères.

Marchesini (R.). Ematoblasti e piastrine. (*Gazz. med. di Roma*, 1er janv.)

Pappenheim (A.). Von den gegenseitigen Beziehungen der verschiedenen farblosen Blutzellen zu einander. 1. Theil : Zur Begriffs-Bestimmung und Nomenklatur; die morphologischen Kriterien des Zellalters der Leukocyten. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLIX, 1.) — Des rapports réciproques des différents éléments figurés du sang.

Romiti (G.). Di alcune particolarità fibrose e muscolari nella « fascia transversalis » alcune delle quali notate ancora sul vivente. (*Policlinico*, 15 janv.)

Sabourin (Ch.). Les communications porto-sus-hépatiques directes dans le foie humain. (*Rev. de méd.*, janv.)

Sacerdotti (C.). Ueber das Knorpelfett. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLIX, 1.) — Recherches sur la graisse des cartilages.

Sergi. Specie e varietà umane; saggio di una sistematica antropologia. In-8°, 224 p. Turin.

PHYSIOLOGIE

Chauveau (A.). L'intersystole du cœur; période intercalaire entre les deux systoles auriculaire et ventriculaire; phénomènes cardiaques qui se passent pendant cette période. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Kleefeld (A.). Le mécanisme physiologique des anesthésies. (*Rev. de l'Université de Bruxelles*, janv.)

Laulanié. Eléments de physiologie. Fasc. 1er : considérations générales; fonctions de nutrition (alimentation, digestion, absorption, sang, circulation et respiration). In-8°, 392 p. avec fig. Asselin et Houzeau.

Maurel (E.). Influence de l'alimentation sur l'excrétion de l'urée. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv.)

Muskens (L.-J.). L'influence du nerf pneumogastrique sur l'action du cœur. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bloch (E.) et **Hirschfeld** (H.). Zur Kenntnis der Veränderungen am Centralnervensystem bei der Leukämie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 1-2.) — Altérations des centres nerveux dans la leucémie.

Crosse (W.). The histology and prevention of blackwater fever. (*Lancet*, 6 janv.)

Jacobsthal (H.). Zur Pathologie der Knochenerkrankungen bei Barlow'scher Krankheit. (*Beiträge zur pathol. Anat.*, XXVII, 1.) — Lésions osseuses dans la maladie de Barlow.

Manasse. Ueber multiple Amyloid-Geschwülste der oberen Luftwege. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLIX, 1.) — Sur les tumeurs amyloïdes multiples des voies respiratoires supérieures.

Mayer (G.). Zur Pathologie der Miliartuberculose. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 et 23 janv.)

Seiffert. Die congenitalen multiplen Rhabdomyome des Herzens. (*Beiträge zur pathol. Anat.*, XXVII, 1.) — Les rhabdomyomes multiples congénitaux du cœur.

Waschkewitch (Tatiana). Ueber grosszellige Heerde in den Milzfollikeln bei Diphtheritis und anderen Affectionen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLIX, 1.) — Des amas de grosses cellules au sein des follicules de la rate dans la diphtérie et dans d'autres maladies.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Aporti (F.). Ueber die Entstehung des Hämoglobins und der rothen Blutkörperchen; experimentelle Untersuchungen. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 13 janv.) — Recherches expérimentales sur l'origine de l'hémoglobine et des hématies.

Arloing (S.) et **Courmont** (P.). Des causes qui modifient le développement du pouvoir agglutinant dans le sang des sujets rendus expérimentalement tuberculeux. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Aujeszky (A.). Ueber Immunisierung gegen Wut mit normaler Nervensubstanz. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 6 janv.) — Immunisation à l'égard de la rage au moyen de substance nerveuse normale.

Bail (O.). Vergleichende Untersuchungen über milzbrandfeindliche Eigenschaften im Organismus des Hundes und Kaninchens. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 6 janv.) — Recherches comparées sur les fonctions organiques susceptibles, chez le chien et chez le lapin, d'opposer une résistance à l'infection charbonneuse.

Bloch (W.) et **Sommerfeld** (P.). Beiträge zur Pathogenität des Löffler-Bacillus. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVIII, 1-2.)

Coyne et **Auché** (B.). Note sur la propriété immunisante de la tuberculine TR. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 24 et 31 déc. 1899 et 7 janv.)

Fabrini (F.). Ricerche sperimentali sulla estesa emostasia nelle resezioni epatiche mediante il vapor d'acqua sotta pressione. (*Clinica moderna*, 10 et 17 janv.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Moraczewski (von). Stoffwechsel bei Lungenentzündung und Einfluss der Salze auf denselben. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 1-2.) — Les échanges organiques dans la pneumonie et l'influence exercée sur ces processus par les substances salines.

Rosin (H.) et **Jellinek** (S.). Ueber Färbekraft und Eisengehalt des menschlichen Blutes. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 1-2.) — Intensité de coloration et teneur en fer du sang humain [dans divers états morbides].

Roth. Zur Frage der Pepsinabsonderung bei Erkrankungen des Magens. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 1-2.) — La sécrétion de la pepsine dans les maladies de l'estomac.

Smith (G. B.) et **Washbourn** (J.). The infectivity of malignant growths. (*Edinburgh Med. Journ.*, janv.) — Le caractère infectieux des tumeurs malignes.

Vannini (G.). Il ricambio materiale nell'anchilostomoanemia. (*Policlinico*, 1er janv.)

Virchow (R.). Neue Namen und neue Begriffe in der Pathologie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er janv.) — Dénominations et conceptions nouvelles en pathologie.

Watson (Ch.). Observations on general metabolism and the blood in gout. (*Brit. Med. Journ.*, 6 janv.) — Les échanges organiques et l'état du sang chez les goutteux.

MÉDECINE

Abée. Ueber Anwendung eines Herzstützapparates bei Herzaffectionen, insbesondere bei cardialer Dyspnoë. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 janv.) — Effets favorables de la compression de la région du cœur chez les cardiaques.

Aufrecht. Ueber plötzliche Alkohol-Entziehung bei Kranken und Gesunden. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 5-6.) — De la suppression brusque de l'alcool chez les buveurs.

Biffi (U.). Di un nuovo procedimento sensibile e rapido per la ricerca dei pigmenti biliari nelle urine. (*Gazz. degli Osped.*, 11 fév.)

Boinet (E.). Mediastino-péricardite avec symphyse totale du cœur. (*Marseille méd.*, 15 janv.)

Brasch (F.) et **Gathmann** (A.). Ueber den Einfluss willkürlicher Athmungsbeschleunigung auf die Herzthätigkeit. Ein Beitrag zur Beurtheilung des Werthes des Mannkopf'schen Symptoms bei der Untersuchung Unfallkranker. (*Fortsch. der Med.*, 24 janv.) — Influence de l'accélération volontaire de la respiration sur le cœur et valeur du signe de Mannkopf chez les victimes d'accidents.

Chabade (T.). Valeur diagnostique de la radioscopie dans l'hydro-pneumothorax et effets thérapeutiques de la thoracentèse et du procédé de Lévachov dans cette affection (en russe). (*Méd. Obozr.*, janv.)

Czyhlarz (E. von). Beitrag zur Lehre von der Abstammung der Harncylinder. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 janv.) — De l'origine des cylindres urinaires.

Delpeuch (A.). Histoire des maladies; la goutte et le rhumatisme. In-8°, 673 p.

De Renzi (E.). Tabe dorsale; tumore del cervelletto; artritismo; diabete mellito. In-8°, 107 p. Florence.

Duse (G.). A proposito del dolore toracico nei gastropatici. (*Gazz. degli Osped.*, 14 janv.)

Eschbaum. Ueber eine neue klinische Methode zur quantitativen Bestimmung von Quecksilber im Harn und die Ausscheidung dieses Metalles bei mit löslichem metallischem Quecksilber behandelten Kranken. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 janv.) — Une nouvelle méthode clinique de dosage du mercure dans les urines chez les sujets traités par les préparations hydrargyriques solubles.

Ferrannini (L.). Anomalien des Körperbaues bei Cardioptosis. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 6 janv.) — Anomalies anthropologiques dans la cardioptose.

Frank (O.) et **Voit** (F.). Ueber die sogenannte Hemisystolie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 5-6.)

Jousset (P.). Eléments de pathologie et de thérapeutique générales. 2e éd. In-8°, 277 p.

Killian. Die œsophagoskopische Diagnose des Pulsionsdivertikels der Speiseröhre. (*Münch. med. Wochensch.*, 23 janv.)

MALADIES INFECTIEUSES

Letulle (M.). Angine ulcéreuse aiguë à streptocoques; mort rapide par suffocation. (*Normandie méd.*, 1er janv.)

Lustig (A.) et **Galeotti** (G.). Remarks on preventive inoculation against bubonic plague. (*Brit. Med. Journ.*, 10 fév.)

Marsden (R.). Diet in typhoid fever. (*Lancet*, 13 janv.)

Rieger. Ein sonderbarer Influenzaausbruch auf der Haut, bei mir und in meiner Umgebung. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 janv.) — Exanthème particulier au cours de l'influenza.

Riva (A.). Sopra alcune elevazioni termiche post-tifose. (*Rendiconti dell'Assoc. med.-chir. di Parma*, janv.)

Toussaint (H.). Quatre cas sporadiques de choléra nostras dans un régiment, au cours des grandes manœuvres autour de Nancy. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 janv.)

Vorzimmer (H.). Aussergewöhnlicher Verlauf eines Ileotyphus. (*Prag. med. Wochensch.*, 18 et 25 janv.) — Un cas de fièvre typhoïde à évolution insolite.

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Neumann (J.) et **Ehrenfest** (H.). Ueber die Bestimmung der Beckenneigung an der lebenden Frau. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Détermination de l'inclinaison du bassin chez la femme vivante.

Opitz (E.). Das Erkennen abgelaufener früher Schwangerschaft an ausgeschabten Schleimhautbröckeln. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 1.) — Diagnostic des grossesses antérieures d'après l'examen de fragments de la muqueuse utérine obtenus par le curettage.

Piering (O.). Ueber manuelle Behandlung (Thure-Brandt-Schauta) in der Gynäkologie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.)

Rapin (O.) et **Barraud** (A.). Physométrie artificielle. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janv.)

Stratz (C.). Zur Behandlung der Beckenperitonitis. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 1.) — Traitement de la pelvipéritonite.

Torggler (F.). Ueber Melanosarcom der weiblichen Schamtheile. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Le mélanosarcome de la vulve.

Veit (J.). Ueber Vorderhauptslagen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 1.) — Sur certaines présentations du sommet.

20e ANNÉE. — No 20. Vingt centimes le numéro. 9 MAI 1900.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

HYGIÈNE INTERNATIONALE

La peste en Egypte.

Vers la mi-février dernier, nous signalions l'existence de la peste en Arabie et le danger que faisait courir à l'Europe le pèlerinage aux lieux saints en 1900. Deux mois après, le Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire d'Alexandrie déclarait brut le pèlerinage de l'année courante et décidait l'adoption d'une série de mesures prophylactiques. De son côté, le ministre de l'intérieur d'Egypte prescrivait de sévères précautions pour garantir le pays. Malheureusement l'intervention des autorités a été trop tardive, et ce qui était prévu est fatalement arrivé : plusieurs cas de peste, dont quelques-uns mortels, ont été officiellement constatés à Port-Saïd. Ainsi donc, à l'heure actuelle, l'Egypte est de nouveau contaminée de peste depuis une quinzaine de jours, mais il n'est pas possible de prévoir pour le moment si la maladie restera localisée ou si elle gagnera d'autres points.

VARIA

Dans sa séance d'hier, l'Académie de médecine de Paris a élu comme associés étrangers MM. Bang (de Copenhague), Stokvis (d'Amsterdam) et Fischer (de Berlin).

Pendant la durée du Congrès international de médecine, qui se tiendra à Paris du 2 au 9 août 1900, les membres du Congrès auront droit à *l'entrée gratuite* à l'Exposition.

Une carte spéciale leur sera délivrée à cet effet dans les bureaux du Congrès au moment de l'ouverture de la session.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Edouard Grimaux, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Apostoli, de Paris. — M. le professeur Rudolf von Limbeck, privatdocent de médecine interne à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur George Viner Ellis, ancien professeur d'anatomie à l'University College de Londres. — M. le docteur Benjamin F. Leonard, ancien professeur de gynécologie et de pédiatrie au Baltimore Medical College.

Toute demande de changement d'adresse doit être accompagnée d'une des dernières bandes du journal et de 60 centimes en timbres-poste.

En cas de retour à une adresse déjà imprimée dans le *courant de la même année*, il n'y a pas lieu de faire parvenir de nouveau 60 centimes ; il suffit de prévenir l'administration du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Benaroieff. Die Lage des Ovariums. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 3.)

Berger (H.). Beiträge zur feineren Anatomie der Grosshirnrinde. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, déc.) — Recherches sur la structure microscopique de l'écorce cérébrale.

Bischoff (E.). Ueber den intramedullären Verlauf des Facialis. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 nov.) — Du trajet intramédullaire du facial.

Blandini (P.). La stria di Frommann e la struttura del cilindrasse delle fibre nervose centrali e periferiche. (*Arch. per le scienze med.*, XXIII, 4.)

Festschrift zum 70. Geburtstag von Carl von Kupffer. In-4°, 750 p. avec fig. et atlas. Iéna. — Livre jubilaire dédié au professeur C. von Kupffer à l'occasion du 70e anniversaire de sa naissance.

Giuffrida-Ruggeri (V.). Ulteriore contributo alla morfologia del cranio; variazioni morfologiche senza correlazioni funzionali. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXV, 3-4.)

Hertwig (O.). Die Elemente der Entwickelungslehre des Menschen und der Wirbelthiere. In-8°, 406 p. avec fig. Iéna. — Eléments d'embryologie de l'homme et des vertébrés.

Klimov (I.). Recherches anatomiques et expérimentales sur la branche vestibulaire du nerf auditif et de ses prétendus centres (en russe). (*Troudy klin. nervn. bol. kazansk. Ounivers.*, 1.)

London (E.-S.). Contribution à l'étude des corpuscules centraux. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VII, 5.)

Merkel (F.) et **Bonnet** (R.). Ergebnisse der Anatomie und Entwickelungsgeschichte (Jahrgang 1898). T. VIII. In-8°, 1165 p. avec fig. Wiesbaden. — Revue des travaux d'anatomie et d'embryologie publiés en 1898.

PHYSIOLOGIE

Blumenthal (F.). Ueber den Stand der Frage der Zuckerbildung aus Eiweisskörpern. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 et 14 déc.) — Etat actuel de la question de la production du sucre aux dépens des albumines.

Du Bois-Reymond (E.). Vorlesungen über die Physik des organischen Stoffwechsels (herausgegeben von R. du Bois-Reymond). In-8°, 208 p. avec fig. Berlin. — Leçons sur les échanges intra-organiques.

Finsen (N. R.). Ueber die Bedeutung der chemischen Strahlen des Lichts für Medicin und Biologie. In-8°, 85 p. avec fig. Leipzig. — Sur les rayons chimiques lumineux en médecine et en biologie.

Hermann (L.). Jahresbericht über die Fortschritte der Physiologie (Jahrgang 1898). T. VII. In-8°, 307 p. Bonn. — Compte rendu des travaux de physiologie publiés en 1898.

Holländer (B.). Die Localisation der psychischen Thätigkeit im Gehirn. Ergebnisse der Experimental-Physiologie, von Sectionsbefunden, von anatomischen und klinischen Beobachtungen, verwerthet für die Localisationslehre und Psychiatrie. In-8°, 32 p. Berlin. — La localisation cérébrale des fonctions psychiques.

Koroboff (N.-S.). Contribution à l'étude de l'hématopoièse. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VII, 5.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Babes (V.) et **Sion** (V.). Lésions nerveuses dans la pellagre; note préliminaire. (*Roumanie méd.*, nov.)

Bonome (A.). Dell'infarto emorragico e necrobiotico nel fegato cirrotico. (*Sperimentale*, LIII, 4.)

Citernesi (P.). Alterazioni istologiche in alcune dermatosi emorragiche. (*Gazz. degli Osped.*, 3 déc.)

Cohen (F.). Beiträge zur Histologie und Histogenese der Myome des Uterus und des Magens. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVIII, 3.) — Histologie et histogenèse des myomes de l'utérus et de l'estomac.

Collina (M.). Cancro villoso a cellule cilindriche primitivo del rene. (*Arch. per le scienze med.*, XXIII, 4.)

Dürck (H.). Atlas und Grundriss der pathologischen Histologie. 1. Theil. Specielle pathologische Histologie. I. Band : Circulationsorgane, Respirationsorgane, Magendarmkanal. In-8°, 194 p. avec 60 planches en couleurs. Munich.

Engelhardt (G.). Noch ein Fall von Adenomyom des Lig. rotundum uteri. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVIII, 3.)

Ercolani (G.). Intorno all'influenza di alcuni colori d'anilina sulla retrazione dei coaguli del sangue e del plasma. (*Gazz. degli Osped.*, 17 déc.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Aporti (F.). Emoglobinogenesi e citogenesi. (*Sperimentale*, LIII, 3.)

Bentivegna (A.). Le alterazioni degli elementi nervosi nelle occlusioni sperimentali dello intestino; contributo anatomico alla dottrina delle auto-intossicazioni. (*Riforma med.*, 30 nov. et 1er déc.)

Bruschettini (A.). Beitrag zum Studium des experimentellen Gelbfiebers. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 23 déc.) — Recherches expérimentales sur la fièvre jaune.

Cavicchia (F.) et **Rosa** (U.). Studii sperimentali intorno alla patogenesi della commozione cerebrale e spinale. (*Policlinico*, 15 déc.)

De Luna (G.). Alcune osservazioni sulla inoculazione del vaccino e sulla immunità pel vaiuolo con essa conferita. (*Ufficiale sanitario*, déc.)

Hoche (A.). Experimentelle Beiträge zur Pathologie des Rückenmarkes. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXII, 1 et 3.) — Recherches expérimentales sur la pathologie de la moelle épinière.

Klitine (J.). De la leucocytose dans la diphtérie. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VII, 4.)

Maragliano (E.). Ueber Serotherapie bei Behandlung der Tuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 déc.)

Polverini (G.). Ricerche sperimentali sulla polmonite pestica. (*Settimana medica*, 25 nov. et 2 déc.)

Tavel (E.). Recherches expérimentales sur l'infection et la désinfection des plaies par armes à feu. (*Rev. de chir.*, déc.)

MÉDECINE

Beier (C.). Die Untersuchung des Harns und sein Verhalten bei Krankheiten. In-8°, 249 p. avec fig. Leipzig. — Les urines et leurs variations dans les différentes maladies.

Blumenfeld (F.). Die Ernährung des Lungenschwindsüchtigen mit besonderer Berücksichtigung der Ernährung im Hause. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 déc.) — De l'alimentation des phtisiques, notamment à domicile.

Boinet (Ed.). Recherches sur le goitre exophtalmique. (*Rev. de méd.*, juillet 1898 et déc.)

Böttiger (A.). Ein Fall von Akromegalie, complicirt durch Erscheinungen der Raynaud'schen Krankheit. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 déc.)

Cohnheim (P.). Ueber Gastrektasie nach Traumen, die Aetiologie der Magenerweiterung im allgemeinen und ihr Verhältnis zur Atonie und zum Magensaftfluss. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, V, 4.) — Les gastrectasies d'origine traumatique, l'étiologie de la dilatation de l'estomac en général et ses rapports avec l'atonie stomacale et la gastrosucorrhée.

Collina (M.). Contributo clinico allo studio dell'acromegalia. (*Clinica medica italiana*, nov.)

Drasche. Aetiologie des tuberculösen Pneumothorax. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 déc.)

Duplant (F.). A propos du bruit de pot fêlé. (*Rev. de méd.*, déc.)

Eger. Zur Frage des Nierendiabetes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 déc.) — Du diabète rénal.

Elsner (H.). Der Einfluss der Menstruation auf die Thätigkeit des Magens. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, V, 4.) — Influence de la menstruation sur les fonctions de l'estomac.

Faber (K.). Reflexhyperästhesien bei Verdauungskrankheiten. (*Deutsch. Arch. f. klin Med.*, LXV, 3-4.) — Hyperesthésies réflexes dans les maladies du tube digestif.

Gibson (G. A.). Acromegaly. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc.)

Heidenhain (A.). Hydrocephalus acutus acquisitus internus (idiopathicus). (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 déc.)

Heitler (M.). Ueber den Einfluss mechanischer Erregung der Leber auf das Herz. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 déc.) — De l'influence exercée sur le cœur par les excitations mécaniques du foie.

Heller (A.). Die Aortensyphilis als Ursache von Aneurysmen. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 déc.) — La syphilis de l'aorte comme cause d'anévrysme.

Hödlmoser (C.). Zur Casuistik des Pankreascarcinoms. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 déc.)

Kluk-Kluczycki (F.). Ueber eine seltene Localisation des « Herpes » im Verlaufe der croupösen Pneumonie. (*Wien. med. Wochensch.*, 16 déc.) — Localisation rare de l'herpès au cours d'une pneumonie fibrineuse.

Lazarus (A.). Klinik der Anämieen. In-8°, 201 p. avec fig. Vienne.

Mannaberg (J.) et **Donath** (J.). Ueber paroxysmale Hämoglobinurie. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 3-4.)

Mircoli (S.). Sull'etiologia della chorea rheumatica e del suo rapporto con i processi reumatici. (*Riforma med.*, 19 et 20 déc.)

Osler (W.). Clinical remarks on hypertrophic cirrhosis of the liver with bronzing of the skin : hæmochromatosis. (*Brit. Med. Journ.*, 9 déc.) — Cirrhose hypertrophique du foie avec coloration bronzée de la peau.

MALADIES INFECTIEUSES

Calmette (A.) et **Salimbeni** (A.-T.). La peste bubonique; étude de l'épidémie d'Oporto en 1899; sérothérapie. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

Capaccini (C.). Cancrena secca della gamba consecutiva a morbillo; esito in guarigione. (*Supplem. al Policlinico*, 2 déc.)

Cohn (M.). Bemerkungen zum Koplik'schen Frühsymptom der Masern. (*Therap. Monatsh.*, nov.) — Sur le signe précoce de Koplik dans la rougeole.

Combemale. Deux cas de contagion directe de la fièvre typhoïde. (*Echo méd. du Nord*, 17 déc.)

Fischer (A.). Welchen praktischen Werth hat die Widal'sche Reaction? (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 3.) — Valeur pratique de la réaction de Widal.

Glogner (M.). Ueber die im Malaischen Archipel vorkommenden Malaria-Erreger nebst einigen Fiebercurven. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVIII, 3.) — Des agents pathogènes de la malaria qu'on rencontre dans l'archipel malais.

Gotschlich (E.). Ueber wochenlange Fortexistenz lebender virulenter Pestbacillen im Sputum geheilter Fälle von Pestpneumonie; vorläufige Mitteilung aus der Pestepidemie in Alexandrien im Jahre 1899. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 3.) — De la persistance des bacilles vivants et virulents de la peste dans les crachats après guérison de la pneumonie pesteuse.

Griffon (V.). Stomatite et angine pseudo-membraneuses à pneumocoques au cours d'une pneumopathie avec état typhoïde reconnue pneumococcique de bonne heure, grâce au sérodiagnostic. (*Rev. de méd.*, déc.)

Jez (V.). Symptome und Diagnose des Abdominaltyphus. (*Wien. med. Wochensch.*, 18 et 25 nov., 2, 9, 16 et 23 déc.)

Lévine (A.). L'épidémie de peste à Kolobovka en 1899 (en russe). (*Vratch*, 4 déc.)

Mewius. Die Widal'sche Reaction in ihrer Bedeutung für die Bekämpfung des Abdominaltyphus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 3.) — Valeur de la réaction de Widal pour la prophylaxie de la fièvre typhoïde.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bechterew (W. von). Hemitonia apoplectica. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 5-6.)

Behr (A.). Bemerkungen über Erinnerungsfälschungen und pathologische Traumzustände. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVI, 6.) — Erreurs de mémoire et états de rêve pathologique.

Bischoff (E.). Beitrag zur Lehre von der sensorischen Aphasie nebst Bemerkungen über die Symptomatik doppelseitiger Schläfenlappenerkrankung. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXII, 3.) — Recherches sur l'aphasie sensorielle et sur la séméiologie des affections bilatérales des lobes temporaux du cerveau.

Bodoni (P.). Del passaggio del bleu di metilene nei reni in varie forme di psicosi. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXV, 3-4.)

Bregman (L.). Zur chronischen, ankylosirenden Entzündung der Wirbelsäule. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 3-4.) — De la spondylose rhizomélique.

Buss (O.). Zwei Fälle von Pachymeningitis interna haemorrhagica nach Trauma. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 4-5-6.) — Deux cas de pachyméningite hémorrhagique interne d'origine traumatique.

Cramer (A.). Gerichtliche Psychiatrie. 2e éd. In-8o, 301 p. Iéna. — Psychiatrie médico-légale.

Cuzin (Cl.). Sur un cas de fièvre hystérique. (*Lyon méd.*, 3 déc.)

Dana (Ch.). Tabes dorsalis; its pathology, diagnosis, and treatment. (*Med. Record*, 18 nov.)

Ducosté. (M.). Les songes d'attaques des épileptiques. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 nov. et 3 déc.)

Favorsky (A.). Névrite multiple aiguë d'origine mercurielle (en russe). (*Troudy klin. nervn. bol. kazansk. Ounivers.*, 1.)

Ferrai (C.). La sensibilità nei sordomuti in rapporto all'età ed al genere di sordomutismo; ricerche sperimentali. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXV, 3-4.)

Ferrarini (C.). Psicosi tossica da tiroidina. (*Riforma med.*, 7 déc.)

Fickler (A.). Studien zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Rückenmarkscompression bei Wirbelcaries. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVI, 1-2.) — Pathologie et anatomie pathologique de la compression de la moelle dans le mal de Pott.

Friedmann (M.). Zur Lehre von der spastischen und insbesondere von der syphilitischen Spinalparalyse. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVI, 1-2.)

Giannuli (F.). Contributo allo studio della paralisi progressiva infanto-juvenile (con allucinazioni igriche). (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXV, 3-4.)

Gorchkov (Y.). Troubles insolites de la respiration d'origine hystérique (en russe). (*Vratch*, 18 déc.)

Gordinier (H.). The pathology of paralysis agitans, with the clinical history and autopsical notes of a typical case without tremor. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Graziani (G.). Una forma « frusta » di morbo di Morvan con cheiromegalia. (*Gazz. degli Osped.*, 10 déc.)

Gross (A.). Zur Behandlung acuter Erregungszustände. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVI, 6.) — Traitement des états d'excitation mentale aiguë.

Hegar (A.). Temperaturbeobachtungen bei weiblichen Geisteskranken mit besonderer Berücksichtigung der physiologischen Wellenbewegung. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVI, 6.) — Recherches thermométriques chez des aliénées; étude des oscillations physiologiques de la température.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Bender (E.). Ueber die Behandlung der gonorroischen Nebenhoden-Entzündung. (*Zeitsch. f. prakt. Aerzte*, 15 déc.) — Sur le traitement de l'épididymite blennorrhagique.

Cathelineau (H.). Eruptions médicamenteuses et professionnelles provoquées par l'acide picrique. (*Arch. gén. de méd.*, déc.)

Cesaris-Demel (A.). Sulla sifilide gastrica a tipo ulcerativo. (*Arch. per le scienze med.*, XXIII, 3.)

Fox (T. C.). On a case of bullous eruption of undetermined nature. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, déc.)

Frolov (P.). Bi-iodosalicylate de soude contre le chancre mou (en russe). (*Bolnitchn. Gaz. Botkina*, 1er déc.)

Heller (J.). Die Krankheiten der Nägel. In-8o, 295 p. avec fig. Berlin. — Les maladies des ongles.

Janovsky (V.). Ueber das Verhältnis der Leukoplakia oris zur Syphilis. (*Wien. med. Wochensch.*, 25 nov., 2, 9 et 16 déc.) — Des rapports entre la leucoplasie buccale et la syphilis.

Juliusberg (F.). Ueber die Pityriasis lichenoides chronica (psoriasiform-lichenoides Exanthem). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, L, 3.)

Kaposi. Handatlas der Hautkrankheiten. 2. Teil (Ichtyosis-myomata cutis). In-8o, 126 planches en couleurs avec texte explicatif. Vienne. — Atlas des maladies de la peau.

Köhler (F.). Dermatitis herpetiformis. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 déc.)

Orbaek (W.). Lichen atrophicus und Vitiligo. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, L, 3.)

Petersen (O.). Photothérapie du lupus d'après la méthode de Finsen (en russe). (*Vratch*, 20 nov.)

Pinkus (F.). Ein Fall von Hypotrichosis (Alopecia congenita). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, L, 3.)

Proksch (J. K.). Die Litteratur über die venerischen Krankheiten von den ersten Schriften über Syphilis aus dem Ende des 15. Jahrhunderts bis zum Beginn des Jahres 1899 systematisch zusammengestellt. 1. Supplement-Band enthaltend die Litteratur von 1889-1899 und Nachträge aus früherer Zeit. In-8o, 835 p. Bonn. — Bibliographie des maladies vénériennes, de la fin du quinzième siècle au commencement de l'année 1899 (1er supplément se rapportant aux années 1889-1899).

PARASITOLOGIE

Berestnev (N.). Zur Aktinomykosefrage. (*Prag. med. Wochensch.*, 7 et 14 déc.)

Feldmann (I.). Ein Fall geheilter Trichinose. (*Pest. med.-chir., Presse*, 17 déc.) — Sur un cas de trichinose suivie de guérison.

Howard (W.). Report of a fatal case of trichinosis without eosinophilia, but with large numbers of eosinophilic cells in the muscle lesions; with remarks on the origin of eosinophilic cells in trichinosis. (*Philadelphia Med. Journ.*, 2 déc.) — Sur un cas mortel de trichinose sans éosinophilie, mais avec présence de nombreuses cellules éosinophiles au niveau des lésions musculaires.

Sievers. Ueber Balantidium coli im menschlichen Darmkanal und dessen Vorkommen in Schweden und Finland. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, V, 4.) — De la présence du balantidium coli dans le canal intestinal de l'homme et de la fréquence de cette affection en Suède et en Finlande.

Zinn (W.). Ueber Anguillula intestinalis. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 20 déc.)

CHIRURGIE

Albert (E.). Die seitlichen Kniegelenksverkrümmungen und die compensatorischen Fussformen. In-8o, 86 p. avec fig. Vienne. — Les déviations latérales du genou et les déformations compensatrices du pied.

Anschütz (W.). Ueber den primären Wundverschluss ohne Drainage und die Ansammlung von Wundsekret in aseptischen Wunden. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 3.) — De l'occlusion immédiate des plaies sans drainage et de l'accumulation des produits de sécrétion dans les plaies aseptiques.

Armstrong (G.). Persistent thyro-glossal duct. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Askanazy (M.). Zur Entstehung der multiplen Lipome. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVIII, 3.) — De la pathogénie des lipomes multiples.

Barling (G.). Appendicitis: the results of operation in 117 cases, with some considerations on the questions of diagnosis, of recurrence, and of mortality. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc.)

Becker (E.). Ueber eine neue Methode der temporären Resection des Jochbeines. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 1-2.) — Sur une nouvelle méthode de résection temporaire de l'os zygomatique.

Bergmann (E. von). Arbeiten aus der chirurgischen Klinik der Universität Berlin. T. XIV. In-8o, 147 p. avec fig. Berlin. — Travaux de la clinique chirurgicale de l'Université de Berlin.

Bier (A.). Ueber verschiedene Methoden, künstliche Hyperaemie zu Heilzwecken hervorzurufen. (*Münch. med. Wochensch.*, 28 nov. et 5 déc.) — Des différents procédés d'hyperémie artificielle.

Brant Paes Leme. Note sur un cas de lymphangiome inguino-scrotal et intra-abdominal chez un filarien; extirpation de la tumeur; guérison. (*Rev. de chir.*, déc.)

Braun (H.). Die diagnostische Bedeutung acuter Flüssigkeitsergüsse in die Bauchhöhle. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 déc.) — Valeur diagnostique des épanchements dans la cavité abdominale.

Brizzi (I.). Un caso di frattura completa, seguita da non comune complicazione (aneurisma esterno). (*Gazz. degli Osped.*, 24 déc.)

Brunner (C.). Ein Beitrag zur Chirurgie und pathologischen Anatomie der Darminvagination. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 2.) — Sur la chirurgie et sur l'anatomie pathologique de l'invagination de l'intestin.

Bunge (R.). Zur operativen Behandlung der veralteten irreponiblen Luxationen im Ellenbogengelenk. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 3.) — Sur le traitement chirurgical des luxations irréductibles anciennes du coude.

Cassini (E.). Sopra un caso di peritonite postifosa senza perforazione intestinale, guarito con la laparotomia. (*Bull. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XIX, 2.)

Chlumsky (V.). Zur Kugelextraction aus dem Gehirn mit Hilfe des Röntgenverfahrens. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 2.) — Extraction de balles dans le cerveau à l'aide des rayons de Röntgen.

Colley (F.). Die Periarthritis humeroscapularis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 5-6.)

Colón (R.). Contribución al diagnóstico de los abscesos del hígado. In-8o, 25 p. avec fig. Buénos-Ayres. — Diagnostic des abcès du foie.

Colpi (G.). Varietà rara di tumore della gamba. (*Gazz. degli Osped.*, 3 déc.)

Corson (E.). The mechanism of fracture of the neck of the radius. (*Ann. of Surgery*, déc.) — Le mécanisme de la fracture du col du radius.

Costa (G.). Deformità da frattura dell'avambraccio; osteotomia segmentaria e sutura metallica. (*Arch. di ortopedia*, XVI, 3.)

Couderc. Deux cas de sphacèle étendu observés sur des noirs du Sénégal. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, oct.-nov.-déc.)

Cumston (Ch.). A case of hourglass stomach (stomach en bissac); operation; recovery. (*New York Med. Journ.*, 9 déc.)

Delore (X.). Anus vaginal de l'S iliaque guéri par l'abaissement de l'S iliaque et sa fixation au périnée: exclusion colique. (*Lyon méd.*, 17 déc.)

Döbbelin. Behandlung frischer Verletzungen des Streckapparats des Kniegelenks. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 déc.) — Traitement des blessures récentes de l'appareil extenseur du genou.

Ehrhardt (O.). Ueber Paget's disease. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 1-2.)

Eiselsberg (von). Zur Radicaloperation des Volvulus und der Invagination durch die Resection. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 déc.) — Cure radicale, au moyen de la résection intestinale, du volvulus et de l'invagination de l'intestin.

Gessner (A.). Ueber Pankreasnekrose. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 1-2.)

20e ANNÉE. — N° 21. Vingt centimes le numéro. 16 MAI 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

HYGIÈNE INTERNATIONALE

La peste à Port-Saïd et à Alexandrie.

D'après les nouvelles qui nous sont transmises, on observe presque chaque jour de nouveaux cas de peste à Port-Saïd, où il semble que la maladie soit sur le point de prendre un caractère épidémique. D'autre part, le 6 mai courant, l'existence de la peste a été officiellement constatée à Alexandrie chez une femme indigène morte dans un des quartiers de la ville (Karmous); depuis lors, quelques autres habitants de ce quartier ont été reconnus atteints de la même affection.

Bien que l'Egypte ne soit pas pour le moment un foyer de peste bien sérieux, il n'en est pas moins vrai que les cas de cette maladie qui y ont été signalés, et surtout l'état sanitaire actuel du Hedjaz et de plusieurs parties des côtes de la mer Rouge où la peste sévit déjà depuis quelque temps, constituent un danger dont les gouvernements européens feront bien de se préoccuper.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Angelo Becco, privatdocent à la Faculté de médecine de Rome, est nommé privatdocent d'anatomie topographique et de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Gœttingue. — M. le professeur August Cramer, privatdocent, est nommé professeur ordinaire de psychiatrie, en remplacement de M. Ludwig Meyer, décédé.

Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur Göppert, privatdocent d'anatomie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Naples. — MM. les docteurs Tommaso Guida et Ettore Somma sont nommés privatdocenten de pédiatrie.

Faculté de médecine de Zurich. — M. le docteur Paul Ernst, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Heidelberg, est nommé professeur ordinaire d'anatomie pathologique et de pathologie générale, en remplacement de M. H. Ribbert.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Mori (A.). Di una varietà anatomica dell'aponeurosi del muscolo grande obliquo. (*Gazz. degli Osped.*, 12 nov.)

Motta Coco (A.). Caratteri morfologici ed embriologici delle fibre muscolari striate a grosso e piccolo calibro. (*Monit. zoologico ital.*, août.)

Moursaëw (B. W.). Contribution à l'étude des corpuscules de Nissl. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VII, 5.)

Newmark (L.). Zwei Fälle von partiellem Defect des M. cucullaris. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 nov.) — Deux cas d'absence partielle du muscle trapèze.

Paton (S.). Die Histogenese der Zellenelemente der Hirnrinde; vorläufige Mitteilung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er déc.) — Histogenèse des éléments cellulaires de la partie corticale du cerveau.

Ramón y Cajal (S.). Studien über die Hirnrinde des Menschen. 1. Heft : Die Sehrinde. (Trad. de l'espagnol par J. Bresler.) In-8o, 77 p. avec fig. Leipzig. — Etudes sur l'écorce cérébrale de l'homme. 1er fasc. : centre visuel.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Ellermann (V.). Histologische Untersuchungen von Leber- und Nierencysten. (*Nord. med. Arkiv*, XXXII, 6.)

Freudweiler (M.). Anatomische Mitteilungen über einen Fall von multiplen Gliomen des Rückenmarks. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVIII, 1.) — Gliomes multiples de la moelle.

Guizzetti (P.). Per l'anatomia patologica della paralisi di Landry. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXV, 3-4.)

Hildebrandt (H.). Ueber Osteogenesis imperfecta. Beitrag zur Lehre von den foetalen Knochen-Erkrankungen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVIII, 3.)

Kreibich (K.). Histologie des Pemphigus der Haut und der Schleimhaut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, L, 2 et 3.) — Recherches histologiques sur le pemphigus de la peau et des muqueuses.

Ritter (C.). Die Epulis und ihre Riesenzellen. Ein Beitrag zum Vergleich von Geschwulst und Entzündung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 1-2.) — L'épulis et ses cellules géantes.

MÉDECINE

Ausset (E.) et **Bédart**. Nouveaux cas de péritonite chronique tuberculeuse traitée avec succès par les rayons de Röntgen. (*Echo méd. du Nord*, 17 déc.)

Favorsky (A.). Du traitement de l'acromégalie (en russe). (*Troudy klin. nervn. bol. kazansk. Ounivers.*, 1.)

Fornaca (L.). Sulla cura meccanica degli edemi. (*Gazz. degli Osped.*, 10 déc.)

Pechkranz (S.). Albuminurie und acute diffuse Nephritis im Verlaufe einiger Hautkrankheiten (Scabies, Ekzem). (*Wien. med. Wochensch.*, 16 et 23 déc.) — L'albuminurie et la néphrite aiguë diffuse au cours de la gale et de l'eczéma.

Péhu. Un cas d'hémorrhagie mortelle au cours d'une gastrite chronique totale; considérations sur la nature de l' « exulceratio simplex » de M. Dieulafoy. (*Arch. gén. de méd.*, déc.)

Pervouchine (V.) et **Favorsky** (A.). Un cas d'acromégalie (en russe). (*Troudy klin. nervn. bol. kazansk. Ounivers.*, 1.)

Quattrociocchi (G.). Tre casi di feminismo o ginecomastia. (*Bull. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XIX, 2.)

Schmidt (A.). Die klinische Bedeutung der Ausscheidung von Fleischresten mit dem Stuhlgang. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 déc.) — La valeur clinique de l'élimination de fragments de viande avec les selles.

MALADIES INFECTIEUSES

Craig (Ch.). Observations upon flagellated malarial plasmodia; description of two varieties. (*New York Med. Journ.*, 23 déc.)

Picchi (L.). Le infezioni tifose senza localizzazioni intestinali. (*Sperimentale*, LIII, 4.)

Rauchfuss (K.). Résultats de la sérothérapie antidiphtérique (en russe). (*Klin. Gaz. Botkina*, 3, 10, 17 et 24 nov., 1er, 8, 15 et 22 déc.)

Rolly. Ueber das gleichzeitige Zusammentreffen von Scharlach und Masern bei einem und demselben Individuum und deren gegenseitige Beeinflussung. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, L, 4.) — De la coexistence chez le même sujet de la scarlatine et de la rougeole et de l'influence réciproque de ces affections.

Rossignon. Fièvre rémittente paludéenne compliquée d'accès hémoglobinuriques. (*Clinique*, 9 et 16 déc.)

Schütze (A.). Ueber einen Fall von Diphtherie mit Erythema nodosum und Gelenkschwellungen ohne Serumbehandlung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 déc.) — Un cas de diphtérie avec érythème noueux et tuméfactions articulaires survenus en l'absence de tout traitement sérothérapique.

Sellner (B.). Ein Beitrag zur Kenntnis der scharlachähnlichen Influenzaexantheme. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 déc.) — Des éruptions scarlatiniformes dans l'influenza.

Slawyk. Beiträge zur Serumbehandlung der Diphtherie. (*Therapie der Gegenwart*, déc.) — De la sérothérapie antidiphtérique.

Vyssokovitch (V.). Des inoculations préventives à l'égard de la fièvre typhoïde (en russe). (*Bolnitchn. Gaz. Botkina*, 17 nov.)

Walker (A.). Ueber Diphtherie. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 déc.)

Weichselbaum (A.), **Albrecht** (H.) et **Ghon** (A.), Ueber Pest. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 déc.)

Zupnik (L.). Zur Aetiologie der Meningitis cerebrospinalis epidemica. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 et 21 déc.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Giraud (A.). La responsabilité civile des aliénés. (*Ann. médico-psychol.*, nov.-déc.)

Kalischer (S.). Ueber Teleangiektasien mit unilateraler Hypertrophie und über Knochenverlängerung bei spinaler Kinderlähmung. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, déc.) — Des télangiectasies avec hypertrophie unilatérale et de l'élongation des os dans la paralysie infantile.

Kéraval (P.) Note sur l'épilepsie méningitique chronique des adultes. (*Echo méd. du Nord*, 24 déc.)

Kräpelin (E.). Psychologische Arbeiten. T. III, fasc. 1er. In-8o, 201 p. avec fig. Leipzig. — Travaux psychologiques.

Mackay (G.) et **Dunlop** (J.). The cerebral lesions in a case of complete acquired colour-blindness. (*Scottish Med. and Surg. Journ.*, déc.) — Les lésions cérébrales dans un cas de cécité acquise complète pour les couleurs.

Marandon de Montyel (E.). Contribution à l'étude des rapports de l'impaludisme et de l'épilepsie. (*Rev. de méd.*, déc.)

Mendel (E.), **Flatau** (E.) et **Jacobsohn** (L.). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie (2. Jahrgang, 1898). In-8o, 1406 p. avec fig. Berlin. — Compte rendu des travaux de neurologie et de psychiatrie publiés en 1898.

Meyer (E.). Beitrag zur Kenntnis der acut entstandenen Psychosen und der katatonischen Zustände. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXII, 3.) — Recherches cliniques sur les troubles psychiques à début aigu et sur les états catatoniques.

Mingazzini (G.) et **Pacetti** (G.). Studio clinico sulle psicosi neuralgiche (in sensu lato). (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXV, 2 et 3-4.)

Murri (A.). Policlonie e coree. (*Policlinico*, 1er nov. et 1er déc.)

Muskens (L.). Muskeltonus und Sehnenphänomene. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er déc.) — Tonus musculaire et réflexes tendineux.

Näcke (P.). Dementia paralytica und Degeneration. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 déc.)

Nalbandov (S.). Maladie de Thomsen avec tabes (en russe). (*Vratch*, 11 et 18 déc.)

Oppenheim (H.). Ueber einige seltenere Ursachen der Schlaflosigkeit. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 déc.) — De quelques causes peu fréquentes d'insomnie.

CHIRURGIE

Baracz (R. von). Zwei Gastroenterostomien mittels Kohlrübenplatten. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 23 déc.)

Elsberg (C.). Ueber Herzwunden und Herznaht, nebst histologischen Untersuchungen über die Heilung von Herzwunden. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 2.) — Des plaies du cœur et de leur suture.

Escher (Th.). Ueber den inneren Leistenbruch beim Weibe. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 5-6.) — De la hernie inguinale interne chez la femme.

Fabris (A.). Contributo allo studio sperimentale della disinfezione delle ferite. (*Arch. per le scienze med.*, XXIII, 3.)

Galvani (J.). Traitement de la tuberculose péritonéale par la laparotomie; 51 cas de tuberculose péritonéale chronique; laparotomies répétées. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, nov.-déc.)

Giordano (D.). Di un metodo più semplice per curare le lesioni varicose delle gambe secondo il concetto del Moreschi. (*Gazz. degli Osped.*, 17 déc.)

Golebiewski (E.). Atlas und Grundriss der Unfallheilkunde, sowie der Nachkrankheiten der Unfallverletzungen. In-8o, 642 p. avec 40 planches en couleurs. Munich. — Traité des accidents et des maladies qui en sont la conséquence.

Gottstein (G.). Beobachtungen und Experimente über die Grundlagen der Asepsis. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXIV, 1 et XXV, 2.) — Observations et expériences sur les principes fondamentaux de l'asepsie.

Goullioud (P.). Triple rétrécissement néoplasique de l'intestin; entéro-anastomose. (*Lyon méd.*, 17 déc.)

Haas (R.). Ueber Trepanation bei Hirntumoren. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 3.) — De la trépanation pour tumeurs du cerveau.

Hagen-Torn (J.). Ein operativ behandelter Fall von angeborener Sacralgeschwulst beim Erwachsenen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 3.) — Tumeur congénitale de la région sacrée chez un adulte; opération.

Heidenhain (L.). Ueber Jejunostomie bei Inanition durch Ulcus ventriculi (duodeni) und Folgezustände desselben. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 5-6.)

Herzen (P.). Contribution à la casuistique des fractures du crâne. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, déc.)

Hildebrand. Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie (4. Jahrgang, 1898). In-8o, 1182 p. Wiesbaden. — Compte rendu des travaux de chirurgie publiés en 1898.

Hübscher (C.). Ueber den Cubitus valgus femininus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 5-6.)

Lennander (K. G.). Rörlig lefver och gallstenar i gallblaasan; cholecystostomi samt reposition och fixation af lefvern. (*Nord. med. Arkiv*, XXXII, 6.) — Foie mobile et calculs dans la vésicule biliaire; cholécystostomie avec réduction et fixation du foie.

UROLOGIE

Assendelft (E.). Bericht über 630 stationär behandelte Steinkranke. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 3.) — 630 cas de calculs de la vessie.

Brown (F.). Differentiation of the urines. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Geiss (P.). Achtzehn Jahre Nierenchirurgie. In-8o, 115 p. Marbourg. — Dix-huit ans de pratique de chirurgie du rein.

Golischewsky (E.). Zur Frage über die Naht der Harnblase. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 3.) — Sur la suture de la vessie.

Guiard (F.-P.). Traitement des suppurations prostatiques par la ponction au trocart à travers la paroi rectale, suivie de lavages antiseptiques. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, déc.)

Lewisohn (R.). Casuistische Beiträge zu den malignen Tumoren der Nieren und ihrer operativen Behandlung. (*Thèse de Fribourg.*) — Contribution à l'étude des tumeurs malignes du rein et de leur traitement chirurgical.

OPHTALMOLOGIE

Andreae (J.). Die Verletzungen des Sehorganes mit Kalk und ähnlichen Substanzen. In-8°, 178 p. Leipzig. — Les lésions de l'œil dues à la chaux et aux substances analogues.

Beiträge zur Augenheilkunde. Als Festgabe dem Geh. Med.-Rath Herrn Professor A. von Hippel in Halle zur Feier seines 25jährigen Professorenjubiläums gewidmet. In-8°, 232 p. avec fig. Halle. — Travaux d'ophtalmologie publiés à l'occasion du jubilé du professeur A. von Hippel.

Cirera Salse (L.). Traitement de l'entropion par l'électrolyse des paupières. (*Arch. d'électricité méd.*, déc.)

Deschamps. Amaurose passagère, sans lésion ophtalmoscopique, d'origine grippale. (*Ann. d'oculist.*, déc.)

Falchi (F.). Anomalia congenita nella congiuntiva della sclera e nella cornea. (*Arch. per le scienze med.*, XXIII, 4.)

Laqueur et **Schmidt** (M.). Ueber die Lage des Centrums der Macula lutea im menschlichen Gehirn. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVIII, 3.) — De la localisation du centre de la tache jaune dans le cerveau.

Leroy. A propos de l'opération du staphylome total de la cornée. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, nov.-déc.)

Scimemi (E.). Cisticerco subretinico. (*Ann. di ottalmol.*, XXVIII, 6.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Blumreich (L.). Der Einfluss der Gravidität auf die Blutalkalescenz; ein Beitrag zu der Veränderung des Chemismus in der Schwangerschaft. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 3.) — Influence de la grossesse sur l'alcalinité du sang.

Braun-Fernwald (R. von). Zur Autoinfectionsfrage. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 déc.)

Bumm (E.), **Veit** (J.) et **Frommel** (R.). Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie (12. Jahrgang, 1898). In-8°, 1051 p. Wiesbaden. — Compte rendu des progrès réalisés en obstétrique et en gynécologie pendant l'année 1898.

Dartigues (L.). Diagnostic et traitement des tumeurs solides de l'ovaire. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, nov.-déc.)

Döderlein (A.). Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs. 4e éd. In-8°, 176 p. avec fig. Leipzig. — Guide pour les opérations obstétricales.

Estor (E.) et **Puech** (P.). Des plaies pénétrantes de l'utérus gravide. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, nov.-déc.)

Fabricius (J.). Beiträge zur Casuistik der Tubencarcinome. (*Wien. klin. Wochensch.*, 7 déc.) — Deux cas de cancer de la trompe.

Federici. Contributo alla perineorrafia. (*Gazz. degli Osped.*, 17 déc.)

Feinberg (B.). Langdauernde Amenorrhoe bei Nichtstillenden nach normaler Geburt und Wochenbett. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 2 déc.) — Aménorrhée persistante après accouchement normal et suites de couches régulières chez les femmes qui n'allaitent pas leurs enfants.

Fränkel (L.). Kreissender Uterus mit Placenta praevia totalis. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 3.) — Accouchement dans un cas de placenta prævia total.

Gottschalk (S.). Ein neuer Typus einer kleincystischen bösartigen Eierstockgeschwulst. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 3.) — Une nouvelle variété de tumeur kystique maligne de l'ovaire.

Hahn (A.). Elf konservative Kaiserschnitte mit querem Fundalschnitte. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 9 déc.) — 11 opérations césariennes conservatrices, pratiquées au moyen de l'incision transversale du fond de l'utérus.

Jahresbericht der böhmischen Landes-Gebär- und Findelanstalt in Prag für das Jahr 1897. In-8°, 183 p. avec graphiques. Prague. — Rapport [en allemand et en tchèque] sur la Maternité et l'asile des Enfants-Trouvés à Prague, pour l'année 1897.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Blau (L.). Encyklopädie der Ohrenheilkunde. In-8°, 452 p. Leipzig. — Encyclopédie des maladies de l'oreille.

Danziger (F.). Die Missbildungen des Gaumens und ihr Zusammenhang mit Nase, Auge und Ohr. In-8°, 54 p. avec fig. Wiesbaden. — Les vices de conformation du palais et leurs rapports avec le nez, l'œil et l'oreille.

Faraci (G.). Mobilizzazione precoce della catena degli ossicini nel periodo subacuto d'alcune otiti medie non suppurative. (*Arch. ital. di otol.*, IX, 2.)

Freudenthal (G.). Lebensgefährliche Nasenblutung, gestillt durch örtliche Gelatineeinspritzungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 déc.) — Epistaxis grave arrêtée par les injections intra-nasales de gélatine.

Garbini (G.). L'ipertrofia dell'amigdala faringea (vegetazioni adenoidi) nelle provincie di Messina e di Reggio Calabria. (*Arch. ital. di otol.*, IX, 2.)

Hammerschlag (V.). Ueber die Reflexbewegung des Musculus tensor tympani und ihre centralen Bahnen. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLVII, 4.) — Des mouvements réflexes du muscle tenseur du tympan et de leurs voies d'incitation dans les centres nerveux.

Hasslauer. Die durch Unterkieferläsionen verursachten Gehörgangsverletzungen. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXV, 4.) — Des blessures du conduit auditif consécutives aux lésions traumatiques du maxillaire inférieur.

Hessler. Mittelohreiterung und Hirntumor. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLVIII, 1-2.) — Otite moyenne suppurée et tumeur du cerveau.

HYGIÈNE

Beschreibung der Garnison Frankfurt a. O. vom Standpunkt der Gesundheitspflege aus aufgestellt. Herausgegeben von der Medicinalabtheilung des k. preussischen Kriegsministeriums. In-8°, 201 p. avec planches. Berlin.

D'Ajutolo (G.). Sulla ginnastica attiva in posizione orizzontale negl'individui deboli ed in ispecie nei convalescenti. (*Mem. dell'Accad. delle scienze dell'Istituto di Bologna*, 5e série, VIII.)

Hirschfeld (F.). Nahrungsmittel und Ernährung der Gesunden und Kranken. In-8°, 261 p. Berlin. — Denrées alimentaires et alimentation dans l'état de santé et de maladie.

Köster (G.). Beitrag zur Lehre von der chronischen Schwefelkohlenstoffvergiftung. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXII, 2 et 3.) — Recherches sur l'intoxication chronique par le sulfure de carbone.

Myrdacz (P.). Statistischer Sanitäts-Bericht über das k. u. k. Heer für die Jahre 1883-1893. Mit vergleichender Berücksichtigung der Jahre 1870-1882, dann 1894-1896, sowie der Sanitätsstatistik fremder Armeen. In-8°, 253 p. avec tableaux. Vienne. — Statistique sanitaire de l'armée austro-hongroise de 1883 à 1893.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Abel (R.) et **Buttenberg** (P.). Ueber die Einwirkung von Schimmelpilzen auf Arsen und seine Verbindungen; der Nachweis von Arsen auf biologischem Wege. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 3.) — La recherche biologique de l'arsenic.

Amoëdo y Valdés. Die Zahnheilkunde in der gerichtlichen Medizin. (Trad. du français et annoté au point de vue de la législation allemande par G. Port.) In-8°, 441 p. avec fig. Leipzig. — L'art dentaire en médecine légale.

Laurent (E.). Prostitution et dégénérescence. (*Ann. médico-psychol.*, nov.-déc.)

Lauwereyns de Roosendæle (de). Un cas d'empoisonnement par la créosote. (*Echo méd. du Nord*, 17 déc.)

Lebbin (G.). Verkehr mit Heilmitteln und Giften im Deutschen Reiche. Ein Commentar zu den k. Verordnungen über den Verkehr mit Arzneimitteln und dem Bundesrathsbeschluss betreffend den Verkehr mit Giften. In-8°, 334 p. Berlin. — Commentaires sur les ordonnances impériales et l'arrêt du Conseil fédéral concernant le commerce des produits pharmaceutiques et des poisons en Allemagne.

Zinn (W.). Ueber acute Bleivergiftung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 déc.) — Du saturnisme aigu.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bauermeister (W.). Zur Wirkung der Gelatine als Blutstillungsmittel. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 déc.) — Des effets hémostatiques de la gélatine.

Daniel (G.). Wirkung des Formalins bei epithelialen Erkrankungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 déc.) — Des effets du formol dans les lésions épithéliales.

Darkchévitch (L.). Du nitrite de soude dans le traitement du tabes (en russe). (*Troudy klin. nervn. bol. kazansk. Ounivers.*, 1.)

Kolisch (R.). Zur diätetischen Behandlung des Diabetes mellitus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 déc.) — Traitement diététique du diabète.

Lanz (O.). Ein Vorschlag zur « diätetischen » Behandlung Basedow-Kranker. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er déc.) — Traitement de la maladie de Basedow par le lait d'animaux éthyroïdés.

Lewis (Ch.). The treatment of serous effusions. (*Med. Record*, 30 déc.)

Minor (Ch.). Two cases of Graves' disease successfully treated as intestinal auto-intoxications. (*Med. Record*, 2 déc.) — Deux cas de maladie de Basedow, traités avec succès par l'antisepsie intestinale.

Paoli (G.). Il bleu di metilene nell'epilessia. (*Riforma med.*, 14 déc.)

BACTÉRIOLOGIE

Balfour (A.) et **Porter** (Ch.). The bacteriology of typhus fever. (*Edinburgh Med. Journ.*, déc.)

Deeleman (M.). Vergleichende Untersuchungen über coliähnliche Bakterienarten. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 7, 16 et 23 déc.) — Recherches comparées sur les bactéries similaires au coli-bacille.

De Simoni (A.). Di una varietà di bacillus mucosus — bacillus mucosus tenacis — non rara nel secreto ozenatoso. (*Ufficiale sanitario*, déc.)

Hutchinson (D.). Note on the action of typhoid serum on the bacillus coli communis. (*Scottish Med. and Surg. Journ.*, déc.)

Jemma (R.). Ricerche sull'azione patogena dei fermenti della caseina. (*Riforma med.*, 15 et 16 déc.)

Küster (von). Versuche über die Farbstoffproduction des Bacillus pyocyaneus. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 3.) — Expériences sur la production de pigment par le bacille pyocyanique.

GÉNÉRALITÉS

Festschrift zur Feier des 50 jährigen Bestehens des Stadtkrankenhauses zu Dresden-Friedrichstadt. In-8°, 480 p. avec fig. Dresde. — Livre jubilaire publié à l'occasion du cinquantenaire de l'hôpital urbain de Dresde-Friedrichstadt.

Festschrift zur Feier ihres 50jährigen Bestehens herausgegeben von der physikalisch-medizinischen Gesellschaft zu Würzburg. In-4°, 228 p. avec fig. Wurtzbourg. — Recueil publié par la Société physico-médicale de Wurtzbourg à l'occasion du cinquantième anniversaire de sa fondation.

Kirchenberger (S.). Neue Beiträge zur Geschichte des k. u. k. österreichisch-ungarischen Militär-Sanitätswesens (Acten des k. u. k. Kriegsarchivs). In-8°, 207 p. Vienne. — Histoire du service de santé de l'armée austro-hongroise.

Service de santé. Nomenclature générale du matériel du service de santé (13 août 1899). In-8°, 578 p.

20e ANNÉE. — N° 22. Vingt centimes le numéro. 23 MAI 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Dans une de ses précédentes séances, l'Académie des sciences de Paris a élu Sir John Burdon Sanderson (d'Oxford) correspondant pour la section de médecine et chirurgie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1899).

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Deaver (J. B.). Surgical anatomy : A treatise on human anatomy in its application to the practice of medicine and surgery. T. Ier. In-8°, 632 p. avec fig. Londres.

Gade (F. G.). Mikroskopet og den mikroskopiske teknik. In-8°, 266 p. avec fig. Christiania.

Guldberg. Grundtræk af menneskets anatomi. 2e éd. In-8°, 534 p. avec fig. Christiania. — Traité d'anatomie humaine.

Motta Coco (A.). Genesi delle fibre muscolari striate. (*Boll. della Società di Naturalisti in Napoli*, XIII.)

Toldt (C.) et **Dalla Rosa** (A.). Anatomischer Atlas. 2e éd. Fasc. 1 à 7. In-8°, 718 p. avec planches. Vienne.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Rosenstein (P.). Zur Casuistik der Geschwulstthrombose. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 3.) — De la thrombose néoplasique.

Walbaum (O.). Untersuchung über die quergestreifte Musculatur mit besonderer Berücksichtigung der Fettinfiltration. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLVIII, 1.) — Recherches sur l'histologie des muscles striés, notamment sur leur infiltration graisseuse.

Westphalen (F.). Beitrag zur Anatomie des Pseudomyxoma peritonei nach Ruptur von gallertigen Pseudomucinkystomen. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 3.) — Recherches anatomiques sur le pseudo-myxome du péritoine après rupture des kystes gélatineux pseudo-muqueux.

Zotov (A.). Des altérations anatomo-pathologiques des ganglions du cœur dans la tuberculose miliaire chez les enfants (en russe). (*Bolnitchn. Gaz. Botkina*, 31 déc.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Crispino (M.). La leucocitosi in rapporto del potere antitossico naturale e del processo d'immunità attiva. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 15 nov.)

Lengemann (P.). Ueber die Entstehung der Leukocytose und von Zellverschleppungen aus dem Knochenmark. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 déc.) — De la pathogénie de la leucocytose et de l'entraînement des cellules de la moelle osseuse.

Petersen (W.) et **Exner** (A.). Ueber Hefepilze und Geschwulstbildung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 3.) — Du rôle des microbes de la fermentation dans la pathogénie des néoplasmes.

Roger (H.) et **Josué** (O.). La moelle osseuse à l'état normal et dans les infections. In-8°, 36 p. avec fig.

Setti (G.). Sull'eliminazione nella polisarcia dei vari componenti azotati dell'urina, e sui loro rapporti con l'azoto totale. (*Riv. veneta di scienze med.*, 15 fév.)

Wright (A.) et **Lamb** (G.). Observations bearing on the question of the influence which is exerted by the agglutinins in the infected organism. (*Lancet*, 23 déc.)

MÉDECINE

Christidis (A.). Contribution à l'étude des symptômes et du diagnostic du cancer primitif du poumon. In-8°, 18 p. Constantinople.

Ciaceri (G.). Pleurite essudativa epidemica. (*Gazz. degli Osped.*, 24 déc.)

Damen (H. J.). Venaesectie bij uraemie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 7 oct.)

Haan (J. de). De toeneming der sterfte aan kanker. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 nov.) — L'augmentation de la mortalité par cancer.

Heine (A.). Dilatatio ventriculi acuta. (*Hospitalstidende*, 22 nov.)

Pfaundler (M.). Ueber eine Methode zur klinischen Functionsprüfung des Magens und deren physiologische Ergebnisse. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 3-4.) — Examen clinique de la fonction stomacale.

Posselt (A.). Zur vergleichenden Pathologie der Bronchitis fibrinosa und des Asthma bronchiale. (*Prag. med. Wochensch.*, 8 avril, 16, 23, 30 nov., 7, 14, 21 et 28 déc.) — Recherches comparées sur la pathologie de la bronchite fibrineuse et de l'asthme bronchique.

Reineboth. Der Valsalva'sche Versuch bei geöffneter Brusthöhle, ein Maass für die Wiederausdehnungsfähigkeit der Lungen beim Pneumothorax. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 3-4.) — L'expérience de Valsalva comme moyen de déterminer la capacité d'expansion du poumon dans le pneumothorax.

Schiff (E.). Ueber die Anwendung der Röntgenstrahlen in der Medicin. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 12 oct.)

MALADIES INFECTIEUSES

Janssen (H.-A.). De ileo-typhus-epidemie t's-Hertogenbosch in 1898. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 14 oct.)

Jorge (R.). La peste bubonique de Porto, 1899; sa découverte; premiers travaux. In-8°, XI-77 p. avec planches. Porto.

Kanellis (S.) et **Cardamatis** (J.). Quelques réflexions sur les fièvres pernicieuses paludéennes. In-8°, 24 p.

Slawyk. Ein Fall von Allgemeininfection mit Influenzabacillen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 3.) — Un cas d'infection générale par le bacille de l'influenza.

Tanja (T.). Over eenige aandoeningen bij en na febris typhoïdea. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 30 sept.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Alt. Ueber psychische Taubheit. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, déc.) — De la surdité psychique.

Bressanin (R.). Caso di simulazione d'ambliopia bilaterale in individuo nevropatico. (*Ann. di med. navale*, déc.)

Jackson (J. H.). A case of left hemiplegia with turning of the eyes to the right; slightly greater amplitude of movement of the left side of the chest in inspiration proper and slightly less amplitude of movement of that side in voluntary expansion of the chest. (*Lancet*, 16 déc.) — Hémiplégie gauche avec déviation à droite des globes oculaires, augmentation légère des mouvements d'inspiration de la moitié gauche du thorax et diminution également légère de l'amplitude des expansions thoraciques volontaires du même côté.

Pervouchine (V.). Un cas de névrose traumatique à forme de paramyoclonus multiplex (en russe). (*Troudy klin. nervn. bol. kazansk. Ounivers.*, 1.)

Pick (A.). Ueber Aenderung des circulären Irreseins. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 déc.) — Des changements survenant au cours de la folie circulaire.

Romanov (M.). Un cas d'ataxie cérébelleuse héréditaire (en russe). (*Troudy klin. nervn. bol. kazansk. Ounivers.*, 1.)

Rosen (R.). Ueber die Erythromelalgie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 déc.)

Sabrazès et **Cabannes.** Méralgie paresthésique avec deux symptômes nouveaux : refroidissement local de 2° et absence de réaction à la pilocarpine; guérison par un traitement médical. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 17 déc.)

Schuster (P.) et **Mendel** (K.). Neuritis optica als Complication bei Erkrankungen des Nervensystems. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 nov. et 1er déc.) — La névrite optique comme complication des maladies du système nerveux.

Sollier (P.). Du rôle des mouvements dans la thérapeutique des névroses. (*Journ. de neurol.*, 20 déc.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Boeck (C.). Multipelt benignt hud-sarkoid. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, nov.) — « Sarcoïde » cutané multiple bénin.

Broes van Dort (T.). Casuïstische bijdrage tot den duur der eerste twee incubatietijdperken van syphilis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 21 oct.) — Durée d'incubation des deux premières périodes de la syphilis.

Kuipers (A.). Twee gevallen van lupus faciei, genezen door behandeling met Röntgen-stralen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 28 oct.)

Lie (H. P.). Beretning fra pleiestiftelsen for spedalske no. 1 i Bergen for 4-aaret 1895-1898. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, oct.) — La léproserie no 1 à Bergen pendant les années 1895-1898.

Respighi (E.). Su di una speciale modificazione di ghiandole della mucosa orale. (*Giorn. ital. delle mal. veneree e della pelle*, 4.)

Roth (F.). Fall von Gonorrhoe bei einem zwölfjährigen Knaben. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er déc.) — Un cas de blennorrhagie chez un garçon âgé de douze ans.

Roussel. Psoriasis guéri en quatre jours par une éruption antipyrinique au cours d'une fièvre typhoïde. (*Loire méd.*, déc.)

Schutte (M. J.). Een geval van sterke inwerking der Röntgen-stralen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 30 déc.)

Straub (M.). De indicaties voor onderhuidsche inspuitingen met sublimaat. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 23 déc.) — Indications des injections hypodermiques de sublimé.

Tatusescu (D.). Enteropatiile sifilitice; consideratiuni clinice si anatomo-patologice. In-8°, 119 p. avec fig. Bucharest.

CHIRURGIE

Aakerman (J. H.). Behandlingen af brandiga tarmbraack (tidsperioden 1890-1898). (*Nord. med. Arkiv*, XXXII, 5.) — Le traitement des hernies gangreneuses.

Baracz (R. von). Ein Fall von penetrirender Stichwunde der Herzgegend; Lungenprolaps, Hämothorax, Pneumohämopericardium; Heilung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 23 nov.)

Bloch (O.). Om indskränkning i anvendelse af inhalationsanästesi, särligt om at udföre store operationer ved hjälp af ätylklorid lokalt i forbindelse med primär kloroformanästesi. (*Nord. med. Arkiv*, XXXII, 6.)

Cavazzani (Guido). Contributo pratico al nuovo processo di artrotomia plastica del cubito proposta dal dott. Tito Cavazzani. (*Riv. veneta di scienze med.*, 15 août.)

Delétrez (A.). Observation de gangrène sèche du pied et de la jambe; pathogénie; thérapeutique. (*Ann. de l'Inst. chir. de Bruxelles*, 25 nov.)

D'Urso (G.) et **Trocello** (E.). Anastomosi laterolaterale del deferente; nota preventiva. (*Supplem. al Policlinico*, 5 août.)

Hofmann (C.). Ueber Ganglienbildung in der Kontinuität der Sehnen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 16 déc.) — De la formation de ganglions dans la continuité des tendons.

Kehr (H.). Drei Gastroenterostomien, eine Darmresection und zwei Enteroenterostomien an einer Kranken mit Ausgang in Heilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 déc.) — Trois gastro-entérostomies, une résection de l'intestin et deux entéro-entérostomies, pratiquées chez une même malade; guérison.

Keith (A.) et **Rigby** (H.). Modern military bullets: a study of their destructive effects. (*Lancet*, 2 déc.) — Les effets des balles employées actuellement dans l'armée.

Koch (P. F.). Aetiologie van caput obstipum. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 28 oct.)

König (F.). Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 7e éd. T. III. In-8°, 906 p. avec fig. Berlin.

Kronfeld (R.). Praktische Zahnheilkunde für Aerzte und Studirende. In-8°, 243 p. avec fig. Vienne. — Manuel d'odontologie à l'usage des médecins.

Lampe (R.). Ueber die Entzündung der Rippenknorpel nach Typhus abdominalis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 5-6.) — Sur l'inflammation du cartilage costal consécutive à la fièvre typhoïde.

Langer (A.). Ueber Bruns'sche Unterschenkelamputationen, insbesondere über deren Dauerresultate. (*Wien. med. Wochensch.*, 25 nov. et 2 déc.) — Résultats éloignés de l'amputation de la jambe d'après la méthode de Bruns.

Lauenstein (C.). Eine typische Absprengungsfractur der Tibia. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 5-6.) — Fracture par arrachement du tibia.

Lennander (K. G.). Ett fall af subkutant krossaar i lefvern (och i högra lungan?) med sekundär, afkapslad, varig peritonit samt serös plevrit och pnevmonier. (*Nord. med. Arkiv*, XXXII, 6.)

Leser (E.). Operations-Vademecum für den praktischen Arzt. In-8°, 190 p. avec fig. Berlin.

Ludloff (K.). Weitere Beiträge zur Pathogenese und Therapie des Rectumprolapses. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 3.)

Matthaei. Die Alkoholnarkose. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 2 déc.)

Meyer (W.). Ueber zwei Fälle von Darmeinklemmung in noch nicht beschriebenen Bauchfelltaschen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 5-6.) — Deux cas d'étranglement de l'intestin dans des culs-de-sac non encore décrits du péritoine.

Miller (A.). Nitrous oxide and ether anæsthesia by the open method. (*Ann. of Surgery*, déc.) — Anesthésie chirurgicale mixte par le protoxyde d'azote et l'éther.

Moty. Du traitement chirurgical de l'appendicite. (*Echo méd. du Nord*, 10 déc.)

Müller (G.). Zur Behandlung des chronischen Hydrops genu. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 30 déc.)

Schneider (J.). Ein Todesfall bei Aethernarkose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 déc.) — Un cas de mort consécutive à l'anesthésie par l'éther.

Schramm (J.). Totalexstirpation einer grossen Mesenterialcyste. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 déc.)

Schultze (F.). Ueber Diagnose und erfolgreiche chirurgische Behandlung von Geschwülsten der Rückenmarkshäute. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVI, 1-2.) — Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs des méninges rachidiennes.

UROLOGIE

Barbiani (G.). La lavatura della vescica urinaria in rapporto all'assorbimento; ricerche sperimentali. In-8°, 76 p. Bologne.

Hansen (P. N.). Et tilfælde af urogenitaltuberkulose hos en 4-aars pige. (*Bibliotek for Læger*, nov.)

Meyer (M.). Zur Casuistik der Erkrankungen an der weiblichen Harnröhre. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 3.) — Maladies de l'urèthre chez la femme.

Mori (A.). Nefrite malarica. (*Gazz. degli Osped.*, 24 déc.)

Morris (H.). Calculus in the ureter. (*Lancet*, 16 déc.)

Mundell (D.). Note on the operative relief of ectopia vesicæ. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Noble (Ch. P.) et **Babcock** (W.). A new method of diagnosis of tuberculosis of the kidney. (*Amer. Gynæcol. and Obstet. Journ.*, déc.) — Diagnostic de la tuberculose rénale.

Rörig. Zur Blasenspülung. (*Monatsb. über die Krankh. des Harn-u. Sexual-Apparates*, IV, 2.) — Du lavage de la vessie.

Tschudy (E.). Ueber einen Fall operativ behandelter Nephrolithiasis. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 déc.)

Van Calcar (R.-P.). L'étiologie de la cystite infectieuse. (*Ann. des mal. des organes gén.-urin.*, déc.)

Wolff (R.). Ueber ein Recidiv nach einer wegen Prostatahypertrophie vorgenommenen Castration. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LII, 3-4.) — Récidive de rétention d'urine, survenue chez un prostatique après la castration [et due à un cancer de la prostate].

OPHTALMOLOGIE

Koster (W.). Een methode ter operatie van ptosis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 28 oct.)

Lans (L. J.). Pupilwijdte. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 9 déc.) — Les dimensions de la pupille.

Márquez (M.). Los medicamentos inoportunos en terapéutica ocular. In-8°, 24 p. Madrid.

Montalcini (A.). Sul processo di cicatrizzazione delle ferite epiteliali della cornea; nota preliminare. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, déc.)

Mulder (M. E.). Blepharitis ciliaris en acarus of demodex folliculorum. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 21 oct.)

Pergens (E.). Les fragments ophtalmologiques de Honein Ben Ishak dans le Hawi de Rhazes. (*Ann. d'oculist.*, déc.)

Petella (G.). Le variazioni delle curve corneali negli aumenti glaucomatosi della pressione intraoculare, misurate con l'ottalmometro tascabile del Reid. (*Ann. di med. navale*, déc.)

Peton. Hygiène de l'œil. In-18, 36 p. Angers.

Schlodtmann (W.). Ueber Exstirpation retrobulbärer Tumoren mit Erhaltung des Augapfels und das klinische Verhalten der Bulbi nach der Operation. In-8°, 68 p. avec planches. Halle. — L'extirpation des tumeurs orbitaires avec conservation du globe oculaire.

Scimemi (E.). Di una speciale pigmentazione del fondo oculare. (*Ann. di ottalmol.*, XXVIII, 6.)

Sulzer (D.). De la périmétrie des couleurs. (*Ann. d'oculist.*, déc.)

Ungarische Beiträge zur Augenheilkunde. T. II. In-8°, 673 p. avec fig. Vienne. — Recueil de travaux hongrois sur l'ophtalmologie.

Valenti (G.). Irite tubercolare e irite sifilitica. (*Boll. d'oculist.*, 7 oct.)

Valude (E.). De la mucocèle du sinus frontal. (*Ann. d'oculist.*, déc.)

Wecker (L. de) et **Masselon** (J.). Du tatouage des moignons oculaires. (*Ann. d'oculist.*, déc.)

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Braun-Fernwald (R. von). Weitere Erfahrungen über das spondylolisthetische Becken. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 3.) — Recherches sur le bassin en spondylolisthésis.

Kleinwächter (L.). Zum Capitel « Paraovarialcysten ». (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLI, 3.)

Krönig (B.) et **Feuchtwanger** (J.). Zur klinischen Bedeutung der Retroversioflexio uteri mobilis. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.)

Krukenberg (R.). Beitrag zur Kenntnis des Perithelioma ovarii. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLI, 3.)

Le Gendre (P.). Arthrite purulente sacro-iliaque et psoïtis suppurée post-puerpérales tardives. (*Comptes rendus de la Soc. d'obstét. de Paris*, déc.)

Lepage (G.). Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque (année 1898). In-4°, 149 p.

Lingen (L. von). Ein Fall von Perivaginitis phlegmonosa dissecans. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 3.)

Möricke (R.). Zur Aetiologie der Tuben-Gravidität. In-8°, 108 p. Halle.

Peham (H.). Aus accessorischen Nebennieren-Anlagen entstandene Ovarial-Tumoren. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.) — Des tumeurs de l'ovaire provenant de rudiments de capsules surrénales supplémentaires.

Pepere (A.). Le cisti dell'ovaia; ricerche d'istologia patologica e d'istogenesi, e saggi sperimentali. (*Policlinico*, 15 sept., 15 oct. et 15 déc.)

Perret (M.). La céphalométrie externe appliquée à l'accouchement prématuré provoqué. In-8°, 43 p. avec fig.

Peters (C.). Pseudomyxoma peritonei. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, déc.)

PÉDIATRIE

Adsersen (H.). « Sermo de pondere et longitudine infantum recens natorum ». (*Nord. med. Arkiv*, XXXII, 5.)

Holt (L. E.). The importance of prolonged rest in bed after acute cardiac inflammations in children. (*Arch. of Pediatrics*, déc.) — De l'importance du repos prolongé au lit après les affections cardiaques aiguës chez les enfants.

Johannessen (A.). Om kronisk ledrheumatisme og arthritis deformans i barnealderen. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, déc.) — Sur le rhumatisme articulaire chronique et l'arthrite déformante chez les enfants.

Knöpfelmacher (W.). Neue Versuche über Caseinausnützung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 déc.) — Recherches sur l'assimilation de la caséine chez les nourrissons.

Santangelo (E.). Della tossicità urinaria nei bambini in rapporto a quella degli adulti; ricerche sperimentali. (*Policlinico*, 1er oct. et 1er déc.)

Schnürer (J.). Zur Kenntnis der Milchgerinnung im menschlichen Magen. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, L, 4.) — Recherches sur la coagulation du lait dans l'estomac des enfants.

Stöltzner (W.) et **Lissauer** (W.). Ueber Behandlung der Rachitis mit Thymussubstanz. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, L, 4.) — Sur le traitement du rachitisme par l'ingestion de thymus.

Timmer (H.). Trechterborst. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 16 déc.) — Thorax en entonnoir [chez un enfant de six ans].

Vajda (A.). Polyposis intestinalis. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, L, 4.)

Vetlesen (H. J.). Endel tilfælde af enuresis diurna med bemerkninger om aarsagsforholde og behandling. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, oct.)

TÉRATOLOGIE

De Castro (L.). Mostruosità della faccia, per rara anomalia di sviluppo in eccesso del bottone germinativo mediano o frontale in feto a termine e vivente. (*Gazz. degli Osped.*, 22 oct.)

Drago (S.). Contributo alla casuistica delle mostruosità ianiceps asimmetros. (*Gazz. degli Osped.*, 24 sept.)

Tschemolossoff. Ueber den anatomischen Befund der Augen bei einem Diprosopus triophthalmus. (*Prag. med. Wochensch.*, 2 et 9 nov.) — Examen anatomique des yeux dans un cas de *diprosopus triophtalmus*.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bonnefoy (G.). De la surdi-mutité au point de vue civil et criminel, en droit français et en droit comparé. In-8°, 414 p.

Bulletins et Mémoires de la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie. T. XV. In-8°, 663 p. avec fig.

Dock (G.). A case of fatal epistaxis (from endothelioma of the nose), with a study of the blood. In-8°, 12 p. Washington.

Liebmann (A.). Vorlesungen über Sprachstörungen. 4. Heft : Poltern (Paraphrasia præceps). In-8°, 57 p. Berlin. — Leçons sur les troubles du langage.

Louys (E.). Des kystes intralaryngés et en particulier des kystes laryngés branchiogènes. (*Rev. de chir.*, déc.)

Matte. Otitis media purulenta perforativa acuta bei Syringomyelie. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLVIII, 1-2.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Moor (W. O.). The permanganate treatment of opium and morphine poisoning. In-8°, 69 p. Saint-Pétersbourg et New-York.

Ortner (N.). Vorlesungen über specielle Therapie innerer Krankheiten mit einem Anhang (Therapie der Infectionskrankheiten) von F. Frühwald. 2e éd. In-8°, 896 p. Vienne. — Leçons de thérapeutique médicale.

Ranelletti (A.). Alcune importanti applicazioni della formalina. (*Supplem. al Policlinico*, 23 déc.)

Skinner (C.). Dry heat of high degree as a therapeutic agent. (*New York Med. Journ.*, 28 oct., 25 nov., 2 et 9 déc.) — Des effets thérapeutiques de l'air sec surchauffé.

Syllaba. Ziemssen's Behandlungsmethode mit arseniksauerem Natrium in grossen Dosen. (*Allg. Wien. med. Zeitung*, 24 oct. et 26 déc.)

Trischitta (V.). Il timo nella patologia e nella terapia. (*Clinica medica*, août.)

Unna (P.). Thiosinaminseife und Thiosinaminpflastermulle. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 déc.) — Le savon et l'emplâtre à la thiosinamine.

Wechselmann (W.). Kritisches und Experimentelles zur Lehre von den Antipyrinexanthemen (nach Versuchen des Prof. H. Köbner). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, L, 1.) — Sur les éruptions provoquées par l'antipyrine.

20e ANNÉE. — N° 23 Vingt centimes le numéro. 30 MAI 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX

ANNÉE 1899

Nous donnons ci-dessous les dernières indications bibliographiques se rapportant à l'année écoulée.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Rothschild (D.). Der Sternalwinkel (Angulus Ludovici) in anatomischer, physiologischer und pathologischer Hinsicht. In-8°, 92 p. Francfort-sur-le-Mein.

Szymonowicz (L.). Lehrbuch der Histologie und der mikroskopischen Anatomie, mit besonderer Berücksichtigung des menschlichen Körpers einschliesslich der mikroskopischen Technik. 1er fasc. In-8°, 64 p. avec fig. Wurtzbourg. — Manuel d'histologie et d'anatomie microscopique.

Trochine (G.). Des communications centripètes des noyaux des cornes postérieures de la moelle (en russe). (*Troudy klin. nervn. bol. kazansk. Ounivers.*, 1.)

Volpino (G.). Sulla struttura del tessuto muscolare liscio. (*Arch. per le scienze med.*, XXIII, 3.)

Zuckerkandl (E.). Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. 1. Heft : Kopf und Hals. In-8°, 220 p. avec fig. Vienne.

PHYSIOLOGIE

Arthus (M.). Eléments de chimie physiologique. 3e éd. In-16, 392 p. avec fig.

Richet (Ch.). Dictionnaire de physiologie. T. IV, fasc. 1er. In-8°, 320 p. avec fig.

MÉDECINE

Schmidt (A.). Experimentelle und klinische Untersuchungen über Functionsprüfung des Darmes. IV. Mitteilung : Ueber die Verdauungsprobe der Fäces. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 3-4.) — De l'examen des matières fécales au point de vue de l'état de la fonction digestive.

Stumpff (J. E.). Radioscopie en radiographie van de longen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 11 nov.) — Radioscopie et radiographie des poumons.

Troller (J.). Ueber Methoden zur Gewinnung reinen Magensecretes. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXVIII, 1-2-3.) — Des procédés pour obtenir du suc gastrique pur.

Trumet de Fontarce (A.). Le système lymphatique (étude de physiologie morbide et de pathologie clinique basée sur l'anatomie). T. II. In-8°, 352 p. Bar-sur-Seine.

Valentini. Beitrag zur chronischen, ankylosirenden Entzündung der Wirbelsäule und der Hüftgelenke. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 3-4.) — De l'inflammation chronique ankylosante du rachis et des hanches.

Westphalen (H.) et **Fick** (W.). Ueber zwei Fälle von Perigastritis adhaesiva (pylorica). (*Deutsche med. Wochensch.*, 28 déc.)

White (W. H.). A case of adiposis dolorosa. (*Brit. Med. Journ.*, 2 déc.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Strümpell (A.). Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. 3. Band : Krankheiten des Nervensystems. 12e éd. In-8°, 708 p. avec fig. Leipzig. — Traité de pathologie spéciale et de thérapeutique des maladies internes. T. III : maladies du système nerveux.

Struppler (Th.). Beiträge zur Pathologie der Gehirn- und Rückenmarksyphilis. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 et 12 déc.) — Pathologie de la syphilis cérébrale et médullaire.

Tikanadzé (I.). Des troubles psychiques d'origine palustre (en russe). (*Vratch*, 13 nov. et 11 déc.)

Touche. Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de l'aphasie sensorielle. (*Arch. gén. de méd.*, déc.)

Van Gehuchten (A.). Exagération des réflexes tendineux avec hypertonie, hypotonie et atonie musculaires et quelques autres symptômes dans l'hémiplégie organique. (*Journ. de neurol.*, 5 déc.)

Volland (K.). Apoplectischer Insult in Folge eines Erweichungsherdes in der Brücke und spätere Dementia paralytica. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXII, 3.) — Ictus apoplectique consécutif à un foyer de ramollissement protubérantiel, suivi de paralysie générale.

Voss (G. von). Ueber die autochthone Hirnsinusthrombose. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XV, 3-4.) — De la thrombose autochtone des sinus crâniens.

Wattenberg (O.). Ueber einen Fall von genuiner Epilepsie mit sich daran anschliessender Dementia paralytica. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXII, 3.) — Sur un cas d'épilepsie idiopathique suivie de paralysie générale.

Weiss (F.). Ueber hysterische Augenmuskelkrämpfe und- lähmungen. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, déc.) — Des spasmes oculaires et des ophtalmoplégies hystériques.

Williamson (R.). On loss of the stereognostic sense. (*Brit. Med. Journ.*, 9 déc.) — De la perte du sens stéréognostique.

Windscheid (F.). Pathologie und Therapie der Erkrankungen des peripherischen Nervensystems. In-8°, 244 p. avec fig. Leipzig.

Witthauer (K.). Chorea und Fieber. (*Münch. med. Wochensch.*, 26 déc.) — Chorée et fièvre.

CHIRURGIE

Lennander (K. G.). Om utrymning af lymfkörtlarna i ingven och längs vasa iliaca och vasa obturatoria i en operation. (*Nord. med. Arkiv*, XXXII, 5.)

Nicolaysen. Om laarhalsfrakturens behandling med nagling. (*Nord. med. Arkiv*, XXXII, 5.)

Pantaloni (J.). Chirurgie du foie et des voies biliaires. In-8°, XIV-629 p. avec fig.

Parlavecchio (G.). I tumori della lingua e la loro cura. (*Bull. della Soc. Lancisiana degli Osped. di Roma*, XIX, 2.)

Poppert. Die Cholecystotomie mit wasserdichter Drainage der Gallenblase. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 déc.) — La cholécystotomie avec drainage hermétique de la vésicule biliaire.

Reeve (J.). On the proper wire for introduction into an aneurismal sac. (*Ann. of Surgery*, déc.) — Du genre de ressort qu'on doit introduire dans un sac anévrysmal.

Reinbach (G.). Erfahrungen über die chirurgische Behandlung der gutartigen Kröpfe in der Mikulicz'schen Klinik. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 2.) — Le traitement chirurgical des goitres bénins à la clinique de Mikulicz.

Reuter. Beitrag zur Indication der Ueberpflanzung ungestielter Hautlappen. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 déc.) — Des indications pour la greffe de lambeaux non pédiculés.

Rheinwald (M.). Die Operation der verschieblichen Rectumcarcinome mittelst Invagination und elastischer Abbindung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 3.) — Traitement des cancers du rectum par l'invagination et la ligature élastique.

Richardson (M.). Appendicitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, déc.)

Roloff. Ueber chronische Mastitis und das sogenannte Cystadenom. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 1-2.)

Rovsing (Th.). Ueber Gastroptose und ihre operative Behandlung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LX, 3.) — Traitement chirurgical de la gastroptose.

Sayre (R.). The differential diagnosis between chronic joint disease and traumatic neuroses. (*Med. Record*, 9 déc.) — Du diagnostic différentiel entre les arthrites chroniques et les névroses traumatiques.

Schambacher. Ueber die Aetiologie der varicösen Venenerkrankung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIII, 5-6.) — De l'étiologie des varices.

Schou (J.). Den moderne Ventrikelkirurgi. (*Ugeskrift for Læger*, 20, 27 oct., 3, 10, 17 et 24 nov.)

Seggel (R.). Ueber die Mitbeteiligung der vorderen Bauchwand beim Magencarcinom. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 et 12 déc.) — Envahissement de la paroi antérieure de l'abdomen dans le cancer de l'estomac.

Summers (J. E.). The modern treatment of wounds. In-8°, 748 p. Omaha.

Sutton (E.). Diagnosis of intestinal perforation by means of ether inflation per rectum. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 30 déc.)

Thomas (E. W.). Rotators of the femur and their other functions. (*Philadelphia Monthly Med. Journ.*, janv.)

Tietze (A.). Experimentelle Untersuchungen über Netzplastik. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXV, 2.) — Recherches expérimentales sur l'autoplastie du mésentère.

Tscherning (E. A.). Personlige erfaringer om operation for processus vermiformis- lidelse i frit stadium. (*Bibliotek for Læger*, août.)

Van Buren Knott. Properitoneal and interstitial herniæ. (*Ann. of Surgery*, déc.)

Van Leersum (E. C.) et **Rotgans** (J.). Exstirpatie der geheele maag. Oesophago-duodenostomie. Endogastritis obliterans, de maaglooze mensch. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 18 nov.)

Van Riemsdijk (D. A.). De diagnose van holten in de long met het oog op de indicatie tot pneumotomie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 7 oct.)

Vanverts (J.). Quelques considérations sur le traitement de la luxation sus-acromiale de la clavicule. (*Echo méd. du Nord*, 31 déc.)

Wallace (C.). Gangrene complicated by glycosuria. (*Lancet*, 23 déc.)

Webb (G.). A simple method for the treatment of ingrowing nails ; a clinical suggestion. (*Med. News*, 23 déc.) — Un moyen simple de traitement de l'ongle incarné.

Westermark (F.). Om primärt sarkom i tunntarmen. (*Nord. med. Arkiv*, XXXII, 5.) — Sarcome primitif de l'intestin grêle.

OPHTALMOLOGIE

Ferreira (P.). Observação de catarata em um velho de cento e vinte e seis annos e meio. (*Ann. da Acad. de med. do Rio de Janeiro*, juillet-sept.)

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Pincus (L.). Die erste Sammelforschung und Weiteres zur Atmokausis und Zestokausis. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 261-262.)

Piskacek (L.). Ueber Ausladungen umschriebener Gebärmutterabschnitte als diagnostisches Zeichen im Anfangsstadium der Schwangerschaft. In-8°, 85 p. avec fig. Vienne.

Rosinski (B.). Lymphangiektatisches Adenomyom des Ligamentum rotundum. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 30 déc.)

Rühl (W.). Zur Behandlung schwerer Geburtsstörungen nach Vaginofixation des Uterus. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 23 déc.) — Traitement des dystocies graves, consécutives à l'hystéropexie vaginale.

Savor (R.). Ueber Symphysenruptur. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 déc.)

Sellheim (H.). Topographischer Atlas zur normalen und pathologischen Anatomie des weiblichen Beckens. In-8°, 149 p. avec 60 planches. Leipzig. — Atlas d'anatomie normale et pathologique du bassin de la femme.

Skrobansky (K.). Des lésions traumatiques du périnée provoquées par le premier coït (en russe). (*Vratch*, 4 déc.)

Terrier (F.). De l'hystérectomie abdominale. (*Rev. de chir.*, déc.)

Transactions of the American Gynecological Society for the year 1899. T. XXIV. In-8°, 520 p. Philadelphie.

Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. 8. Versammlung, abgehalten zu Berlin vom 24.-27. Mai 1899. In-8°, XXXIII-586 p. avec fig. Leipzig. — Compte rendu du huitième Congrès de la Société allemande de gynécologie tenu à Berlin en 1899.

Voigt (J.). Beiträge zur Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 3.) — Sur la tuberculose des organes génitaux de la femme.

Wallgren (A.). Ein Fall von Typhusinfection einer Ovarialcyste. (*Arch. f. Gynäkol.*, LIX, 1.) — Infection d'origine typhique d'un kyste de l'ovaire.

Wiener (J.). The early diagnosis of uterine cancer. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, déc.) — Le diagnostic précoce du cancer de l'utérus.

Zweifel (P.). Operationes tokologicæ. Tabulæ XXX in usum studiosorum medicinæ qui in operationibus perpetrandis phantomate adhibitio exercentur. In-folio, avec texte explicatif, Leipzig.

TÉRATOLOGIE

Ramos (A.). Xiphopagismo; as irmãs Rosalina e Maria; dupla laparotomia exploradora. (*Ann. da Acad. de med. do Rio de Janeiro*, juillet-sept.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Muck. Ein einfaches Verfahren, um bei der Nachbehandlung operirter Stirnhöhlenempyeme die Drainage der Wundhöhle nach der Nase hin zu unterhalten. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXV, 4.) — Un procédé simple de drainage permanent (par le nez) du sinus frontal après l'opération de l'empyème de cette cavité.

Olivier (P.). Le bégaiement dans la littérature médicale. (*La Parole*, oct.)

Ostmann. Ueber die Heilerfolge der Vibrationsmassage bei chronischer Schwerhörigkeit. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXV, 4.) — Résultats thérapeutiques du massage vibratoire dans la dureté d'oreille.

Passow. Küster's osteoplastische Aufmeisselung des Warzenfortsatzes. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 déc.) — Trépanation ostéoplastique de l'apophyse mastoïde d'après la méthode de Küster.

Rimini (E.). Colesteatoma dell'orecchio sinistro; grave complicazione endocranica. (*Arch. ital. di otol.*, IX, 3.)

Trautmann (F.). Die persistente retroauriculäre Oeffnung nach Radicaloperation und plastischer Verschluss derselben. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLVIII, 1-2.) — Cure autoplastique de la fistule rétro-auriculaire résultant de la trépanation de l'apophyse mastoïde.

Vetter. Sarcome multiple du pharynx à marche galopante. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, nov.-déc.)

HYGIÈNE

Lacerda (J. B. de). Provas e argumentos em favor da localisação intra-domiciliar da febre amarella. (*Ann. da Acad. de med. do Rio de Janeiro*, juillet-sept.)

Ottolenghi (D.). Sulla disinfezione degli sputi tubercolari negli ambienti; ricerche sperimentali. (*Arch. per le scienze med.*, XXIII, 4.)

Plagge et Schumburg. Beiträge zur Frage der Trinkwasserversorgung. In-8°, 112 p. avec fig. Berlin. — L'approvisionnement en eau potable.

Seyler (E.). Kinderhygiene vom medizinisch-pädagogischen Standpunkte. In-8°, 99 p. Leipzig. — L'hygiène des enfants au point de vue médico-pédagogique.

Van der Meulen (L. C.). De sterfte te Amsterdam van 1890-1898. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 21 oct.) — La mortalité à Amsterdam de 1890 à 1898.

Wiener (E.). Die hygienische Beurteilung der Militär-Kleidung und Rüstung. Mit Berücksichtigung der einschlägigen Faserstoffe und der mechanischen Technologie. 2e éd. In-8°, 307 p. avec fig. Vienne. — L'habillement et l'équipement militaires au point de vue de l'hygiène.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Morton (W.). Electrostatic currents and the cure of locomotor ataxia, rheumatoid arthritis, neuritis, migraine, incontinence of urine, sexual impotence and uterine fibroids. (*Med. Record*, 9 déc.)

Stein (K. von). Essai d'application de la lumière électrique au traitement des contusions (en russe). (*Klin. Gaz. Botkina*, 22 déc.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Surmont. Rétrécissement mitral pur et cure d'air. (*Echo méd. du Nord*, 3 déc.)

Veröffentlichungen des Centralverbandes der Balneologen Oesterreichs. Bericht über den 1. österreichischen Balneologen-Congress (Wien, 28.-30. März 1899). — In-8°, LII-205 p. avec fig. Vienne.

BACTÉRIOLOGIE

De Simoni (A.). Beitrag zur Morphologie und Biologie der Pseudodiphtheriebacillen. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 20 et 23 déc.)

Madsen (Th.). Ueber Heilversuche im Reagensglas. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 2.) — Des expériences thérapeutiques *in vitro*.

Müller (F.). Ueber das Reduktionsvermögen der Bakterien. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 23 déc.) — Sur le pouvoir réducteur des bactéries.

Perez (F.). Recherches sur la bactériologie de l'ozène. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, déc.)

Plato (J.). Ueber Gonokokkenfärbung mit Neutralroth in lebenden Leukocyten; vorläufige Mitteilung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 déc.) — De la coloration par le « rouge neutre » des gonocoques dans les leucocytes vivants.

Radzievsky (A.). Beitrag zur Kenntnis des Bacterium coli; Biologie; Agglutination; Infection; vorläufige Mitteilung. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 23 déc.)

Schanz (F.). Der sogen. Xerosebacillus und die ungiftigen Löffler'schen Bacillen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 3.) — Le bacille dit de la xérose et les bacilles non virulents de Löffler.

Unger (E.) et **Portner** (E.). Der Wert des Harnnährbodens für die Typhusdiagnose. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 déc.) — L'urine comme milieu de culture des bacilles de la fièvre typhoïde.

Wälsch (L.). Ueber einen Bakterienbefund bei Pemphigus vegetans nebst Bemerkungen zur Differentialdiagnose zwischen Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, L, 1.) — Sur une bactérie trouvée dans le pemphigus végétant et sur le diagnostic différentiel entre les bacilles diphtérique et pseudo-diphtérique.

Winterberg (H.). Untersuchungen über das Typhus-Agglutinin und die agglutinirbare Substanz des Typhusbacillen. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXII, 3.) — Recherches sur l'agglutinine de la fièvre typhoïde et sur la substance agglutinante des bacilles d'Eberth.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Brissaud. Histoire de la médecine (leçon d'ouverture faite à la Faculté de médecine de Paris). In-8°, 29 p.

Hervé (P.). René Levasseur, chirurgien-accoucheur au Mans, ancien conventionnel (1747-1834). In-8°, 40 p. avec portraits. Angers.

Hippocrate. Hippokrates sämmtliche Werke. (Uebersetzt und ausführlich commentiert von R. Fuchs.) T. III. In-8°, 660 p. Munich. — Œuvres complètes d'Hippocrate (traduites et annotées par R. Fuchs).

Houzel. Notice sur la vie de Duchenne (de Boulogne). In-8°, 99 p. Boulogne-sur-Mer.

Weisgerber (H.). La corporation des chirurgiens-barbiers de Ribeauvillé (1680-1791). In-8°, 66 p. Strasbourg.

GÉNÉRALITÉS

Dreyer (W.). De eksotiske folks seksuelle liv. (*Bibliotek for Læger*, oct.) — La vie sexuelle des habitants des pays chauds.

Huguet. Recherches sur les maladies simulées et mutilations volontaires observées de 1859 à 1896 chez les jeunes gens, conscrits ou militaires en activité de service, envoyés à la 2e compagnie de pionniers jusqu'en 1875 et, depuis cette époque, à la 4e compagnie de discipline. In-8°, 280 p. avec fig.

La loi sur les accidents : tarif d'honoraires médicaux adopté par le corps médical de la Gironde. In-8°, 13 p. Bordeaux.

Lehfeldt (E.). Medicinisches Taschenwörterbuch der deutschen, englischen und französischen Sprache. Nebst einem Anhang, enthaltend eine vergleichende Tabelle der Medicinalgewichte und Temperaturskalen. 2e éd. In-12, 367 p. Berlin. — Dictionnaire des termes médicaux allemands, anglais et français.

Rauber (A.). Der Ueberschuss an Knabengeburten und seine biologische Bedeutung. In-8°, 220 p. avec fig. Leipzig. — L'excédent des naissances mâles et sa signification biologique.

Schaper. Charité-Annalen (24. Jahrgang). In-8°, 716 p. avec fig. Berlin.

Service de santé. Instruction du 5 mai 1899 sur l'utilisation en temps de guerre des ressources du territoire national pour l'hospitalisation des malades et des blessés de l'armée. In-8°, 337 p.

Sociedad de beneficencia de Buenos Aires : memoria del año 1898. In-8°, 267 p. Buénos-Ayres.

ANNÉE 1900

PHYSIOLOGIE

Ivanoff (E.). La fonction des vésicules séminales et de la glande prostatique dans l'acte de la fécondation. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Pierallini (G.). Kommen dem menschlichen Pankreas (post-mortem) und dem Harn zuckerzerstörende Eigenschaften zu? (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 1-2.) — Le pancréas humain (après la mort du sujet) et l'urine sont-ils doués de propriétés glycolytiques?

Renzone (R.). Manuale di fisiologia umana. 5e éd. In-8°, 607 p. avec fig. Naples.

Senator (M.). Weitere Beiträge zur Lehre vom osmotischen Druck thierischer Flüssigkeiten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 janv.) — Nouvelles recherches sur la pression osmotique des liquides de l'organisme animal.

Umber (F.). Zur Lehre von der Glykolyse. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 1-2.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Herzen (A.). Quelques points litigieux de physiologie et de pathologie nerveuse. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, janv.)

Ingianni (G.). Ueber die Regeneration der männlichen Harnröhre. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 3-4.) — De la régénération de l'urèthre chez l'homme.

Jentzer (A.) et **Beuttner** (O.). Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Castrationsatrophie (Untersuchungen an Kühen, Kaninchen und Hunden). (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 1.) — Atrophie génitale, après castration, chez des vaches, des lapines et des chiennes.

Kionka (H.). Künstliche Erzeugung von Gicht. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er janv.) — Production artificielle de la goutte.

Lanza (N.). Contributo sperimentale allo studio biologico dell'essenza di tanaceto. (*Gazz. degli Osped.*, 21 janv.)

MÉDECINE

Korczynski (L. von). Klinischer Beitrag zur Casuistik der suppurativen Entzündungen der Leber und der Gallengänge als Folge der Cholelithiasis. (*Wien. med. Presse*, 21 janv.) — Deux cas d'hépatite et d'angiocholite suppurées à la suite de cholélithiase.

Laborde (J.-V.). Le signe automatique de la mort réelle déduit de l'action négative du procédé des tractions rythmées de la langue; moyens d'éviter l'inhumation prématurée. In-8°, 114 p. avec fig. Schleicher frères.

Löwenthal (J.). Die subcutane Ernährung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 22 et 25 janv.) — L'alimentation sous-cutanée.

Mabboux. Les indications du régime lacté dans le traitement des albuminuries. (*Lyon méd.*, 11 fév.)

Mayer (P.). Ueber die Bedeutung der Glycuronsäure für die Phenylhydrazinprobe im Harn. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er janv.) — Valeur de l'acide glycuronique pour l'examen de l'urine au moyen de la phénylhydrazine.

Micheli (F.) et **Mattirolo** (G.). Contributo alla conoscenza delle asciti pseudochilose. (*Rev. crit. di clin. med.*, 27 janv.)

Pich (C.). Sulla bronchite fibrinosa acuta essenziale; osservazione di un caso clinico. (*Riforma med.*, 26 et 27 janv.)

Poljakoff. Ueber einen Fall von milchweissem Ascites bei syphilitischer Lebercirrhose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er janv.) — Ascite chyliforme dans un cas de cirrhose syphilitique du foie.

Queirolo (G.). L'area gastrica; un nuovo metodo per determinarla. (*Clinica moderna*, 24 janv.)

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)........ 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)........ 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Serafino Patellani, privatdocent à la Faculté de médecine de Parme, est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Cagliari. — M. le docteur Tommaso Secchi, privatdocent à la Faculté de médecine de Bologne, est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Rocco Iemma, privatdocent à la Faculté de médecine de Naples, est nommé privatdocent de pédiatrie.

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Ferdinando Gangitano, privatdocent à la Faculté de médecine de Padoue, est nommé privatdocent de pathologie chirurgicale.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Giovanni Graziani, privatdocent à la Faculté de médecine de Padoue, est nommé privatdocent de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Padoue. — M. le docteur Arslan, privatdocent à la Faculté de médecine de Turin, est nommé privatdocent d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Antonio Fortunato, privatdocent à la Faculté de médecine de Gênes, est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur Al. Gerver est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

Queen's College de Cork. — M. le docteur John Dundon est nommé professeur de matière médicale, en remplacement de M. C. Yelverton Pearson.

Johns Hopkins University de Baltimore. — MM. les docteurs F. S. Cullen et W. W. Russell sont nommés professeurs de gynécologie.

Rush Medical College de Chicago. — M. le docteur Henry B. Favill est nommé professeur de thérapeutique.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Jules Chéron, médecin de la Maison de Saint-Lazare. — M. le docteur S. Korsakov, professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de Moscou. — M. le docteur C. Tommasi Crudeli, sénateur italien et professeur émérite à la Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur John Neville Davies-Colley, ancien lecteur de chirurgie à Guy's Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur G. E. Frothingham, ancien professeur d'ophtalmologie à l'Université de Michigan d'Ann Arbor. — M. le docteur L. Carter Gray, ancien professeur de neurologie à Long Island College Hospital de Brooklyn.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et *1882 :* Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à *1899* inclusivement (17 années) absolument complètes, soit les 19 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 174 francs pour la France, 210 francs pour l'étranger.

L'Administration dit, pour la série des années 1883 à 1899, collection absolument complète, quoique la table de l'année 1892 soit épuisée, attendu que la *Table générale* qui doit paraître sera le répertoire complet du journal depuis sa fondation.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1899), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE PARIS

Aviat (M.-H.). La question des établissements spéciaux pour la cure de l'alcoolisme (maisons de convalescence, d'abstinence et de travail).

Benoist (P.). Des pneumopathies rhumatismales et de la pneumonie fibrineuse dans le rhumatisme articulaire aigu.

Brisard (C.). La méralgie paresthésique (névralgie du fémoro-cutané).

Carcassonne (P.). Etude des amyotrophies scapulo-thoraciques au cours de la tuberculose pulmonaire.

Chalon (P.). Contribution à l'étude de l'orchite typhoïdique.

Coudray (F.). Des indications de l'interruption de la grossesse chez les femmes enceintes albuminuriques.

Cunéo (B.). De l'envahissement du système lymphatique dans le cancer de l'estomac, et de ses conséquences chirurgicales.

Delisle (R.). De la transformation maligne des nævi.

Dubois (A.). Appendicite et hystérie.

Durand (A.). Valeur diagnostique de l'insufflation stomacale.

Entz (M[lle]). Consultations de nourrissons; allaitement au sein et allaitement artificiel.

Frappier (O.). Nouvelle suture de la paroi abdominale : suture en huit de chiffre de M. Clado.

Furbury (J.). Etude sur les ruptures traumatiques de la vessie et leur traitement.

Houdé (E.). Des différents traitements chirurgicaux de l'hydrocèle, et en particulier du traitement par éversion de la vaginale.

Khorassandji (O.). De la cirrhose biliaire splénomégalique (cirrhose biliaire type Gilbert-Fournier).

Laroche (M.). Comment traiter la péritonite tuberculeuse ?

Linget (G.). Contribution à l'étude du diagnostic clinique des tubercules de la couche optique.

Lucas (L.). Des indications de l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des fibromes compliqués de grossesse.

Magron (G.). L'emphysème orbitaire et palpébral.

Monod (J.). De l'anémie syphilitique.

Navarre (L.). La scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1899.

Ombrédanne (L.). Les lames vasculaires dans l'abdomen, le bassin et le périnée.

Omnès (Ch.). De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.

Pascal (A.). Des fistules vésico-intestinales acquises chez l'homme et la femme.

Phalip (P.). Du pneumothorax accidentel survenant au cours de la thoracentèse et du pneumothorax artificiel créé par injections d'air ou d'oxygène dans la plèvre.

Picquenard (Ch.-A.). La végétation de la Bretagne étudiée dans ses rapports avec l'atmosphère et avec le sol.

Richard (J.). Essai sur les crustacés considérés dans leurs rapports avec l'hygiène, la médecine et la parasitologie.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Albert (E.). Die Architektur des menschlichen Fersenbeines. (*Wien. med. Presse*, 1er janv.) — La structure du calcanéum.

Cohn (M.). Einige Bemerkungen über die basophilen Körnchen in den rothen Blutscheiben. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 fév.) — Note sur les granules basophiles des hématies.

Durand. Le médiastin antérieur; étude d'anatomie topographique. (*Province méd.*, 13, 20, 27 janv. et 3 fév.)

Orr (D.). A method of staining the medullated fibres « en bloc »; and a modification of the Marchi method. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, fév.) — Un procédé de coloration en bloc des fibres à myéline et une modification de la méthode de Marchi.

Viannay (Ch.). Note sur un cas d'anomalie du nerf cubital. (*Lyon méd.*, 11 fév.)

PHYSIOLOGIE

Cohn (M.). Untersuchungen über den Speichel und seinen Einfluss auf die Magenverdauung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 janv. et 1er fév.) — Recherches sur la salive et sur son rôle dans la digestion gastrique.

Dennig (A.). Ueber die Einwirkung einiger vielgebrauchter Arzneimittel auf die Methämoglobinbildung im Blute. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 5-6.) — De l'action exercée par certains médicaments d'un usage courant sur la formation de la méthémoglobine dans le sang.

Fenyvessy (B. von). Ueber die Wirkung des Schilddrüsensaftes auf die Circulation und Athmung nebst einem Anhange über Beziehungen zwischen Jodothyrin und Jodnatrium, beziehungsweise Atropin. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 fév.) — De l'action exercée par le suc thyroïdien sur la circulation et la respiration et des rapports existant, au point de vue de leur effet physiologique, entre l'iodothyrine et l'iodure de sodium ou l'atropine.

Imbert (A.). Mécanisme de l'équilibre et du soulèvement du corps sur la pointe des pieds. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Leduc (S.). Modifications de l'excitabilité des nerfs et des muscles par les courants continus. (*Arch. d'électricité méd.*, fév.)

Mariau (A.). Le voile du palais, organe de gustation. (*Echo méd. du Nord*, 4 fév.)

Osborne (W.) et **Vincent** (S.). A contribution to the study of the pituitary body; preliminary communication. (*Brit. Med. Journ.*, 3 mars.)

Suleiman Bey. Zur physiologischen Chemie der Pentosen und Methylpentosen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 3-4.)

Volhard (F.). Ueber Resorption und Fettspaltung im Magen. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 janv. et 6 fév.) — Des processus d'absorption et de décomposition des graisses dans l'estomac.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Abram (J. H.). Carcinoma of the kidney arising in the glomeruli. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, fév.) — Cancer du rein d'origine glomérulaire.

Bandler (S.). Zur Entstehung der Dermoidcysten; vorläufige Mitteilung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 fév.) — Du mode de production des kystes dermoïdes.

Green (A.). A new and more permanent method of mounting amyloid sections, stained with iodine. (*Lancet*, 10 fév.) — Une nouvelle méthode de montage des coupes de tissus atteints de dégénérescence amyloïde et colorées au moyen de la teinture d'iode.

Marina (A.). Mikroskopischer Befund in einem Falle von isolirter idiopathischer Neuritis des rechten Hypoglossus. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er fév.) — Lésions microscopiques dans un cas de névrite idiopathique isolée de l'hypoglosse droit.

Massalongo et **Vanzetti**. Alterazioni istologiche del midollo spinale in un caso di artropatie multiple tabetiche. (*Giorn. dell'Accad. di med. di Torino*, janv.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Aujeszky (A.). Ueber Immunisirung mit normalen Organteilen. (*Pest. med.-chir. Presse*, 21 janv.) — De l'immunisation par incorporation de fragments d'organes provenant d'un animal sain.

Brandenburg (K.). Ueber die Reaction der Leukocyten auf die Guajaktinctur. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 fév.)

Braun (F.). Recherches expérimentales sur l'induration cyanotique des reins (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, fév.)

Kodjabascheff (M.). L'action du sérum sanguin sur le vaccin. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév.)

Lindemann (W.). Sur le mode d'action de certains poisons rénaux. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév.)

Motta Coco (A.). Rapporto tra l'isotonia del sangue e l'ipertermia; ricerche sperimentali. (*Medicina moderna*, mars.)

Moxter. Ueber ein specifisches Immunserum gegen Spermatozoën. (*Deutsche med. Wochensch.*, 25 janv.) — Sérum immunisant à l'égard des spermatozoïdes.

Pace (D.). Influenza della tossina difterica e della tossina tifica sul ricambio materiale; ricerche sperimentali. (*Policlinico*, 1er janv. et 1er fév.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bouchard (Ch.). Traité de pathologie générale. T. III. In-8°, 1447 p. avec fig.

Heinz (R.). Studien über Entzündung seröser Häute. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 fév.) — Recherches sur l'inflammation des séreuses.

Hofbauer (L.). Ueber das Vorkommen jodophiler Leukocyten bei Blutkrankheiten. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 10 fév.) — De l'existence de leucocytes iodophiles dans les maladies du sang.

Lefèvre (J.). Sur les réactions consécutives aux réfrigérations; lois générales; influence régulatrice des courtes réfrigérations. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Moraczewski (W. von). Stoffwechsel-Versuche bei schweren Anaemien. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLIX, 2.) — Recherches expérimentales sur les échanges intra-organiques dans les anémies graves.

Soupault (M.) et **Labbé** (M.). Etude sur les altérations et le rôle des ganglions lymphatiques dans le cancer épithélial. (*Rev. de méd.*, janv. et fév.)

Stejskal (C. von) et **Erben** (F.). Klinisch-chemische Studien : Stoffwechselversuch bei lymphatischer und lienal-myelogener Leukämie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 1-2.) — Recherches cliniques et chimiques sur les échanges organiques dans l'adénie et la leucémie.

MÉDECINE

Antonelli (F.). Ematemesi rapidamente mortale da cirrosi epatica. (*Ann. di med. navale*, janv.)

Brieger (L.) et **Neufeld** (F.). Zur Diagnose beginnender Tuberkulose aus dem Sputum. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 fév.) — Diagnostic de la tuberculose au début d'après l'examen des crachats.

Champeaux (P. de). Une cause inattendue de lésion pulmonaire offrant les caractères de la tuberculose au début. (*Arch. de méd. navale*, janv.)

Debove (G. M.) et **Achard** (Ch.). Manuel de diagnostic médical. T. II. In-8°, 600 p. avec fig.

Deutsch (R.). Klinische Beiträge zur Lehre von den acuten intestinalen Autointoxicationen. (*Wien. med. Wochensch.*, 27 janv. et 3 fév.) — Recherches cliniques sur les auto-intoxications d'origine intestinale.

Ferrannini (L.). Partizione e raddoppiamento del secondo tono nella stenosi mitralica; il doppio fenomeno nello stesso individuo. (*Riforma med.*, 10, 12 et 13 mars.)

Fiori (T.). La febbre glandolare. (*Gazz. degli Osped.*, 7 janv.)

Friedberger (E.). Ueber das Verhalten des Urins bei Erkrankungen des Magens. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 5-6.) — De l'urine dans les affections de l'estomac.

Hladik (J.). Zur Kenntnis der Alkalescenzbestimmung in kleinen Blutmengen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 3-4.) — De l'appréciation du degré d'alcalinité de petites quantités de sang.

Massey (G.). The increasing prevalence of cancer as shown in the mortality statistics of American cities. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.) — L'augmentation du nombre des cas de cancer aux Etats-Unis d'Amérique.

Strauss (J.). Ueber das Nebeneinandervorkommen von Idiotie und Diabetes mellitus und über « neurogene » Glycosurieen nebst einigen Bemerkungen über das tinctorielle Verhalten und die Alcalescenz des diabetischen Blutes. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 5-6.)

MALADIES INFECTIEUSES

Bernhardt (P.). Ein Fall von Pneumathaemie und Schaumorganen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er fév.)

Brunner (A.). Ueber Maltafieber. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 fév.)

Celli (A.) et **Delpino** (G.). Beitrag zur Erkenntnis der Malariaepidemiologie vom neuesten ätiologischen Standpunkte aus. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 7 nov. 1899 et 10 mars.)

Cotte (A.) et **Reynaud** (G.). Recherches cliniques sur la tension artérielle et le pouls dans la variole. (*Marseille méd.*, 15 mars.)

Cruchet (R.). Relation d'une épidémie ressemblant cliniquement au béribéri hydropique. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 4, 11 et 18 fév.)

Lutz (A.). Algumas observaçoes feitas em dois casos de peste pneumonica. (*Rev. med. de S. Paulo*, mars.)

Motchoutkovsky (O.). De l'inoculabilité du typhus exanthématique chez l'homme (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, janv.)

Mousséos (B. M.). Traitement des fièvres pernicieuses en général et de la fièvre hémoglobinurique en particulier. In-12, 135 p. Vigot frères.

Packard (F.). Report of five cases of endocarditis occurring in the course of tonsillitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Adler. Zur künstlichen Fixation der Gelenke bei Tabes. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er fév.) — Un moyen pour combattre le relâchement des articulations dans le tabes.

Bechterew (W. von). Myotonie, eine Krankheit des Stoffwechsels. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er fév.) — La myotonie considérée comme un état consécutif à des troubles des échanges intra-organiques.

Biehl (C.). Störungen der Vasomotorenthätigkeit und der Sensibilität nach peripherer traumatischer Facialislähmung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 fév.) — Troubles vasomoteurs et sensitifs, consécutifs à la paralysie du facial d'origine périphérique.

Donetti (E.). Sopra un caso di paralisi arsenicale con atassia locomotrice. (*Riforma med.*, 24 janv.)

Féré (Ch.). Note sur un cas d'épilepsie partielle à accès suivis de troubles inusités de la sensibilité (dysesthésie post-épileptique). (*Normandie méd.*, 1er fév.)

Grasset (J.). La supériorité intellectuelle et la névrose. In-8o, 67 p. Montpellier.

Guimbail. Le traitement de l'épilepsie par les agents physiques. (*Thérapeutique nouvelle par les agents physiques et naturels*, juillet, août, sept., oct., nov., déc. 1899; janv. et fév.)

Heiberg (P.). Des rapports de la syphilis et de la paralysie générale. (*Rev. neurol.*, 28 fév.)

Heldenbergh (C.). Des migraines. (*Belgique méd.*, 25 janv.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Barbiani (G.). L'immunità della vagina per le affezioni veneree e sifilitiche. (*Giorn. ital. delle mal. veneree e della pelle*, 1.)

Colombini (P.). Un caso di orticaria pimmentosa; studio istologico e clinico. (*Giorn. ital. delle mal. veneree e della pelle*, 1.)

Crocker (H. R.). A clinical study of some winter and summer recurring eruptions. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, fév.) — Étude clinique de quelques éruptions cutanées à poussées hivernales et estivales.

Doutrelepont. Beitrag zur Pityriasis rubra (Hebra). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LI, 1.)

Einhorn (M.). Syphilis of the stomach. (*Philadelphia Med. Journ.*, 3 fév.)

Jutassy (J.). Mittelst Röntgenstrahlen behandelte Fälle von Lupus vulgaris, Lupus erythematodes, Ekzema chronicum, Hypertrichosis und Naevus vasculosus. (*Pest. med.-chir. Presse*, 28 janv., 4 et 11 fév.) — Cas de lupus vulgaire, de lupus érythémateux, d'eczéma chronique et de nævus vasculaire, traités par les rayons de Röntgen.

CHIRURGIE

Bakes (J.). Operative Therapie des Mastdarmvorfalles. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 3-4.) — Traitement opératoire du prolapsus du rectum.

Belin (R.). Observation d'un cas rare de kyste dermoïde du médiastin; pneumectomie partielle; guérison. In-8o, 23 p. avec fig. Clermont.

Berg (A.). Remarks on subphrenic abscess; with a report of 3 cases. (*Med. Record*, 10 fév.)

Bittner (W.). Ueber die Radicaloperation des Leistenbruches, nebst Bemerkungen zur Aetiologie, Anatomie und Klinik desselben. (*Prag. med. Wochensch.*, 4, 11 et 18 janv.) — Cure radicale de la hernie inguinale; étude clinique, étiologique et anatomique.

Bode (F.). Eine neue Methode der Peritonealbehandlung und Drainage bei diffuser Peritonitis. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 13 janv.) — Sur une nouvelle méthode de traitement et de drainage de la cavité péritonéale dans la péritonite diffuse.

Brabec (A.). O malignim oedemu. (*Casopis lékaru ceskych*, 17 et 24 mars.)

Brigham (Ch.). After-history in a case of successful total extirpation of the stomach. (*Philadelphia Med. Journ.*, 3 fév.)

Brunner (C.). Ueber Kropfrecidive und Recidivoperationen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 1.) — Des récidives du goitre et de leur traitement.

Caley (H.). Prognosis in appendicitis, with an illustrative series of 200 cases. (*Lancet*, 10 fév.)

Chavasse (P.). Nouveaux éléments de petite chirurgie (pansements, bandages et appareils). 5e éd. In-18, 904 p. avec fig.

Cushing (H.). The employment of local anæsthesia in the radical cure of certain cases of hernia, with a note upon the nervous anatomy of the inguinal region. (*Ann. of Surgery*, janv.)

Deetz (E.). Zwei Fälle von seltenen Knochenerkrankungen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 1.) — Deux cas d'affections osseuses rares.

De Paoli (E.). Contributo allo studio clinico delle deviazioni e contratture della colonna vertebrale di origine neurotica ed in ispecie della scoliosi isterica. (*Policlinico*, 15 janv.)

Feilchenfeld (L.). Zur Prophylaxis bei der Chloroformnarkose. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 27 janv.)

Francke (C.). Beiträge zur acuten Pankreaserkrankung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 3-4.) — Trois cas d'affection aiguë du pancréas.

Gangolphe (M.). Colostomie iliaque par la double ligature. (*Rev. de chir.*, fév.)

Giordano (E.). La chirurgia del pericardio e del cuore. In-8o, 207 p. avec fig. Naples.

Green (W.). A new " T " bandage. (*Med. Record*, 10 fév.)

Hadenfeldt (A.). Ueber totale Pylorusstenose nach Laugenätzung. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 fév.) — De la sténose complète du pylore, consécutive à l'action des alcalis caustiques.

Hahn (O.). Ein Nabelkonkrement von Taubeneigrösse. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 1.) — Une concrétion ombilicale du volume d'un œuf de pigeon.

Herhold. Zur Casuistik des scharf begrenzten Magencarcinoms. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 fév.) — Sur un cas de cancer de l'estomac nettement limité.

Hoffa (A.). Atlas-manuel des bandages, pansements et appareils. (Edition française par P. Hallopeau, avec préface du prof. P. Berger.) In-16, 161 p. avec fig. et 128 planches en couleurs.

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Bardescu (N.). Ein neues Verfahren für die Operation der tiefen Blasen-Uterus-Scheidenfisteln. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 fév.) — Un nouveau procédé de cure opératoire des fistules utéro-vésico-vaginales profondes.

Brjésinsky (V.). Atresia hymenis et atresia vaginae membranacea; haematometra et haematocolpos (en russe). (*Journ. akouch. i jénsk. boliézn.*, janv.)

Chaleix-Vivie. Danger de la rétention du fœtus mort dans la cavité utérine, malgré l'intégrité de l'œuf. (*Rev. mens. de gynécol. et d'obstét. de Bordeaux*, mars.)

Cornil (V.). Sur l'anatomie et l'histologie de la grossesse tubaire. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, janv.-fév.)

Dührssen (A.). Ueber die Technik der Vaporisation. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 fév.)

Elsner (E.). Zur Behandlung der ectopischen Schwangerschaft bei vorgerückter Entwicklung der Frucht. (*Wien. med. Wochensch.*, 13, 20, 27 janv. et 3 fév.) — Du traitement de la grossesse extra-utérine avancée.

Fritsch (H.). Die Krankheiten der Frauen. 9e éd. In-8o, 650 p. avec fig. Brunswick. F. Wreden. — Les maladies des femmes.

Haberda (A.). Ueber den anatomischen Nachweis der erfolgten Defloration. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Des signes anatomiques de la défloration.

Halban (J.). Uterusemphysem und Gassepsis. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.)

Heinrich. Ueber die Operation grosser Bauchnarbenbrüche. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 janv.) — Cure opératoire des grosses éventrations post-cicatricielles de l'abdomen.

Hitschmann (F.). Decidualer Polyp des Uterus. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.)

Hübl (H.). Ueber Luftembolie bei Placenta praevia. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er fév.) — De l'embolie gazeuse dans les cas de placenta prævia.

Jayle (F.) et **Delherm** (L.). La grossesse extra-utérine tubaire et intra-ligamentaire après le cinquième mois. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, janv.-fév.)

PÉDIATRIE

Déri (J.). Ueber Gehirnblutung bei Keuchhusten. (*Pest. med.-chir. Presse*, 28 janv. et 4 fév.) — De l'hémorrhagie cérébrale dans la coqueluche.

Fede (F.) et **Cacace** (E.). Del rachitismo fetale. (*Pediatria*, fév.)

Finkelstein (H.). Ueber Sepsis im frühen Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 2.) — La septicémie chez les enfants en bas âge.

Giarrè (C.). La puntura lombare nella pratica pediatrica. (*Rivista crit. di clin. med.*, 3 et 10 fév.)

Grande (E.). Sulla mortalità dei bambini e le scuole popolari d'igiene. In-12, 16 p. Nicastro.

Guarrella (F.). Contributo allo studio del sangue in alcune forme di anemia (splenica, sifilitica, da rachitide e da affezioni gastro-intestinali croniche) e nella cianosi dei bambini. (*Pediatria*, janv. et fév.)

Johannessen (A.). Dilatation og hypertrofi af tyktarmen hos barnet. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars.) — Dilatation et hypertrophie du gros intestin chez l'enfant.

Maestro (L.). La tubercolosi cerebrale nei bambini. In-8o, 173 p. Padoue.

Muggia (A.). Particolarità cliniche delle malattie dei bambini. (*Gazz. degli Osped.*, 14 janv.)

BACTÉRIOLOGIE

Bronstein (J.). Zur bacterioscopischen Diphtheriediagnose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 fév.)

Bulloch (W.). A simple apparatus for obtaining plate cultures or surface growths of obligate anaërobes. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 5 fév.)

Iégorov (A.). De l'absorption des bactéries par les ganglions lymphatiques (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, fév.)

Levy (E.) et **Bruns** (H.). Ueber die Frühdiagnose der Lungentuberculose; Nachweis von geringen Mengen Tuberkelbacillen durch das Thierexperiment. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er mars.) — Diagnostic précoce de la tuberculose par l'expérimentation sur les animaux.

Malfitano (G.). La protéolyse chez l'aspergillus niger; premier mémoire. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév.)

Néschadiménko (M.). Recherches expérimentales sur la streptomycose et sur sa sérothérapie (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, fév.)

20e ANNÉE. — N° 25. Vingt centimes le numéro. 13 JUIN 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.

Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE PARIS

Arago (Ch.). La Vanne, l'Avre et la Dhuis; étude d'hygiène parisienne.

Atcham (G.). Contribution à l'étude de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur.

Blackburn (W.). De la péritonite à pneumocoques.

Bouchet (F.). Contribution à l'étude du traitement de la luxation sus-acromiale de la clavicule.

Brenans (J.). Des adénites du sillon delto-pectoral.

Carillon (E.). Troubles de l'oreille dans l'air comprimé.

Carnus (H.). Du traitement des affections aiguës du poumon par les enveloppements humides permanents du thorax.

Chauvin (Th.-M.). De l'épididymite ourlienne.

Coulomb (G.). La transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale.

Courgenou (R.). Contribution à l'étude de l'accouchement chez les primipares âgées.

Dujarier (Ch.). Traitement sanglant des fractures de jambe récentes.

Gosset (A.). Etude sur les pyonéphroses.

Griffon (V.). L'agglutination du pneumocoque.

Herbout (G.). Valeur diagnostique des stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire.

Kritchevsky-Gochbaum (Mme M.). Sur un cas d'ankylose articulaire progressive et généralisée (synarthrophyse).

Lacour (A.). Le corps jaune et la cause déterminante de l'accouchement.

Lamarle (P.). Du régime alimentaire dans la fièvre typhoïde.

Laquerrière (A.). Etude clinique sur le traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli et en particulier sur ses résultats éloignés.

Le Coniat (Ch.). Sur le principe actif de la noix de kola.

Le Guay. Du rôle de la prostate dans les uréthrites aiguës ou chroniques; uréthro-prostatites.

Loiseau (G.). Alcoolisme et réforme sociale.

Madru (Ch.). La glande salivaire des diabétiques.

Marais (P.). Délire salicylique dans le rhumatisme articulaire aigu.

Méresse (S.). Du zona dans les intoxications et en particulier dans l'urémie.

Nicolas (F.-J.). De l'anus préliminaire dans le traitement du cancer du rectum et en particulier de sa fermeture.

Ogé (A.). Des hernies de l'utérus et des annexes.

Picaud (L.). Lumbago et rhumatisme spinal; essai sur la pathogénie du lumbago.

Proust (R.). De la prostatectomie périnéale totale.

Reliquet (J.). Recherches sur l'étiologie de l'hypertrophie sénile de la prostate.

Sambon (J.). Contribution à l'étude du cancer iléo-cæcal.

Thibault. De l'épidémicité de l'appendicite.

Thiroux (H.). La protection légale des femmes enceintes et accouchées dans la classe ouvrière (étude d'hygiène sociale).

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Oberndorfer (S.). Ueber die viscerale Form der congenitalen Syphilis mit specieller Berücksichtigung des Magen-Darmcanals. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLIX, 2.) — De la forme viscérale de l'hérédo-syphilis, notamment du tube gastro-intestinal.

Scheib. Ueber Osteogenesis imperfecta. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 1.)

Schmieden (V.). Leber-Cirrhose und multiple Adenom-Bildung der Leber. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLIX, 2.) — Cirrhose hépatique et adénomes multiples du foie.

Schüller (M.). Polyarthritis chronica villosa und Arthritis deformans. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 janv., 5 et 12 fév.)

Shattock (S.). An acromegalic skull and that of a normal giant. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, fév.) — Un crâne acromégalique comparé à celui d'un géant normal.

Turner (W.) et **Hunter** (W.). A case of so-called miliary sclerosis, combined with meningomyelitis, and marked chromatolytic changes in the ganglion cells. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, fév.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Gabritchevsky (G.). Des propriétés antitoxiques des couleurs d'aniline (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, janv.)

Pirocchi (T.). L'azione degli ipnotici associati ai diuretici sulla funzione renale. (*Policlinico*, 1er janv.)

Prevost (J.-L.) et **Battelli** (F.). Quelques effets des décharges électriques sur le cœur des mammifères. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

Richter (P.). Experimentelles über den Aderlass bei Uraemie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12 fév.) — Recherches expérimentales sur les effets de la saignée dans l'urémie.

Rizzo (L.). Sulle conseguenze del versamento di urina nel peritoneo; ricerche sperimentali. (*Policlinico*, 15 janv.)

Rosenfeld (G.). Untersuchungen über Kohlenhydrate; erste Mitteilung. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 17 fév.) — Recherches sur l'assimilation des diverses substances hydro-carbonées [chez le chien et chez l'homme diabétique].

Scholz (E.). Ein Beitrag zur Frage über die Ursachen des Todes bei Verbrennungen und Verbrühungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 janv.) — Recherches expérimentales sur les causes de la mort consécutive aux brûlures.

MÉDECINE

Hoffmann (A.). Die paroxysmale Tachycardie (Anfälle von Herzjagen). In-8°, 215 p. Wiesbaden.

Hunter (W.). Further observations on pernicious anæmia (seven cases): a chronic infective disease; its relation to infection from the mouth and stomach; suggested serum treatment. (*Lancet*, 27 janv., 3 et 10 fév.) — Sept cas d'anémie pernicieuse due probablement à une infection d'origine gastro-intestinale.

Markwald (B.). Ueber ischämische Schmerzen; ein Beitrag zur Symptomatologie der Arteriosklerose. (*Zeitsch. f. prakt. Aerzte*, 10 fév.) — Des douleurs ischémiques.

Moussoir. Coup de chaleur et coup de soleil; étiologie, pathogénie, traitement. (*Arch. de méd. navale*, janv.)

Osler (W.). On splenic anæmia. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Pappenheim (A.). Ueber Lymphämie ohne Lymphdrüsenschwellung; casuistischer Beitrag zur Kenntnis der Leukämien. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 3-4.) — Deux cas de lymphémie sans tuméfactions glandulaires.

Patel. Sur un cas de goitre basedowifié. (*Province méd.*, 10 fév.)

Pawinski (J.). Le « self-help » de l'organisme dans certains cas d'angine de poitrine. (*Arch. gén. de méd.*, janv. et fév.)

Pick. Zur Diagnostik der Aortenerkrankungen. (*Prag. med. Wochensch.*, 1er et 8 fév.) — Du diagnostic des affections de l'aorte.

Potain. Du mouvement présystolique de la pointe du cœur. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, janv.)

MALADIES INFECTIEUSES

Pampoukis. Quelques observations sur la rage. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév.)

Salomon (H.). Ueber Hirndrucksymptome beim Typhus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 fév.) — Sur les symptômes de compression du cerveau dans la fièvre typhoïde.

Sanarelli (G.). Zur Lehre vom gelben Fieber. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 5 et 12 fév.) — Recherches bactériologiques sur la fièvre jaune.

Schmidt (P.). Zwei Fälle von Beri-Beri (Panneuritis endemica Bälz) an Bord eines deutschen Dampfers. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 fév.) — Deux cas de béribéri, observés à bord d'un vapeur allemand.

Sinding-Larsen. En husepidemi af difteri. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, fév.) — Une épidémie de diphtérie à l'hôpital maritime de Fredriksværn.

Stein (R.). Ueber die Structur des Parasiten der Malaria tertiana. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLIX, 2.)

Stembo (L.). Ueber die diagnostische und prognostische Bedeutung der secundären Lymphdrüsenschwellung bei Scharlach. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 mai.) — Des adénopathies tardives de la scarlatine et de leur signification au point de vue du diagnostic et du pronostic.

Tunzelmann (E. von). Non-malarial, remittent, and other fevers; and the thallophyte blood parasite associated with them. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, fév.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Heveroch (A.). Jak vyloziti vznik bludu? (*Casópis lékaru ceskych*, 27 janv. et 3 fév.) — Comment expliquer l'origine du délire?

Hinshelwood (J.). Letter -, word - and mind-blindness. In-8°, 88 p. Londres. — Cécité verbale complète et cécité psychique.

Kapper (J.). Beitrag zur Klinik der Landry'schen Paralyse mit besonderer Berücksichtigung ihrer Bacteriologie und Histologie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 fév.) — Recherches cliniques, histologiques et bactériologiques sur la paralysie de Landry.

Krewer (L.). Des paralysies spinales transitoires (en russe). (*Vratch*, 22 et 29 janv.)

Ladame (P.) et **Monakov** (C. von). Anévrysme de l'artère vertébrale gauche; autopsie. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Magnus (V.). Et tilfælde af tab af muskelsansen, begrænset til höire haand. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars.) — Anesthésie des muscles de la main droite.

Marguliés (A.). Ueber das sogenannte Bell'sche Phänomen bei centraler Facialislähmung. (*Wien. med. Wochensch.*, 27 janv. et 3 fév.) — Sur le phénomène dit de Bell dans la paralysie du facial d'origine centrale.

Marie (P.) et **Couvelaire** (A.). Neurofibromatose généralisée; autopsie. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

McCarthy (D.). Narcolepsy; a contribution to the pathology of sleep. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Mendelssohn. Recherches sur les variations de l'état électrique des muscles chez l'homme sain et malade. (*Arch. d'électricité méd.*, 15 janv.)

Nicol (B.). Cutaneous hæmorrhage and pigmentation in a case of exophthalmic goitre. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, fév.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Fabry (J.). Ueber das Vorkommen der Tuberculosis verrucosa cutis (Riehl und Paltauf) bei Arbeitern in Kohlenbergwerken. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LI, 1.) — Sur la tuberculose verruqueuse de la peau chez les mineurs.

Hall-Edwards (J.). On the physiological and therapeutic effects of the Röntgen rays: the treatment of lupus. (*Edinburgh Med. Journ.*, fév.)

Nazarov (G.). Un cas de pemphigus foliacé de Cazenave (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, fév.)

Okamura (T.). Ueber Blutbefunde bei Xeroderma pigmentosum. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LI, 1.) — Recherches hématologiques dans trois cas de xeroderma pigmentosum.

Philippson (L.). Ueber Embolie und Metastase in der Haut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LI, 1.) — Des embolies et des métastases cutanées.

Profilassi della sifilide e delle malattie veneree nel 1898 (relazione presentata al consiglio superiore di sanità pubblica). In-4°, 62 p. avec cartes et graphiques. Rome.

Tarnovsky (V.). La curabilité de la syphilis (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, janv.)

Török (L.). La discussion sur l'origine parasitaire de l'eczéma. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, fév.)

Unna (P.). Gynokardseife gegen Lepra. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er fév.) — Le savon comme excipient pour pilules à base d'acide gynocardique contre la lèpre.

Wälsch (L.). Ueber das Lymphangioma cutis cysticum circumscriptum. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LI, 1.)

Wermann (E.). Ueber luetische Struma. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 fév.)

PARASITOLOGIE

Blumer (G.) et **Neuman** (L.). Report of a family outbreak of trichinosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.) — Sur une infection familiale par les trichines.

Herman. La prophylaxie de l'ankylostomiase. (*Scalpel*, 25 mars.)

Mouratov (V.). Un cas d'échinocoques de l'oreille et du cerveau avec hémiatrophie de la face (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i bakteriol.*, fév.)

Ruhräh (J.). Actinomycosis in man, with special reference to the cases which have been observed in America. (*Ann. of Surgery*, oct., nov., déc. 1899 et fév.) — De l'actinomycose chez l'homme.

Vedeler (B.). Kræftparasit. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, fév.) — Sur le parasite du cancer.

CHIRURGIE

Hanszel (F.). Ueber Speichelsteinbildung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 fév.) — De la formation des calculs salivaires.

Kalmus (E.). Zur operativen Behandlung des Caput obstipum spasticum (Torticollis spasmodicus). (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 1.) — Du traitement opératoire du torticolis spasmodique.

Kehr (H.). Die Verwendung der Gelatine zur Stillung cholaemischer Blutungen nach Operationen am Gallensystem nebst Bemerkungen über Poppert's wasserdichte Drainage der Gallenblase. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 et 13 fév.) — De l'emploi de la gélatine contre les hémorrhagies cholémiques consécutives aux interventions opératoires et du drainage hermétique de la vésicule biliaire d'après la méthode de Poppert.

König (F.). Ueber gleichzeitige Schussverletzung von Brust- und Bauchhöhle. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8, 15, 22 et 29 janv.) — Des plaies pénétrantes par armes à feu, intéressant simultanément le thorax et l'abdomen.

Krecke. Ueber Skoliosis ischiadica. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 fév.)

Kukula. O rozsáhlych resekcích streva. (*Sborník kliniky*, I, 5.) — Des résections étendues de l'intestin.

Küttner (H.). Ueber das Peniscarcinom und seine Verbreitung auf dem Lymphwege. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 1.) — Le cancer de la verge et son extension par la voie des lymphatiques.

Lindner (H.). Zur Chirurgie des Magencarcinoms. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 29 janv.) — Traitement chirurgical du cancer de l'estomac.

Littlewood (H.). Some complications following on injuries about the elbow-joint and their treatment. (*Lancet*, 3 fév.) — De quelques complications consécutives aux traumatismes de la région du coude, et de leur traitement.

Llobet (A.). Splénectomie totale dans un cas de déplacement et d'hypertrophie de la rate avec cancer primitif du pédicule. (*Rev. de chir.*, fév.)

Löwenstein (S.). Ueber die mikrocephalische Idiotie und ihre chirurgische Behandlung nach Lannelongue. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 1.) — L'idiotie microcéphalique et son traitement chirurgical d'après la méthode de Lannelongue.

Lucke (R.). Zur Technik der Gastrostomie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 25 janv.)

Malthe (A.). Operationer ved tuberculosis ileocoecalis. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars.)

Marwedel (G.). Jahresbericht der Heidelberger chirurgischen Klinik für das Jahr 1898. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, supplém.)

Merkens (W.). Ueber die Anwendung des Murphyknopfes bei der Gastroenterostomie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 3-4.) — De l'emploi du bouton de Murphy dans la gastro-entérostomie.

Minervini (R.) et **Rolando** (S.). Caso di « retentio testis inguinalis » bilaterale. (*Morgagni*, janv.)

Patteson (R.). On suture of fractured patella by an improved method. (*Brit. Med. Journ.*, 3 fév.)

Pergens (E.). Contribution à la connaissance des tumeurs malignes de l'orbite. (*Ann. d'oculist.*, fév.)

UROLOGIE

Bottini (E.). L'iscuria prostatica. In-8°, 215 p. avec fig. Florence.

Carbonell y Solés (F.). Estudio de la cistitis tuberculosa; concepto clínico y tratamiento de la misma. In-8°, 92 p. Barcelone.

Ceccherelli. Sulla nefrorrafia nel rene mobile. (*Rendiconti dell'Assoc. med.-chir. di Parma*, janv.)

Delagrammatica (H.). Deux cas de cystorrhaphie totale après la taille hypogastrique, pour calculs compliqués de cystite. (*Grèce médicale*, janv.)

Fenwick (E.). Renal papillectomy: a contribution to the study of painless unilateral renal hæmaturia in the young adult. (*Brit. Med. Journ.*, 3 fév.) — Deux cas de papillectomie rénale pour hématurie indolore provenant d'un seul rein chez l'adulte.

Freudenberg (A.). Neue Mitteilungen zur galvanokaustischen Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie per vias naturales (Bottini'sche Operation). (*Deutsche Med.-Ztg.*, 1er, 4, 8, 11, 15 et 18 janv.)

OPHTALMOLOGIE

Damiens. Du fond de l'œil normal dans la race noire et de l'examen à l'ophtalmoscope (image renversée). (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Koster (W.). Een eigenaardig geval van aangeboren hemeralopie. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 31 mars.)

López (E.). Ambliopía por desnutrición. (*Arch. de la Policlínica de la Habana*, 28 janv.)

Maslevnikov (I.). Un cas d'opacification rapide d'un cristallin transparent au cours d'un accès d'hystérie (en russe). (*Vratch*, 29 janv. et 5 fév.)

Rogman. Sur les tumeurs de la glande lacrymale. (*Ann. d'oculist.*, fév.)

Rollet (E.). La tumeur prélacrymale. (*Lyon méd.*, 4 fév.)

Steiger (A.). Untersuchungen über Sehschärfe und Treffsicherheit. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 janv. et 1er fév.) — Recherches sur l'acuité visuelle dans ses rapports avec l'habileté au tir.

Stöltzing (W.). Ein Beitrag zur Aetiologie und Therapie der Episcleritis periodica fugax. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 fév.)

Truc (H.). Quelques graves complications lacrymales : phlegmons orbitaires, atrophies optiques, panophtalmies, méningites. (*Ann. d'oculist.*, fév.)

Zélenkovsky (Y.). Structure et origine du gliome de la rétine (en russe). (*Vratch*, 29 janv.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Gottschalk. Heisse Bäderbehandlung zur Bekämpfung der klimakterischen Wallungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 juin.) — Traitement des phénomènes fluxionnaires de la ménopause par les bains chauds.

Kentmann. Tetanus puerperalis. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.)

Kynoch (J.). Vaginal cœliotomy. (*Edinburgh Med. Journ.*, fév.)

Lambret. Le prolapsus génital chez les nullipares. (*Echo méd. du Nord*, 4 fév.)

Langhans (W.). Ueber den fibrinösen Placentarpolypen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.)

Limnell (A.). Ueber zwei Fälle von Fibrosarkom in dem Ligamentum latum. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.)

Lindenthal (O.). Beitrag zur Therapie der Extrauteringravidität. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.)

Linguen (L.). Pelviperitonitis purulenta (en russe). (*Journ. akouch. i jénsk. boliézn.*, janv.)

Marie (T.) et **Cluzet** (J.). Pelvimétrie radiographique. (*Arch. d'électricité méd.*, fév.)

Mirabeau (S.). Beitrag zur Lehre von der foetalen Cystenniere. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Recherches sur le rein kystique chez le fœtus.

Monchy (M. de). Over de prophylaxis van stuitliggingen bij de baring. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 3 fév.)

Neugebauer (F.). Une nouvelle série de 29 observations d'erreur de sexe. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, janv.-fév.)

Neumann (J.) et **Ehrenfest** (H.). Ein neue Methode der inneren Beckenmessung an der lebenden Frau. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Sur une nouvelle méthode de mensuration du bassin chez la femme vivante.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Heymann (P.). Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. T. III, Fasc. 11, 12 et 13. In-8°, p. 961-1260, avec fig. Vienne. A. Hölder.

Huth (A.). Consanguineous marriage and deafmutism. (*Lancet*, 10 fév.) — Recherches statistiques sur les mariages consanguins comme cause de surdi-mutité.

Lannois. Les affections de l'oreille chez les diabétiques. (*Lyon méd.*, 25 fév.)

Reale (A.). Su di un papilloma della regione vestibolare del naso avente i caratteri del condiloma acuminato e prodotto, probabilmente, da auto-contagio. (*Arch. ital. di laringol.*, XX, 2.)

Rohrer (F.). Ueber die Bildungsanomalien der Ohrmuschel in Beziehung zu den mathematischen und physikalischen Bedingungen der Faltung des äusseren Ohres. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXVI, 3.) — Les anomalies de développement du pavillon de l'oreille dans leurs rapports avec le plissement de l'oreille externe.

Schmidt (C.). Ueber primäre Otitis externa vom klinischen Standpunkt aus. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXVI, 3.) — Considérations cliniques sur l'otite externe primitive.

Sörensen. Om angina phlegmonosa. (*Hospitalstidende*, 31 janv.)

Struycken (H. J.). Plastiek bij de operatie volgens Stacke. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 10 fév.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Buchholz (J.). Et stort aneurisma aortæ abdominalis i epigastriet, helbredet under indvendig brug af gelatina alba. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, fév.) — Anévrysme volumineux de l'aorte abdominale guéri par l'usage interne de la gélatine.

Campanella (G.). L'allume nella colica saturnina. (*Gazz. degli Osped.*, 4 mars.)

Fränkel (F.). Die Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 5-6.) — Traitement de la tuberculose par l'acide cinnamique.

Gallenga (P.). Soluzioni concentrate o diluite di chinino? (*Supplem. al Policlinico*, 24 fév.)

Gouzien (P.). Note sur l'emploi de l'ahouandémé (cassia occidentalis L.) et des injections hypodermiques massives de sérum artificiel dans le traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Kussmaul (A.). Ueber lange fortgesetzte Anwendung kleiner Digitalisgaben. (*Therapie der Gegenwart*, janv. et fév.) — Sur l'usage prolongé de la digitale à petites doses.

20e ANNÉE. — N° 26. Vingt centimes le numéro. 20 JUIN 1900.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)....... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)....... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Calmette, professeur de bactériologie et de thérapeutique expérimentale, est nommé professeur d'hygiène et de bactériologie.

M. le docteur Deroide, agrégé, est nommé professeur de pharmacie.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Bosc, agrégé, est nommé professeur d'anatomie pathologique.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Alessandro Codivilla, privatdocent à la Faculté de médecine de Turin, est nommé privatdocent de chirurgie et de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Cagliari. — M. le docteur Luigi Roncoroni, privatdocent de psychiatrie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine d'Iéna. — M. le docteur Hartmann est nommé privatdocent de chirurgie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Cadet de Gassicourt, membre de l'Académie de médecine et médecin honoraire des hôpitaux de Paris. — M. le docteur W. Kühne, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Heidelberg. — M. le docteur K. G. Lange, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Copenhague. — M. le docteur G. E. Williamson, professeur adjoint de chirurgie à Durham University College of Medicine de Newcastle-on-Tyne. — M. le docteur Fessenden Nott Otis, ancien professeur des maladies des voies génito-urinaires au College of Physicians and Surgeons de New-York.

HYGIÈNE PUBLIQUE

La loi allemande sur la prophylaxie des maladies contagieuses.

Comme nous le disions il y a deux mois, en fait de lois allemandes se rapportant à la médecine ou à l'hygiène publique, il n'en existe guère que deux, l'une sur la vaccination et l'autre sur la falsification des denrées alimentaires, bien que la Constitution porte que la prophylaxie des maladies épidémiques est du ressort de l'empire. Il faut noter, toutefois, qu'en Allemagne, comme en France et dans d'autres pays, les animaux ont été privilégiés, puisqu'une loi impériale sur les épizooties a été promulguée il y a déjà vingt ans. Finalement, on s'est décidé à protéger aussi les hommes et un projet de loi sur les épidémies a été présenté au Parlement, pour que désormais la réglementation un peu disparate des divers Etats confédérés soit unifiée dans tout l'empire.

Ce projet est venu en discussion ces temps derniers et, après deux longues délibérations, il a été voté à l'unanimité en troisième lecture le 12 juin. Il vise exclusivement la lèpre, le choléra, le typhus pétéchial, la fièvre jaune, la peste bubonique et la variole; mais le Conseil fédéral pourra, s'il le juge nécessaire, y comprendre d'autres maladies transmissibles. Et, fait à noter, la nouvelle loi n'abroge pas les dispositions législatives en vigueur dans les différents Etats confédérés pour ce qui concerne des affections contagieuses autres que celles qui sont ci-dessus indiquées. Ce ne sont pas seulement les cas avérés de maladie ou de décès dus à la lèpre, au choléra, au typhus, à la fièvre jaune, à la peste et à la variole qui doivent être déclarés, mais encore les cas suspects. Le médecin ne peut donc pas se retrancher ici, comme en France, derrière un diagnostic encore imprécis. Il va sans dire que l'homme de l'art est tenu, en première ligne et sous peine d'amende, de faire la déclaration à la police; toutefois, il n'est pas punissable lorsque la déclaration est faite par une quelconque des personnes qui y sont également astreintes à son défaut (chef de famille, garde-malade, propriétaire de la maison, individu ayant constaté la mort). Mais ce n'est pas tout : quand les médecins-fonctionnaires spécialement nommés par l'Etat sont empêchés de faire leur service ou lorsqu'il y a urgence, les médecins civils sont tenus de remplir les fonctions dévolues par la nouvelle loi aux médecins-fonctionnaires. C'est là une charge qui, en temps de grande épidémie, pourrait présenter quelques inconvénients pour le praticien.

Le but principal du législateur n'est pas seulement la déclaration obligatoire; où l'on veut en arriver, c'est à l'isolement obligatoire de toute personne atteinte ou suspecte d'une des affections énumérées, et cet isolement est imposé par l'article 14. Si l'on ne prend pas les dispositions exigées dans ce but par la police, celle-ci peut ordonner le transfert du malade dans un hôpital ou dans un local approprié, quand le médecin-fonctionnaire juge la chose indispensable et sans danger pour le patient et — ceci a été ajouté en seconde lecture — à la condition que le médecin traitant y consente. Lorsque le médecin-fonctionnaire reconnaît l'isolement irréalisable, le malade doit être transporté à l'hôpital et placé dans une salle spéciale. Enfin, les appartements ou les maisons dans lesquels se trouvent des contagieux peuvent être signalés au public et même évacués par les habitants, et les gardes-malades être privées plus ou moins de tout contact avec la population.

Comme corollaire, la désinfection est pour ainsi dire obligatoire, et des peines sévères allant jusqu'à deux ans de prison sont édictées contre ceux qui sciemment se serviront ou remettront à des tiers des effets (vêtements, linge de corps, matelas, etc.) ou des objets mobiliers ayant été utilisés par ou pour un malade atteint de lèpre, de choléra, de typhus, de fièvre jaune, de peste ou de variole, avant qu'ils aient été désinfectés. Il en est de même pour tout ce qui a servi à transporter les malades ou les morts. Mais au cas où les objets désinfectés subiraient de ce fait une détérioration qui les mettrait hors d'usage, il sera accordé une indemnité.

Il va sans dire que la nouvelle loi vise l'importation par voie de terre ou par voie de mer des maladies sus-indiquées, mais ici les prescriptions ne diffèrent guère de ce qu'elles sont ailleurs; il n'y a donc pas lieu de s'y arrêter.

Il est plus important de signaler une création nouvelle pour l'Allemagne, à l'instar de ce qui existe déjà dans beaucoup de pays étrangers. Un Conseil de santé impérial, dont les membres seront nommés par le Conseil fédéral, siégera auprès de l'Office sanitaire impérial qui, lui, devra être immédiatement informé par les Etats confédérés de tous les cas des six maladies contagieuses en question qui se produisent sur toute l'étendue de l'empire, et sera tenu au courant de la marche de l'épidémie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE PARIS

Ader. Etat actuel du traitement médicamenteux de la tuberculose pulmonaire.

Angeli (P.). Contribution à l'étude des rash scarlatiniformes de la fièvre typhoïde.

Bartoli (P.-A.). De l'hémothorax consécutif aux plaies pénétrantes de poitrine (recherches expérimentales; étude clinique et thérapeutique).

Baup (F.). Les amygdales, porte d'entrée de la tuberculose.

Béra (E.). Complications post-opératoires immédiates et éloignées de l'appendicite; conséquences thérapeutiques.

Bernard (L.). Les fonctions du rein dans les néphrites chroniques.

Bouvet (G.). Les adénopathies tuberculeuses chirurgicales (étude pathogénique, et quelques points de diagnostic.)

Claisse (A.). Recherches sur le développement des fibromyomes et des adénomyomes de l'utérus.

Collet (L.). Quelques recherches sur l'acide cacodylique dans la tuberculose.

Decloux (L.-E.). Etude sur les polypes dermoïdes du pharynx.

Dumont (L.). La tuberculose testiculaire est-elle locale?

Eloy (Ch.). Des progrès du traitement chirurgical de l'invagination intestinale depuis 1895.

Gauthier (L.-V.). Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement des érysipèles spontanés de la face à répétition.

Gibert (P.). Des suppurations tardives dans la cure radicale des hernies inguinales.

Giboteau (G.). Luxations costo-vertébrales et chondro-sternales en dehors par arrachement direct d'origine traumatique et fractures de côtes de même nature.

Gleize (P.). Contribution à l'étude du traitement de l'avortement.

Goislard (G.). Contribution à l'étude des ictères d'origine infectieuse chez le nouveau-né.

Grosjean (S.-P.). Traitement des rétentions placentaires consécutives à l'avortement par le tamponnement intra-utérin.

Hardy (L.). Des tumeurs du prépuce (étude clinique et thérapeutique).

Herbet (H.). Le sympathique cervical (étude anatomique et chirurgicale).

Iribarne. Contribution à l'étude des exostoses ostéogéniques.

Kuhn (R.). Le pied forcé.

Labroy (A.). De la rétention dans les cystites.

Lecœur (A.). De l'oxalurie physiologique et pathologique (étude historique, expérimentale et clinique).

Pipet (A.). Tuberculose et fièvre typhoïde.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Putnam (J.). A case of « family periodic paralysis ». (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Romano (A.). Le allucinazioni veridiche nella genesi della frenosi sensoriale. In-8°, 7 p. Naples.

Rothmann (M.). Die sacrolumbale « Kleinhirnseitenstrangbahn »; Ausschaltung der grauen Substanz des Lumbosacralmarks durch Anämie beim Hunde. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er et 15 janv.) — Le faisceau cérébelleux latéral de la région sacro-lombaire.

Saladrigas (E.). Parálisis atrófica escapulohumeral (tipo Duchenne-Erb). (*Arch. de la Policlinica de la Habana*, 25 fév.)

Scheiber (S.). Ueber einen Fall von durch Spleniuskrampf bedingtem Torticollis rheumaticus, nebst Beitrag zur Lehre von den verschiedenen Contracturformen. (*Wien. med. Wochensch.*, 3 et 10 fév.) — Sur un cas de torticolis rhumatismal par suite de spasme du muscle splénius.

Sérieux (P.) et **Farnarier** (F.). Recherches statistiques sur l'étiologie de la paralysie générale. (*Rev. de méd.*, fév.)

Sollier (P.). De la localisation cérébrale des troubles hystériques. (*Rev. neurol.*, 15 fév.)

Spiller (W.). The relation of migraine to epilepsy, with report of illustrative cases. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Stevens (E.). Facial spasm and its relation to errors of refraction. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Thulié (H.). Le dressage des jeunes dégénérés ou orthophrénopédie. In-8°, 676 p. avec fig. F. Alcan.

Trénel. Une maladie familiale à symptômes cérébraux et médullaires; troubles psychiques périodiques, démence, parésie spasmodique. (*Rev. neurol.*, 15 janv.)

Van Gehuchten (A.). Contribution à l'étude clinique des aphasies. (*Journ. de neurol.*, 5 fév.)

Wertheim Salomonson (J. K.). Hysterische heuphouding met scoliose. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 3 fév.)

CHIRURGIE

Piccoli (E.). Zur Radicalbehandlung der Nabelhernien. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 13 janv.) — Une méthode de cure radicale de la hernie ombilicale.

Piollet (P.). Tumeur congénitale de la région lombaire. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Plattner (R.). Ein Fall von Aneurysma der Arteria brachialis, geheilt durch Exstirpation des Sackes. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 1.) — Guérison d'un anévrysme de l'humérale par l'extirpation du sac.

Rebreyend (P.). Dangers et accidents de l'hémostase incomplète dans les petites opérations péritonéales. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, janv.-fév.)

Rotgans. Over de indicatiën tot de operatieve behandeling der cholelithiasis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 10 fév.)

Sapiejko (K.). Un nouveau procédé de cure radicale des grandes hernies ombilicales avec diastase des muscles grands droits. (*Rev. de chir.*, fév.)

Schmidt (M.) et **Delbanco** (E.). Axillares Neurom des Plexus brachialis; Operationsbericht und chirurgische Besprechung; histologische Untersuchung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 3-4.) — Un cas de névrome axillaire du plexus brachial; opération et examen histologique.

Schnitzler (J.). Ueber Epiploitis im Anschluss an Operationen. (*Wien. klin. Rundschau*, 7, 14 et 21 janv.)

Schuchardt (K.). Osteom der oberen Orbitalwand mit Erhaltung des Bulbus entfernt. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 3-4.) — Extirpation, avec conservation du globe oculaire, d'un ostéome de la paroi supérieure de l'orbite.

Segàle (G. B.). Resezione intestinale (entero anastomosi) in estirpazione di tumore del mesenterio e in ernia entero epiploica gangrenata. In-8°, 9 p. avec fig. Savona.

Sonnenburg. Die Behandlung der umschriebenen Abscesse der Peritonealhöhle. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er fév.) — Le traitement des abcès localisé de la cavité péritonéale.

Tauber (A.). Vir effeminatus (en russe). (*Vratch*, 1er janv.)

Vitaliani-Polastri (A.). Dell'astragaloectomia. (*Gazz. med. lombarda*, 21 janv.)

Wagner. Zur Kasuistik der Pankreas- und abdominellen Fettgewebsnekrose. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 1.) — Cinq cas de nécrose du pancréas et du tissu graisseux de l'abdomen.

Weir (R.). On the treatment of the sliding hernias of the cæcum and sigmoid flexure. (*Med. Record*, 24 fév.) — Traitement des hernies par glissement du cæcum et de l'S iliaque.

Winge (G.). Et tilfælde af nefrektomi ved hæmaturi efter trauma, med manglende patologisk-anatomisk fund. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars.)

Wolff (J.). Zur Behandlung der stricturirenden Mastdarmverschwärung; zugleich ein Beitrag zur Mastdarmplastik. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 et 15 fév.) — La cure autoplastique de la sténose du rectum d'origine ulcéreuse.

Zanardi (U.). Contributo allo studio dei corpi articolari liberi di dubbia origine traumatica pura. (*Morgagni*, janv.)

UROLOGIE

Gerhardt (C.). Blaublindheit bei Schrumpfniere. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 janv.) — Cécité pour le bleu dans la néphrite interstitielle.

Guépin (A.). L'hypertrophie sénile de la prostate. In-8°, 154 p. Vigot frères.

Jackson (T.). A contribution to the treatment of hypertrophied prostate by vasectomy. (*Edinburgh Med. Journ.*, fév.)

Köhler (F.). Stickstoffausscheidung und Diaphorese bei Nierenkranken. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXV, 5-6.) — L'élimination de l'azote et la fonction sudorale dans les affections rénales.

Peyer (A.). Harnverhaltung. (*Wien. med. Presse*, 28 janv. et 4 fév.) — Des diverses formes de rétention d'urine.

Pouly. Poche urineuse chez l'homme. (*Lyon méd.*, 4 fév.)

Pousson (A.). De l'intervention chirurgicale dans certaines variétés de néphrites médicales. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 14, 21 et 28 janv.)

Settimi (A.). Della pietra vescicale. (*Gazz. med. lombarda*, 27 nov., 4, 11, 18, 25 déc. 1899 et 1er janv.)

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Peters (H.). Ovariotomie per anum. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er fév.)

Pick (L.). Ueber die epithelialen Keime der Adenomyome des Uterus und ihre histologische Differentialdiagnose. (*Arch. f. Gynäkol.*, LX, 1.) — Des germes épithéliaux des adénomyomes de l'utérus et de leur diagnostic différentiel au moyen de l'examen histologique.

Ponfick (W.). Zur Anatomie der Placenta prævia. (*Arch. f. Gynäkol.*, LX, 1.)

Schmidt (H.). Bericht über die an der Klinik Schauta ausgeführten peritonealen Prolapsoperationen mit besonderer Berücksichtigung der Dauerresultate. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Résultats définitifs des opérations pour prolapsus de l'utérus, d'après la méthode intrapéritonéale, pratiquées à la clinique de Schauta.

Simon (S.). Ein neues Hysterophor. (*Therap. Monatsh.*, fév.)

Skorscheban (L.). 44 Fälle künstlicher Frühgeburt und deren Enderfolge. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Résultats définitifs de 44 accouchements provoqués.

Tceitline. Un cas de fonctionnement prolongé des glandes mammaires (en russe). (*Journ. akouch. i jensk. boliézn.*, janv.)

Temesváry (R.). Volksbräuche und Aberglauben in der Geburtshilfe und der Pflege des Neugeborenen in Ungarn; ethnographische Studien. In-8°, 146 p. avec fig. Leipzig. L. Fernau. — Coutumes et superstitions en ce qui concerne les accouchements et les nouveau-nés en Hongrie.

Tomson (G.). Traitement chirurgical du cancer de l'utérus (en russe). (*Journ. akouch. i jénsk. boliézn.*, janv.)

Vassmer (W.). Ueber einen Fall von Persistenz der Gartner'schen Gänge in Uterus und Scheide mit cystischer Erweiterung des in der linken Vaginalwand verlaufenden Abschnittes des Gartner'schen Ganges. (*Arch. f. Gynäkol.*, LX, 1.) — Sur un cas de persistance des conduits de Gartner dans l'utérus et le vagin avec dilatation kystique de la portion du conduit de Gartner située dans la paroi vaginale gauche.

Vidal (E.). Technique et résultats de quelques opérations conservatrices des annexes de l'utérus. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, janv.-fév.)

Waldstein (E.). Ueber periphere Tubensäcke und ihre Bedeutung für die Aetiologie der Tubo-Ovarialcysten. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Des culs-de-sac périphériques de la trompe et de leur rôle dans l'étiologie des kystes tubo-ovariens.

Wertheim (E.). Beiträge zur Ureterenchirurgie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.)

PÉDIATRIE

Nicolaysen (L.). Hypertrofi og dilatation af colon hos spædbörn. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, mars.)

Ponticaccia (M.). Un caso di pertosse in neonato con esito in guarigione. (*Pediatria*, janv.)

Schödel (J.) et **Nauwerck** (C.). Untersuchungen über die Möller-Barlow'sche Krankheit. In-8°, 159 p. Iéna. Gustav Fischer.

Stöltzner (W.). Ueber Behandlung der Rachitis mit Nebennierensubstanz. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 1 et 2.) — Traitement du rachitisme par l'ingestion de capsules surrénales.

Terrien (E.). De la gastro-entérite des nourrissons; altérations hépatiques. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, janv. et fév.)

Thiemich (M.). Ueber Tetanie und tetanoïde Zustände im ersten Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk*, LI, 1 et 2.) — La tétanie et les états tétanoïdes dans la première enfance.

Vermehren (F.). Akut leukæmi hos et spædt barn. (*Hospitalstidende*, 28 mars et 4 avril.)

HYGIÈNE

Badaloni (G.). Le acque del Nilo e l'aria delle principali città dell'Egitto studiate in rapporto alla igiene. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, janv.)

Bär. Der Einfluss der Jahreszeit auf die Trunksucht. (*Hyg. Rundschau*, 5.) — Influence de la saison sur l'alcoolisme.

Fillassier (A.). De la détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène. In-8°, 435 p.

Gache (S.). Les logements ouvriers à Buénos-Ayres. In-8°, 190 p. avec fig.

Martel (P.). Formulaire élémentaire d'analyses des substances alimentaires, boissons et produits divers employés dans les hôpitaux. In-8°, 212 p. Constantine.

Salterain (J. de). La mortalidad por tuberculosis pulmonar en el Uruguay desde 1890 á 1897 inclusive. In-8°, 45 p. Montévidéo.

Yabé (T.). Disparition du kakké (béribéri) dans la marine japonaise. (*Arch. de méd. navale*, janv.)

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Brieger. Weitere Untersuchungen über Pfeilgifte. (*Deutsche med. Wochensch.*, 18 janv.) — Nouvelles recherches sur les poisons des flèches.

Cheinisse (L.). La réforme de l'expertise médicolégale en France (en russe). (*Journ. minister. justic.*, janv.)

Johannessen (A.). Ueber Laugevergiftung bei Kindern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 2.) — De l'empoisonnement par les alcalis caustiques chez les enfants.

Legendre (A.) et **Labesse** (P.). Un cas d'empoisonnement par une variété de champignons roses. (*Anjou méd.*, janv.)

Model (A.). Schwerste Opiumvergiftung eines atrophischen Kindes von 10 Wochen; zehnstündige Faradisation des Phrenicus; Heilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 30 janv.) — Intoxication grave par l'opium d'un enfant athrepsiqué âgé de dix semaines, guérie par la faradisation du nerf phrénique pendant dix heures.

Vibert (C.). Précis de médecine légale. 5e éd. In-8°, 917 p. avec fig.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Kreidmann. Pflanzliche Antitoxine zur Behandlung der Krankheiten des Menschen. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 28 fév., 3 et 7 mars.) — De l'usage thérapeutique d'antitoxines d'origine végétale.

Lasnet. Notes sur la pharmacopée des Sakalaves du Nord-Ouest. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Makavéiev (I.). De la photothérapie (en russe). (*Vratch*, 19 fév.)

Pensuti (V.). Su alcune nuove indicazioni delle iniezioni di gelatina, e sopra una nuova formula per applicarle. (*Gazz. degli Osped.*, 4 mars.)

Senni (G.). Un caso di morbo di Werlhof guarito colle iniezioni sottocutanee di gelatina. (*Gazz. degli Osped.*, 4 fév.)

ÉLECTROTHÉRAPIE

Dommer (F.). Urethrale Faradisationselectroden. (*Wien. med. Wochensch.*, 20 janv.)

Reed (B.). Direct electrization of the stomach, especially by high-tension faradic currents. (*Philadelphia Med. Journ.*, 3 fév.) — Electrisation directe de l'estomac par des courants faradiques de haute tension.

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Glax (J.). Lehrbuch der Balneotherapie. II. Band: Spezielle Balneotherapie. In-8°, 622 p. Stuttgart.

Morice. Mémentos de médecine thermale à l'usage des praticiens. 1re série: stations hydro-minérales de la France. In-8°, 242 p. A. Maloine.

Murat (L.). Etude clinique sur les contre-indications de la cure d'altitude. (*Arch. gén. de méd.*, fév.)

BACTÉRIOLOGIE

Mankowski (A.). Ein Verfahren zum schnellen und leichten Unterscheiden von Culturen des Typhusbacillus vom Bacterium coli. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 6 janv.) — Un procédé de diagnostic différentiel rapide entre les cultures du bacille de la fièvre typhoïde et celles du colibacille.

Nakanishi (K.). Vorläufige Mitteilung über eine neue Färbungsmethode zur Darstellung des feineren Baues der Bacterien. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 fév.) — Sur un nouveau procédé de coloration pour l'étude de la structure intime des bactéries.

Reale (A.). Apparecchio speciale e metodo relativo per ottenere in coltura pura alcuni ifomiceti patogeni. (*Arte med.*, 1er janv.)

Sjöbring (N.). Ueber die Mikroorganismen in den Geschwülsten; zweite Mitteilung. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 5 fév.) — Des microbes au sein des tumeurs.

Stewart (C.). Experiments to determine the efficacy of the different constituents of Haffkine's plague prophylactic. (*Brit. Med. Journ.*, 3 mars.) — Expériences sur l'action des diverses parties constituantes du vaccin antipesteux de Haffkine.

Van Laer (H.). Recherches sur les bières à double face. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév.)

GÉNÉRALITÉS

Acta de la sesión pública inaugural que la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona celebró en 30 de Enero de 1900. In-8°, 87 p. Barcelone.

Miquel. Notes médicales sur l'expédition du Fouta-Djallon et sur le poste de Timbo (mars à décembre 1896). (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, janv.-fév.-mars.)

Nagao-Ariga. La Croix-Rouge en Extrême-Orient; exposé de l'organisation et du fonctionnement de la Société de la Croix-Rouge du Japon. In-4°, 150 p.

Thierry (H.). Les médecins sanitaires maritimes et les consuls français. (*Questions diplomat. et coloniales*, 15 fév.)

20e ANNÉE. — N° 27. Vingt centimes le numéro. 27 JUIN 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Carlo Orecchia, privatdocent à la Faculté de médecine de Turin, est nommé privatdocent de chirurgie et de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Alois Birnbacher, professeur extraordinaire d'ophtalmologie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Ernesto Tricomi, professeur à la Faculté de médecine de Padoue, est nommé professeur ordinaire de clinique chirurgicale et de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Strasbourg. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Funke (*obstétrique et gynécologie*); Landolt (*ophtalmologie*).

Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs M. B. Blumenau (*médecine interne*); G. P. Oleinikov (*bactériologie*).

Université d'Edimbourg. — M. le docteur Thomas M. Burn-Murdoch est nommé lecteur de pédiatrie.

University College de Londres. — M. le docteur F. T. Roberts, professeur de pathologie médicale, est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Sydney Ringer.

St. Bartholomew's Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur J. S. Edkins est nommé lecteur de physiologie.

Rush Medical College de Chicago. — M. le docteur Daniel R. Brower, professeur de thérapeutique et de matière médicale, est nommé professeur de neurologie et de psychiatrie.

M. le docteur William H. Welch, professeur à Johns Hopkins University de Baltimore, est nommé professeur de thérapeutique et de matière médicale.

NOUVELLES

FRANCE

Depuis que la loi sur les accidents dont les ouvriers sont victimes pendant le travail a été mise en vigueur, les tribunaux n'avaient pas encore eu à dire si la hernie qui se produit au cours des occupations professionnelles est un accident du travail. Une instance de cette nature ayant été engagée devant le tribunal civil de Nancy par un ouvrier qui avait été atteint d'une hernie inguinale au moment où il retournait une brouette pour la vider, les juges, se basant sur l'article relatif à la *hernie de force* publié dans ce journal par M. de Quervain (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 87-90) et adoptant, avec l'indication de la source, les idées émises par notre distingué collaborateur, ont décidé que la hernie dont le demandeur avait été atteint constituait un accident du travail tombant sous l'application de la loi du 9 avril 1898.

Puisque les Congrès internationaux de médecine sont devenus, comme nous l'avons maintes fois constaté, des réunions où les fêtes et les divertissements tiennent, sinon le premier rang, du moins une place très importante pour attirer les participants, il est bon de faire connaître que le Congrès de 1900 présentera, sous ce rapport, des avantages à nul autre pareils. Outre la grande attraction qu'offre l'Exposition universelle dont l'entrée sera gratuite pour les Congressistes, une série de fêtes seront données en l'honneur des membres du Congrès. En voici le détail :

Jeudi 2 août, jour de l'ouverture du Congrès, fête offerte, le soir, par M. le président du Conseil, au nom du gouvernement de la République;

Vendredi 3 août, fête, le soir, sur invitation, offerte par M. le président du Congrès;

Dimanche 5 août, réception des membres du Congrès, le soir, par M. le président de la République au palais de l'Elysée;

Mardi 7 août, grande fête, le soir, donnée par le Conseil municipal de Paris dans les salons de l'Hôtel-de-Ville;

Mercredi 8 août, fête, le soir, dans le palais du Sénat et le jardin du Luxembourg, offerte par le bureau et les comités d'organisation du Congrès.

Enfin, des fêtes particulières seront organisées dans la plupart des sections.

A toutes ces fêtes seront invitées les femmes, filles et sœurs des membres du Congrès.

Ajoutons qu'il s'est formé un Comité des dames, qui disposera, à la Faculté de médecine, d'une très belle salle où les dames congressistes pourront retirer leurs insignes, se réunir et trouver, auprès des dames membres du Comité, tous les renseignements qui leur seront utiles.

ALLEMAGNE

D'après un avis du chancelier de l'empire, le thermomètre Réaumur ne sera plus admis au contrôle officiel à partir du 1er janvier 1901. Par suite, le thermomètre centigrade sera seul employé en Allemagne.

ANGLETERRE

Depuis dix-huit mois on a introduit dans les troupes anglaises des Indes l'injection préventive contre la fièvre typhoïde d'un sérum préconisé par M. le docteur Wright, professeur à l'Ecole de médecine militaire de Netley, et au début de la guerre sud-africaine on a autorisé les officiers et les soldats à recourir, si bon leur semblait, à cette nouvelle méthode prophylactique. Plusieurs milliers d'hommes ont été ainsi inoculés; mais jusqu'ici les résultats ont été déplorables, tant au point de vue de la morbidité que de la mortalité.

D'après des renseignements fournis par M. Jameson, directeur général du service médical de l'armée anglaise, les officiers inoculés paraissent avoir contracté la fièvre typhoïde dans une proportion plus grande que leurs collègues non inoculés, et — ce qui est plus grave — le pourcentage de la mortalité est plus élevé parmi les premiers que chez les seconds. En ce qui concerne les soldats, la morbidité typhoïdique semble avoir été un peu moins grande pour les hommes inoculés que pour ceux qui ne l'ont pas été, mais ici encore le pourcentage de la mortalité par la fièvre typhoïde est, tout comme pour les officiers inoculés, supérieur à celui des hommes qui ne se sont pas soumis à la méthode préventive.

Ainsi donc, cette expérience faite sur une assez grande échelle montre que la méthode de M. Wright va à l'encontre du but que se proposait son auteur.

ITALIE

Depuis quelque temps on se préoccupe beaucoup en Italie de l'hygiène des églises et déjà quelques évêques ont adressé au clergé de leur diocèse des circulaires contenant des instructions pratiques pour le balayage et la désinfection au sublimé du parquet des édifices consacrés au culte et le lavage à l'eau bouillante des objets mobiliers à l'usage des fidèles ainsi que le nettoyage fréquent à l'eau bouillante ou au sublimé des bénitiers. Ces diverses opérations sanitaires doivent être faites au moins une fois par semaine et, en outre, après chaque cérémonie religieuse ayant donné lieu à une affluence de personnes.

On ne peut qu'applaudir à un pareil mouvement; mais ce n'est pas seulement en Italie que des instructions pastorales de cette nature devraient se produire, car si elles se généralisaient dans les diocèses des divers pays et si surtout elles étaient régulièrement appliquées, ce serait profit pour la santé publique.

PRUSSE

L'année dernière, dans un article sur la législation disciplinaire pour les médecins en Allemagne, nous avons signalé les dangers de la juridiction nouvelle et, en particulier, le mauvais côté de la loi prussienne (Voir *Semaine Médicale*, 1899, p. 202-203). Ce que nous avions prévu est fatalement arrivé.

Après l'adoption de la loi, le ministre des affaires médicales de Prusse a dressé un règlement en la matière, qui est venu dessiller les yeux des Chambres de médecins. Aux termes de l'article 15 de ce règlement, le président du tribunal disciplinaire de chaque province du royaume est tenu d'informer de toute peine prononcée contre un médecin le parquet dans le ressort duquel se trouve le domicile du médecin condamné par le tribunal disciplinaire. Le bureau des Chambres médicales s'est prononcé à l'unanimité, sauf une voix, pour la suppression de cet article, et le président du tribunal disciplinaire de la province de Brandebourg et de la ville de Berlin refusa, lors de la prestation de serment, de reconnaître l'article 15, ce qui obligea à ajourner cette formalité. Quelques présidents d'autres tribunaux disciplinaires suivirent l'exemple de leur collègue de Berlin et demandèrent aux préfets de leur province respective de remettre la prestation de serment après que l'affaire aurait été liquidée.

Dans une réunion de la Chambre médicale de la province de Brandebourg, tenue le 26 mai dernier, le représentant du gouvernement déclara que, en présence des protestations unanimes du Corps médical, il croyait que le ministre modifierait le texte de l'article visé, sans pouvoir faire connaître d'ores et déjà les changements qui y seraient apportés. A la suite de ces déclarations, la Chambre médicale autorisa son président à prêter serment sous réserve que l'article 15 serait supprimé, et décida d'adresser une pétition au ministre pour lui demander cette suppression.

La réponse ne s'est pas fait attendre. Dix jours après, le ministre a pris un arrêté qui modifie l'article 15 dans le sens que voici : Le président du tribunal disciplinaire est tenu d'informer de toute peine prononcée contre un médecin les présidents des Chambres médicales des autres provinces.

Ainsi donc, le Corps médical prussien a obtenu, non sans peine toutefois, entière et complète satisfaction. Ce que le gouvernement voulait avoir à sa disposition, c'était des listes de conduite des médecins de tout le royaume; il n'y a pas réussi. Mais ce qui vient de se passer en Prusse peut servir de leçon à ceux qui, dans d'autres pays, réclament un peu inconsidérément l'institution d'un Ordre des médecins.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE PARIS

Blanc (A.). Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale par brides.

Brémont (P.). De la dilatation aiguë de l'estomac.

Brunel (P.). L'otite sèche et son traitement chirurgical.

Butaud (J.). Contribution à l'étude clinique des imperforations ano-rectales avec anus normalement conformé.

Chesneau (D.). Tuberculose des capsules surrénales et insuffisance capsulaire.

Chouquet (L.). Enucléation du globe oculaire et opérations conservatrices (indications; valeur thérapeutique; résultats prothétiques).

Contal (M.). Contribution à l'étude médico-légale de l'empoisonnement par le datura stramonium.

Desbiez (Ch.). Le pneumothorax à soupape et son traitement.

Dieupart (L.). Etude clinique sur le traitement des accidents de la syphilis par les injections mercurielles (calomel, salicylate de mercure, huile bi-iodurée, sérum bichloruré de Chéron).

Dupont (C.). Traitement de la tuberculose du genou au début chez l'enfant.

Ecoffet (M.). Occlusion intestinale congénitale chez le nouveau-né.

Ferendinos (G.). Sur l'énucléation des fibromes utérins par voie abdominale.

Ganiayre (R.). Contribution à l'étude de l'intoxication saturnine considérée dans ses rapports avec la grossesse et l'hérédité.

Girard (J.). Syndrome infectieux tardif au cours de la scarlatine; érythèmes infectieux secondaires.

Glin (L.). Les troubles musculaires précoces au voisinage des foyers tuberculeux.

Gunsbourg (Mlle T.). Contribution à l'étude de l'hystérotomie médiane antérieure abdominale ou vaginale.

Kelle (G.). Du sommeil et de ses accidents en général et en particulier chez les épileptiques et chez les hystériques.

Lesueur (L.). Recherches sur la stomatite ulcéro-membraneuse, l'angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et spirilles et leur analogie.

Louart (A.-E.-F.). Le cancer du gros intestin (rectum excepté) dans la jeunesse.

Lugand. Assistance maritime au point de vue des secours médicaux et de la lutte contre l'alcoolisme.

Maruitte (E.-J.-A.). Paul Portal : sa vie; son œuvre.

Mazeyrie (J.-G.). Du traitement de l'ectopie testiculaire inguinale simple, type mobile.

Motchane (Mlle C.). Sur certaines formes des contractures dans l'athétose.

Motel (E.). Etude de la tuberculose de l'intestin grêle à forme hypertrophique.

Petit (Albert). D'une classe de délinquants irresponsables, intermédiaires aux aliénés et aux criminels (clinique, assistance, médecine légale).

Pinoche (H.). Le prurigo anesthésique des éthyliques (syndrome de Gastou).

Rebière (J.). Contribution à l'étude de la tuberculose dans ses relations avec la grossesse et les suites de couches.

Robine (A.). De l'iritis d'origine nasale.

Roger (R.). Le malade source de contagion dans la fièvre typhoïde.

Rosenstein (W.). Contribution à l'étude des relations entre la constitution chimique et l'action physiologique des dérivés alkylés des alcaloïdes.

Roy (L.). Infection d'origine auriculaire sans thrombo-phlébite sinusale.

Rumpelmayer (A.). Des injections rectales de sérum artificiel chez les enfants dans la débilité congénitale et acquise.

Saurain (N.). De la cure radicale de l'hypospadias balanique et de l'hypospadias pénien juxtabalanique.

Soularue (G.-M.). Recherches sur les dimensions des os et les proportions squelettiques de l'homme dans les différentes races.

State (J.). La forme douloureuse de l'acromégalie.

Tarkhaniants (M[lle] S.). Contribution à l'étude du foie dans la chlorose.

Vignaud (C.). L'appendicite dans ses rapports avec l'occlusion intestinale aiguë et chronique.

Vogt (M[me] C.). Etude sur la myélinisation des hémisphères cérébraux.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Beck (J.). Ueber den Sectionsbefund eines letal verlaufenen Falles von Aktinomykose des Mittelohres. (*Prag. med. Wochensch.*, 29 mars.) — Résultats de l'autopsie dans un cas d'actinomycose de l'oreille moyenne avec issue mortelle.

Belli (V.). Sulla comparsa dei globuli rossi colorabili a fresco col bleu di metilene nel sangue delle gravi anemie. (*Policlinico*, 1[er] fév.)

Broman (I.). Muskulöses Diaphragmadivertikel als wahrscheinliche Folge eines Lipoms. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, XXVII, 2.) — Diverticule musculaire du diaphragme, consécutif vraisemblablement à un lipome.

Friedemann (U.). Ueber die Veränderungen der kleinen Arterien bei Nieren-Erkrankungen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLIX, 3.) — Des lésions des petites artères dans les néphrites.

Gaucher (E.) et **Lacapère** (G.). Etude histologique du lymphangiome circonscrit, particulièrement de son contenu. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mars.)

Green (T. H.). Introduction to pathology and morbid anatomy. 9[e] éd. par H. M. Murray. In-8°, 608 p. avec fig. Londres.

Klaussner (F.). Ueber Missbildungen der menschlischen Gliedmassen und ihre Entstehungsweise. In-8°, VII-151 p. avec fig. Wiesbaden. — Les vices de conformation des membres chez l'homme et leur mode de production.

Muus (N. R.). De saakaldte embryonale blandingssvulster, et bidrag til nyrernes patologi. In-8°, 206 p. avec fig. Copenhague.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Czyhlarz (E. von) et **Donath** (J.). Ein Beitrag zur Lehre von der Entgiftung. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 31 mars.) — Recherches expérimentales sur les fonctions de désintoxication dans l'organisme.

Leclainche (E.) et **Vallée** (H.). Recherches expérimentales sur le charbon symptomatique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril.)

Stephens (J.). On the hæmolytic action of snake toxins and toxic sera. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, fév.) — De l'action hémolytique du poison de cobra et des sérums toxiques.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Dieudonné (A.). Schutzimpfung und Serotherapie; zusammenfassende Uebersicht über die Immunitätslehre. 2[e] éd. In-8°, VIII-192 p. Leipzig. — Inoculations préventives et sérothérapie; essai sur l'immunité.

Galeotti (G.). I sieri specifici e le ipotesi fisiologiche che ad essi si riferiscono. (*Sperimentale*, LIV, 1.)

Lucatello (L.). Sull'etiologia dell'ascesso epatico. (*Gazz. degli Osped.*, 25 fév.)

Verhandlungen der deutschen pathologischen Gesellschaft. 2. Tagung, gehalten in München vom 18. bis 22. September 1899. In-8°, 500 p. avec fig. Berlin.

MÉDECINE

Raimann (E.). Ueber alimentäre Glykosurie; erste Mitteilung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 fév.)

Rossander (Ch.). Encore quelques mots sur le traitement des cancroïdes sans extirpation. (*Rev. de chir.*, fév.)

Rozsa (F.). Carcinom der Cauda des Pancreas. (*Pest. med.-chir. Presse*, 11 fév.)

Rudolph. Zur Pathogenese der cyklischen Albuminurie. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 3 mars.)

Simon (Ch.). Cystinuria and its relation to diaminuria. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

Spivak (C.). Autoinsufflation of the stomach — a new method. (*Philadelphia Med. Journ.*, 3 fév.)

Strauss (J.). Untersuchungen über alimentäre, « spontane » und diabetische Glykosurieen unter besonderer Berücksichtigung des Kohlenhydratstoffwechsels der Fiebernden und der Potatoren. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 3-4.) — Recherches sur la glycosurie alimentaire « spontanée » et diabétique et sur les échanges des substances hydrocarbonées chez les fébricitants et les alcooliques.

Tobiesen (F.). Et tilfælde af proteusenteritis og bemærkninger om de akute enteriters ætiologi. (*Hospitalstidende*, 7 fév.)

Walsham (H.). Myoidema in pulmonary tuberculosis. (*Lancet*, 27 janv.)

Weinberger (M.) et **Weiss** (A.). Eine seltene Form von Aneurysma der Aorta thoracica descendens. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 fév.) — Une forme rare d'anévrysme de la branche descendante de la crosse de l'aorte.

MALADIES INFECTIEUSES

Cade (A.). Un cas de méningite cérébrale aiguë suivie de guérison. (*Province méd.*, 10 mars.)

Celli (A.). Die Malaria nach den neuesten Forschungen. (Trad. de l'italien par F. Kerschbaumer.) In-8°, IV-120 p. avec fig. Vienne.

D'Allocco (O.). Caso di meningite cerebro-spinale da bacterium coli commune; contributo alla etiologia delle meningiti acute. (*Riforma med.*, 14 fév.)

De Francesco (G.). Nota di epidemiologia e di terapeutica. (*Gazz. degli Osped.*, 11 mars.)

Dehio (K.). Septisches, maculo-papulöses Erythem im Anschluss an eine folliculäre Angina. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 4 mars.) — Erythème maculo-papuleux septique, consécutif à une amygdalite folliculaire.

Finlay (C. J.). Etiología de la infección hemogástrica en la fiebre amarilla. (*Anales de la Acad. de ciencias de la Habana*, janv.)

Gayet et **Varay** (F.). Un cas de staphylococcie avec épanchement pleural séro-fibrineux et localisations superficielles n'évoluant pas vers la suppuration. (*Province méd.*, 24 fév.)

Gradwohl (R.). A preliminary report on the etiology of scarlatina. (*Philadelphia Med. Journ.*, 24 mars.)

Hillier (A.). Tuberculosis; its nature, prevention and treatment, with special reference to open air treatment of phthisis. In-8°, 256 p. avec fig. Londres.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Antal (E.). Ueber das Westphal-Piltz'sche sogenannte paradoxe Pupillenphänomen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 fév.)

Babinski (J.). Diagnostic différentiel de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique. (*Gaz. des hôpitaux*, 5 et 8 mai.)

Bechterev (W. von). Ueber paradoxe Pupillenreaction und über pupillenverengernde Fasern im Gehirn. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVI, 3-4.) — De la réaction paradoxe des pupilles et des fibres cérébrales produisant la contraction pupillaire.

Benoit (F.) et **Bernard** (R.). Un cas de tympanisme abdominal d'origine hystérique. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Bikeles (G.). Degenerationsbefunde bei einem Falle von Myelitis acuta. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 fév.) — Foyers de dégénérescence médullaire dans un cas de myélite aiguë.

Brasch (F.). Das Verhalten der Reflexe nach hohen Querdurchtrennungen des Rückenmarkes beim Menschen. (*Fortsch. der Med.*, 14 fév.) — De l'état des réflexes à la suite de sections transverses à la partie supérieure de la moelle.

Brunet (D.). Guérison d'un cas d'épilepsie héréditaire, datant de cinquante ans, par une attaque d'hémiplégie. (*Arch. de neurol.*, mars.)

Dastre (A.). Le système nerveux; doctrines et théories récentes. (*Rev. des Deux Mondes*, 1[er] avril.)

De Buck (D.). Syndrome d'Erb. (*Journ. de neurol.*, 20 fév.)

Dufour (H.). D'une forme douloureuse de polynévrite tuberculeuse; du rôle important de la tuberculose en pathologie nerveuse. (*Rev. neurol.*, 15 fév.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Besmann (M.). Ein Fall von Pemphigus acutus non contagiosus. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 fév.)

Casarini (C.). Cura degli epiteliomi cutanei col metodo di Cerny-Trunecek. (*Riforma med.*, 20 et 21 fév.)

Castellan (A.). De la blennorrhagie rhumatismale et de son traitement alcalin. (*Arch. de méd. navale*, fév.)

Colombini (P.). Ueber das Verhalten der Milz bei erworbener Syphilis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LI, 2.) — La rate dans la syphilis acquise.

Ehlers. Spedalskhed paa Kreta; orienterende forstudier. (*Ugeskrift for Læger*, 16 et 23 fév.) — La lèpre dans l'île de Crète; étude préliminaire.

Hallopeau (H.) et **Leredde** (L.). Traité de dermatologie. In-8°, 1000 p. avec fig.

Heller (J.). Beiträge zur Syphilis der Zungentonsille. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 fév.) — La syphilis de l'amygdale linguale.

Jarisch (A.). Die Hautkrankheiten. 1[re] partie. In-8°, 434 p. avec fig. Vienne. — Les maladies de la peau.

CHIRURGIE

Abbe (R.). Spinal fracture-paraplegia. (*Med. Record*, 3 mars.)

Bailey (R.). A modification of the operation of inguinal colotomy. (*Brit. Med. Journ.*, 24 fév.)

Baudet (R.). Traitement de la tuberculose du testicule par la castration précoce et par l'ablation totale des voies génitales. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 18 fév.)

Beck (C.). On the detection of calculi in the liver and gall bladder. (*New York Med. Journ.*, 20 janv.)

Berg (A.). A case of acute osteomyelitis of the femur, with general systemic staphylococcus aureus infection, terminating in recovery. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Braatz (E.). Zur operativen Spaltung der Niere. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 mars.) — De la néphrotomie.

Buxton (D. W.). Anæsthetics; uses, administration. 3[e] éd. In-8°, 336 p. Londres.

Cavazzani (G.). La cura della forma grave della nevralgia del trigemino colla resezione del ganglio simpatico cervicale superiore. (*Riv. veneta di scienze med.*, 15 fév.)

Curtis (B.). Two cases of cicatricial stricture of the œsophagus treated by gastrostomy, the « string » method, and permanent dilatation by elastic tubes. (*Ann. of Surgery*, mars.) — Deux cas de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, traités par la gastrostomie, le « procédé de la ficelle » et la dilatation permanente au moyen de tubes élastiques.

De Francisco. Ueber die Anwendung des Golddrahtes bei den Radikaloperationen der Hernien. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 17 fév.) — De l'emploi des fils d'or pour sutures dans la cure radicale des hernies.

Curzio (E.). Sulle cisti dermoidi della fontanella anteriore. (*Riforma med.*, 8 et 9 mars.)

Englisch (J.). Ein Extensionsapparat für Brüche des unteren Endes des Oberarmknochens. (*Wien. med. Wochensch.*, 17 et 24 fév.) — Un appareil d'extension pour fractures à la partie inférieure de l'humérus.

Erdmann (J.). Intestinal obstruction due to intussusception. (*Ann. of Surgery*, fév.)

Etourneau. Du varicocèle et de son traitement. (*Arch. de méd. navale*, fév.)

Giannettasio (N.). Contribution à l'étude de la métatarsalgie (maladie de Morton); observation clinique et histologique. (*Rev. de chir.*, fév.)

20e ANNÉE. — N° 28 | Vingt centimes le numéro. | 4 JUILLET 1900.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

En raison du désir exprimé par M. le président de la République de clôturer le Congrès international de médecine, la réception des membres du Congrès au palais de l'Elysée, qui avait été fixée au dimanche 5 août, est reportée au jeudi 9 août. Par suite, la fête offerte par le bureau et le Comité d'organisation du Congrès dans le palais du Sénat et le jardin du Luxembourg, qui devait avoir lieu le mercredi 8 août, sera donnée le dimanche 5 août.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Contancin, sénateur de la Vienne. — M. le docteur F. Mougeot, ancien député de la Haute-Marne. — M. le docteur Hofmann, privatdocent de médecine interne à la Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur Thomas Jones, professeur de chirurgie à Owens College de Manchester. — M. le docteur James T. Whittaker, professeur de médecine au Ohio Medical College de Cincinnati.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE PARIS

Alibert (L.). Quelques considérations sur la pathogénie et le traitement de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques.

Audion (P.). Contribution à l'étude de l'ombilic et des infections ombilicales chez le nouveau-né.

Beauvois (A.). Un praticien allemand au dix-huitième siècle : Jean-Henri Cohausen (1665-1750).

Cabaniols (Ch.). Des kystes tubo-ovariens.

Cadol (A.-E.). L'anesthésie par les injections de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire.

Chesneau (Marcel). Contribution à l'étude clinique de la tuberculose oculaire.

Deguy (M.). Le cœur et l'aorte des syphilitiques.

Depoully (L.). L'eau dans les logements ouvriers.

Dobrynine (Mlle N.). Du syndrome de l'hypotension artérielle dans la cirrhose atrophique avec ascite.

Dujardin-Beaumetz (E.). Le microbe de la péripneumonie et sa culture (étude bactériologique d'un microorganisme à la limite de la visibilité).

Faliech (J.). Des épanchements hémorrhagiques de la plèvre; étiologie, pathogénie, évolution anatomique.

Fromageot (B.). Contribution à l'étude des varices ampullaires de la veine saphène interne à son embouchure.

Ghéorghiu (N.). Contribution à l'étude clinique du traitement de l'infection puerpérale.

Guillot (R.). Quelques cas de gastrostomie par un procédé facile.

Jacobson. Contribution à l'étude de l'origine bucco-naso-pharyngienne de la méningite.

Kalinine (Mlle A.). Contribution à l'étude des signes de la syphilis héréditaire précoce.

Le Gueut (F.-A.-M.). De la luxation interchondrale.

Lévy (E.). Les bouffées de chaleur de la ménopause opératoire.

Limasset (E.). Etude sur une forme myélopathique du blenno-rhumatisme.

Martin (P.-E.). Du tatouage et du détatouage; leur rapport avec l'aliénation mentale.

Michaux (G.). Les néphrites chroniques hématuriques.

Moulin (L.). Le dossier de l'antimoine.

Petit (Paul). Recherches cliniques et bactériologiques sur les infections aiguës de la cornée.

Pétron. L'hémisection utérine dans l'hystérectomie abdominale (procédé de J.-L. Faure).

Rabant (F.). Sur quelques cas d'érythèmes prémorbilleux.

Ropiteau (P.). De l'association du trional avec la paraldéhyde; étude de quelques propriétés pharmacologiques particulières à ce mélange.

Roullin (P.). Contribution à l'étude de la dégénérescence amyloïde.

Roumenteau (G.). Des ecchymoses spontanées dans les maladies du système nerveux.

Ruais (E.). Du pyo-pneumothorax de nécessité.

Sard (J. de). Le cathétérisme cystoscopique des uretères considéré comme moyen de diagnostic.

Sérard (Mlle L.). De l'hypertrophie du thymus dans la lymphadénie leucémique chez l'enfant.

Simon. Documents relatifs à la corrélation entre le développement physique et la capacité intellectuelle.

Soroker (Mlle). La fréquence du rein mobile chez les femmes atteintes de maladies génitales.

Spourgitis (J. N.). La botryomycose humaine.

Stodel (Mme G.). Sur la nécessité d'enseigner aux jeunes filles l'hygiène et quelques notions de médecine pratique.

Tabourin (G.). Etude sur la physiologie pathologique et le traitement des coliques hépatiques chez les femmes en état de puerpéralité.

Théohari (A.). Structure fine des cellules glandulaires à l'état pathologique.

Thil (H.). Technique bibliographique dans les sciences médicales; de la manière de procéder pour constituer la bibliographie d'un sujet donné.

Turner (R. H.). Des interventions chirurgicales dans les fibromes gravidiques.

Vaillant (E.). Injections hypodermiques d'huile camphrée.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Albert (E.). Die Architektur der Tibia. (*Wien. med. Wochensch.*, 20, 27 janv. et 3 fév.)

Boutigny. Tableaux synoptiques d'anatomie descriptive. T. Ier : os, articulations, muscles et aponévroses; cœur, artères, veines; vaisseaux et ganglions lymphatiques. In-8°, 200 p.

Browicz (T.). Bau der intercellulären Gallengänge und ihr Verhältnis zu den Blutcapillaren. (*Bull. de l'Acad. des sciences de Cracovie*, janv.) — Structure des voies biliaires intercellulaires et leurs rapports avec les capillaires sanguins.

Hertwig (O.). Traité d'embryologie ou histoire du développement de l'homme et des vertébrés. (Traduit de l'allemand par Ch. Julin.) 2e éd. In-8°, 738 p. avec fig.

Livini (F.). Studio morfologico delle arterie tiroidee. (*Sperimentale*, LIV, 1.)

Matchinsky (N.). De l'atrophie des ovules dans les ovaires des mammifères. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars.)

Pollack (B.). Les méthodes de préparation et de coloration du système nerveux. (Trad. de l'allemand par J. Nicolaidi.) In-8°, 212 p.

Rabaud (E.) et **Monpillard** (F.). Atlas d'histologie normale; principaux tissus et organes. In-8°, 198 p. avec 50 planches en couleurs.

Testut (L.). Traité d'anatomie humaine. T. II, fasc. 2 : système nerveux central. 4e éd. In-8°, 572 p. avec fig.

Thompson (P.). Myology of pelvic floor : contribution to human and comparative anatomy. In-8°, 108 p. avec fig. Londres.

PHYSIOLOGIE

Bordier (H.). Détermination de la chaleur spécifique du sang. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Chanoz (M.) et **Doyon** (M.). La coagulation du sang s'accompagne-t-elle d'un phénomène électrique? (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Chatin et Guinard. De la sécrétion interne du rein; exposé théorique et contribution expérimentale. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mars.)

Collins (H. D.) et **Rockwell** (W. H.). Physiology. In-8°, 324 p. avec fig. Londres.

Cyon (E. de). Les tétanos du cœur. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Hall (I. W.) et **Menzies** (J. A.). Golden rules of physiology. In-32, 80 p. Londres.

Lusena (G.). Sui rapporti funzionali fra la tiroide e le glandole paratiroidi; nota critica e sperimentale. (*Riforma med.*, 28 et 29 mars.)

MÉDECINE

Allchin (W. H.). Manual of medicine. Vol. I : General diseases, diseases excited by atmospheric influences, infections. In-8°, 452 p. Londres.

Auerbach (M.). Das Oliver-Cardarelli'sche Symptom bei zwei Fällen von Mediastinaltumor. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 fév.) — Présence du signe d'Oliver-Cardarelli dans deux cas de tumeur du médiastin.

Bauer (J.). Ueber nervöse Störungen des Herzens und ihre Beziehungen zum Militärdienst. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 mars.) — Des troubles nerveux du cœur dans leurs rapports avec le service militaire.

Bell (R.). How to fight influenza and allied diseases. In-8°, 36 p. Londres. — Traitement de l'influenza et des affections analogues.

Bickel (A.). Experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese der Cholaemie und die daraus sich ergebenden Grundsätze für die Therapie der von der Cholaemie begleiteten Leberkrankheiten. In-8°, 112 p. Wiesbaden. J. F. Bergmann. — Recherches expérimentales sur la pathogénie de la cholémie et principes qui en découlent pour le traitement des maladies du foie avec cholémie.

Boas (I.). Erfahrungen über das Dickdarmcarcinom. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 et 22 fév.) — Sur le cancer du gros intestin.

Bouchard et **Brissaud.** Traité de médecine. 2e éd. T. IV. In-8°, 684 p. avec fig.

Bouma (J.). Over de bepaling van het gehalte der urine aan indican. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 3 fév.)

Braithwaite (J.) et **Trevelyan** (E. F.). Retrospect of medicine. T. CXX. In-8°, 468 p. Londres.

Brault (J.). Traité pratique des maladies des pays chauds et tropicaux. In-8°, 534 p. avec fig.

Brosch (A.). Zur Lehre von den Oesophagusdivertikeln. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVII, 1-2.)

Brouardel (P.) et **Gilbert** (A.). Traité de médecine et de thérapeutique. T. VII : maladies de l'appareil respiratoire. In-8°, 931 p. avec fig.

Buicliu. Un cas de poliurie esentiala probabil de natura palustra. (*Spitalul*, 1er-15 avril.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Ebstein (W.) et **Schwalbe** (J.). Handbuch der praktischen Medicin. IV. Band : Die Krankheiten des Nervensystems. In-8°, XV-1016 p. avec fig. Stuttgart. — Traité de médecine pratique. T. IV : maladies du système nerveux.

Fitschen (E.). Die Beziehung der Heredität zum periodischen Irresein. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, fév. et mars.) — Des rapports de l'hérédité avec la folie périodique.

Fleury (M. de). Medicine and mind. (Trad. du français par S. B. Collins.) In-8°, 386 p. avec fig. Londres. — La médecine de l'esprit.

Gasne (G.). Un cas d'anorexie hystérique. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Gianni (G.). Sull'azione dell'adonis vernalis nell'epilessia. (*Riforma med.*, 19 fév.)

Gilles de la Tourette. La localisation cérébrale des troubles hystériques. (*Rev. neurol.*, 15 mars.)

Gram (Ch.). Chorea infectiva (Sydenham's chorea) og dens behandling. (*Hospitalstidende*, 17 et 24 janv.)

Grasset. Anatomie clinique des centres nerveux. In-16, 100 p. avec fig.

Guimbail. Les phobies. (*Thérapeutique nouvelle par les agents physiques et naturels*, mars.)

Heiligenthal. Beitrag zur Kenntnis der chronischen ankylosirenden Entzündung der Wirbelsäule. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVI, 3-4.) — De la spondylose rhizomélique.

Helberg (P.). Quelques remarques sur la syphilis précédant le tabes. (*Rev. neurol.*, 15 janv.)

Heldenbergh (C.). Un cas typique de paramyoclonus multiplex. (*Belgique méd.*, 3 mai.)

Herfeldt (A.). Zur Casuistik des Irreseins bei Zwillingen. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVII, 1.) — Deux observations d'aliénation mentale chez des jumeaux.

Hoffa (A.). Die Orthopädie im Dienste der Nervenheilkunde. In-8°, 159 p. avec fig. Iéna. G. Fischer. — L'orthopédie dans les maladies nerveuses.

Kramolin (J.). Hemichorea praehemiplegica. (*Pest. med.-chir. Presse*, 25 fév.)

CHIRURGIE

Fowler (R.). Interscapulo-thoracic amputation. (*Ann. of Surgery*, janv. et fév.)

Garrett (R.). Traumatic rupture of the bile-duct. (*Ann. of Surgery*, fév.)

Gratchoff (L.). Du traitement des fractures de la clavicule. (*Rev. de chir.*, fév.)

Hahn (F.). Zur Casuistik der Darmlipome. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 fév.) — Un cas de lipomes intestinaux.

Harvie (J.). Report of a case of recovery after gastrectomy for carcinoma. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Hübscher (C.). Streckmetall, ein neues Schienenmaterial, besonders für kriegschirurgische Zwecke. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 3 mars.) — De l'emploi du « métal déployé » pour la confection d'appareils d'immobilisation, notamment pour la chirurgie de guerre.

Jeanneret (A.). Obstruction des voies biliaires; laparotomie; guérison. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, fév.)

Kouznetzov (M.). La rhinoplastie partielle d'après la méthode d'Israël (en russe). (*Vratch*, 12 fév.)

Krüche (A.). Chirurgie. I. Teil : Allgemeine Chirurgie und Operationslehre. 7e éd. In-8°, XII-500 p. avec fig. Leipzig.

Lavarède. Tableaux synoptiques de médecine opératoire. In-8°, 208 p. avec fig.

Lejars (F.). Traité de chirurgie d'urgence. 2e éd. In-8°, 912 p. avec fig.

Lindner (H.). Zur Kasuistik der scheinbar primären malignen Geschwülste mit latentem Primärherd. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 2.) — Un cas de tumeur maligne primitive en apparence, à foyer originaire latent.

Link (I.). Bericht über weitere 122 Radicaloperationen der Hernien. (*Wien. med. Wochensch.*, 10 mars.)

Mannino (F.). Contributo alla cura dell'epitelioma mediante le applicazioni di acido arsenicoso. (*Rassegna internaz. di med. mod.*, 15 fév.)

UROLOGIE

Beck (C.). Aseptic catheterism. (*Med. News*, 6 janv.)

Cammidge (P.) et **Garrod** (A.). On the excretion of diamines in cystinuria. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, fév.)

Friedländer (M.). Die Krankheiten der männlichen Harnorgane; Vorlesungen über Diagnostik und Therapie. In-8°, XI-234 p. avec fig. Berlin. — Les maladies des voies urinaires chez l'homme.

Grosglik (S.). Zur Nachbehandlung der Lithotripsie. (*Monatsb. über die Krankh. des Harn-u. Sexual-Apparates*, V, 2.) — Du traitement consécutif à la lithotripsie.

Kolischer (G.). Maladies de l'urèthre et de la vessie chez la femme, avec considérations spéciales sur l'endoscopie et la cystoscopie. (Trad. de l'allemand par O. Beuttner.) In-12, VIII-268 p. avec fig.

Leonard (Ch.). The technique of the positive and negative diagnosis of ureteral and renal calculi by the aid of the Röntgen rays. (*Ann. of Surgery*, fév.)

OPHTALMOLOGIE

Amata (F.). Il trattamento ipocongiuntivale col sublimato corrosivo nelle ulceri corneali. (*Gazz. degli Osped.*, 25 fév.)

Andrews (J. A.). On the injection of a weak sterile solution of sodium chloride into collapsed eyes. (*Arch. of Ophthalmol.*, XXIX, 1.)

Bäck (S.). Ueber den Zusammenhang zwischen Skrophulose und Trachom. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 fév.) — Des rapports existant entre la scrofulose et l'ophtalmie granuleuse.

Dor (L.). La fatigue oculaire et le surmenage visuel. In-8°, 100 p.

Düring (E. von) et **Trantas**. Ophthalmoscopische Befunde bei Leprösen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er mars.) — Résultats d'examens ophtalmoscopiques chez les lépreux.

Goldzieher (W.). Ueber die Anatomie der bei Morbus Brightii vorkommenden Netzhautablösung. (*Pest. med.-chir. Presse*, 25 fév.) — Des lésions anatomiques dans le décollement de la rétine d'origine brightique.

Michel (J. von). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie. (29. Jahrgang, 1898.) In-8°, 918 p. Tubingue. — Les progrès réalisés en ophtalmologie pendant l'année 1898.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ambler (G. A.). Gynæcological nursing. In-12, 102 p. Londres.

Augustin. Sarcina extra-uterina tubo-interstitiala. (*Spitalul*, 1er-15 avril.)

Baruch (F.). Spätresultate von doppelseitigen Adnexoperationen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 2.) — Résultats éloignés des opérations pratiquées sur les annexes des deux côtés.

Beyea (H.). A case of multilocular pseudomucinous cyst-adenoma of the right ovary associated with pronounced symptoms of diabetes; operation, with recovery, followed by the disappearance of the sugar from the urine and the diabetic symptoms. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.) — Adénome kystique pseudo-muqueux de l'ovaire droit avec diabète; disparition de la glycosurie et des autres symptômes diabétiques après l'ablation de la tumeur.

Bovée (J.). Removal of both uterine appendages during pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.) — Ablation des annexes des deux côtés durant la grossesse.

Callari (I.). Sul latte di donna; note clinico-sperimentali. (*Gazz. degli Osped.*, 25 fév.)

Cramer (H.). Der Meconiumpfropf des Neugeborenen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 mars.) — Le bouchon de méconium des nouveau-nés.

D'Erchia (F.). Experimentale Untersuchungen über die Retention der Eihüllen; eine Vorstudie. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 2.) — Recherches expérimentales sur la rétention des membranes de l'œuf.

Falk (O.). Beitrag zur Bedeutung der Appendicitis für den Geburtshelfer und Gynäkologen. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 fév.) — De l'importance de l'appendicite en obstétrique et en gynécologie.

PÉDIATRIE

Audeoud (H.). Tuberculose pulmonaire et intestinale chez un enfant de quatre mois; tuberculose miliaire terminale apyrétique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, fév.)

Ausch. Zur Casuistik des Spasmus nutans. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVIII, 3-4.)

Ausset (E.). Leçons cliniques sur les maladies des enfants (faites à l'hôpital Saint-Sauveur [de Lille] pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1898-1899). 3e série. In-8°, 220 p. avec fig.

Colombo (L.). La nutrizione del bambino; allattamento naturale ed artificiale. In-16, 227 p. avec fig. Milan. U. Hoepli.

Comby (J.). Les médicaments chez les enfants. In-8°, 689 p.

Fibiger (J. A.). Bidrag til lären om fedtemboli; et tilfälde af olivenolieemboli med dödeligt forlöb. (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 1.) — Contribution à l'étude de l'embolie graisseuse; mort par embolie huileuse.

Font Monteros (J.). Ausencia absoluta de ano. (*Rev. balear de cienc. méd.*, 30 avril.)

Hahn. Encephalopathia saturnina bei einem 13 monatlichen Kinde durch Hebrasalbe; nebst Bemerkungen über die Eclampsie; Tod. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVIII, 3-4.) — Encéphalopathie saturnine mortelle consécutive aux applications de la pommade de Hebra chez un enfant âgé de treize mois.

Hirschsprung (H.). Fortsatte erfaringer om den medfödte dilatation og hypertrofi af tyktarmen. (*Hospitalstidende*, 14 fév.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Avellis (G.). Schleimhautpemphigus als Ursache der Verwechsung des weichen Gaumens und Heilung derselben mittels besonderer Hartgummibougies. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 mars.) — Atrésie du voile du palais, due à un pemphigus de cette partie de la muqueuse et guérie par l'introduction de bougies en gomme dure spéciales.

Collet (F. J.). Notions de laryngoscopie utiles au médecin. In-16, 192 p. avec fig.

Etiévant (R.). Résultats de l'électrolyse cuprique dans le traitement de l'ozène. (*Lyon méd.*, 11 mars.)

Grünwald (L.). Treatise on nasal suppuration; or, suppurative diseases of the nose and its accessory sinuses. (Trad. de l'allemand par W. Lamb.) In-8°, 348 p. avec fig. Londres.

Katz (Y.). Un spéculum nasi pour enfants (en russe). (*Vratch*, 5 fév.)

Kelly (A.). Epistaxis from the ethmoidal veins. (*Lancet*, 24 fév.)

Möller (J.). Resultaterne af nogle funktionsundersögelser ved akute lidelser i mellemöret og öregangen. (*Hospitalstidende*, 21 mars.)

HYGIÈNE

Benda (Th.). Nervenhygiene und Schule. In-8°, 55 p. Berlin. O. Coblentz. — L'hygiène des écoliers au point de vue du système nerveux.

Bohata (A.) et **Hausenbichler** (A.). Sanitäts-Bericht des österreichischen Küstenlandes für die Jahre 1895 bis 1897. In-4°, III-265 p. Trieste. — Rapport sanitaire sur les provinces autrichiennes des côtes de l'Adriatique.

Cozzolino (V.). Organizzazione, constituzione e funzionamento dei sanatori popolari per tubercolotici polmonari in Germania e in Svizzera. In-8°, 64 p. Rome. — Rapport fait au ministre de l'instruction publique d'Italie sur les sanatoria en Allemagne et en Suisse.

Etienne (G.). Epidémie récente de fièvre typhoïde développée à Nancy dans le réseau de distribution de l'eau des sources de Boudonville; étude comparée de trois épidémies dues à l'eau des sources de l'Asnée et à l'eau de la Moselle. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, mars.)

Eyferth (B.). Einfachste Lebensformen des Tier- und Pflanzenreiches : Naturgeschichte der mikroskopischen Süsswasserbewohner. 3e éd. par W. Schönichen et A. Kalberlah. In-8°, VII-554 p. avec fig. Brunswick. B. Goeritz. — La faune et la flore microscopiques des eaux douces.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Alexander (B.). Meine Behandlungsmethode der Lungentuberculose mit subcutanen Injectionen von Ol. camphor. officin. Pharm. germ. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 fév.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections sous-cutanées d'huile camphrée.

Bocquillon-Limousin (H.). Formulaire des médicaments nouveaux. 11e éd. In-18, 324 p.

Gumprecht (F.). Die Technik der speziellen Therapie. 2e éd. In-8°, XII-354 p. avec fig. Iéna.

I rimedi nuovi e i nuovi metodi di cura; manuale pratico. In-16, 339 p. Rome.

Knight (W. A.). Text-book of materia medica. In-8°, 320 p. Londres.

Lauritzen (M.). Om indikationerne for mælkens og mælkekures anvendelse ved sukkersygen og dens komplikationer. (*Bibliotek for Læger*, avril.) — Indications du régime lacté dans le diabète.

GÉNÉRALITÉS

Annuaire statistique de la France (année 1899). T. XIX. In-8°, 648 p. Impr. nation.

Cabanès. Le cabinet secret de l'histoire. 4e série. In-18, 335 p.

Cinquantenaire de la Société de biologie. Volume jubilaire publié par la Société contenant 92 notes et mémoires originaux rédigés par tous les membres de la Société de biologie. In-8°, 740 p. avec fig. et portraits.

Dewèvre. Des rapports de la médecine et de la philosophie. In-18, 43 p. Amiens.

Funck-Brentano (F.). Le drame des poisons; études sur la société du dix-septième siècle et plus particulièrement la cour de Louis XIV, d'après les archives de la Bastille. In-16, 317 p. avec fig.

Garnier (M.) et **Delamare** (V.). Dictionnaire des termes techniques de médecine, contenant les étymologies grecques et latines, les noms des maladies, des opérations chirurgicales et obstétricales, des symptômes cliniques, des lésions anatomiques, les termes de laboratoire. In-18, X-414 p.

Keating (J. M.) et **Hamilton** (H.). Pocket medical lexicon. 5e éd. In-18, 280 p. Londres.

20e ANNÉE. — N° 29 Vingt centimes le numéro. 11 JUILLET 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

La climatologie, l'hygiène et la pathologie de la Chine septentrionale, et particulièrement de la région de Tien-Tsin à Pékin.

Nos lecteurs connaissent par les journaux politiques les événements douloureux qui se sont produits récemment en Chine et la résolution des puissances de réprimer les troubles contre les étrangers. Dans ce but, des corps de troupes de tous les Etats civilisés vont agir de concert. Les hommes envoyés en Extrême-Orient auront non seulement à combattre un ennemi fanatique, mais aussi à subir des conditions climatériques spéciales auxquelles ils ne sont pas habitués et qui varient du tout au tout suivant la saison. En effet, dans le nord de la Chine les saisons sont nettement tranchées : les pluies commencent en juin pour se terminer en octobre; c'est la saison des vents du sud avec des températures très élevées; on note alors 28°, 32° et plus en juillet et en août; en septembre, des températures de 18°, 20° et 22°. Dès octobre, la température s'abaisse brusquement à 10°, et novembre, décembre et janvier offrent un froid très rigoureux; c'est la saison des vents du nord et du nord-est, avec des tempêtes de poussière glacée.

Il faudra donc, pour le corps expéditionnaire international, un équipement approprié à chacune de ces deux saisons. Le ministre de la marine française a décidé, de son côté, que pendant la saison chaude les hommes porteront la tenue de campagne des pays chauds, avec casque, ceinture de flanelle, etc., et que pendant l'hiver on leur délivrera, en outre des vêtements de drap qu'ils portent en France, des bas de laine, des tricots, avec l'autorisation d'acheter à leurs frais des gilets de fourrure.

L'hygiène du pays dans lequel on va opérer laisse beaucoup à désirer. Un fait connu, c'est que les puits sont empoisonnés et que l'eau de rivière est de très mauvaise qualité, ce qui est à considérer en raison de la fréquence et de la gravité des affections intestinales; aussi les Chinois boivent-ils rarement de l'eau simple et la remplacent-ils par du thé.

Sur les navires français de la division de Chine, on fait exclusivement usage, depuis nombre d'années, d'eau distillée comme eau de boisson, et c'est grâce à ce précepte hygiénique de premier ordre que la santé des équipages ne cesse de se maintenir dans les conditions les plus satisfaisantes.

Pour un corps expéditionnaire opérant dans ces régions, la question de l'eau de boisson est plus difficile à résoudre : on ne peut fournir aux hommes en colonne de l'eau distillée ou de l'eau stérilisée obtenue par des appareils spéciaux, ceux-ci devant être réservés pour les hôpitaux et les établissements permanents à terre. Tout au plus pourrait-on distribuer de l'eau bouillie, et encore la chose serait bien difficile à réaliser dans maintes circonstances.

Mais puisque le Chinois fait usage comme boisson du thé, on devra l'imiter et veiller d'une manière toute particulière à ce que les hommes n'usent, comme boisson courante, que de cette infusion qui a l'avantage d'être un aliment d'épargne. En outre, le thé chaud désaltère beaucoup mieux qu'une boisson froide, même pendant les chaleurs.

Pendant les marches, il sera également utile de se servir constamment de filtres de poche au permanganate de potasse, qui débarrassent l'eau d'un grand nombre de ses germes les plus nocifs. Il en sera délivré aux troupes françaises.

Au point de vue de la pathologie, il y a lieu de noter en premier lieu que, pendant la saison chaude, le paludisme sévit avec une assez grande intensité dans le bassin du Peï-Ho; il est donc indispensable d'imposer aux hommes les règles de prophylaxie édictées pour les expéditions en pays paludéens.

Les coups de chaleur et les insolations s'observent fréquemment en juillet et en août, et les congestions du foie sont aussi assez communes pendant les mois d'été; mais la dominante de la pathologie estivale en Chine, en dehors du paludisme, est certainement la diarrhée qui offre souvent des complications très graves. Il importe, par conséquent, que les diarrhées, même celles qui paraissent les plus bénignes, soient soignées dès le début, car les épidémies de choléra sont fréquentes en Chine et toute diarrhée peut être le point de départ de l'explosion du choléra, si le bacille-virgule se trouve déjà dans l'intestin.

Pendant l'hiver, les maladies des voies respiratoires sont fréquentes, ainsi que les affections rhumatismales; on observe aussi souvent, pendant cette saison très rigoureuse, le typhus pétéchial et la diphtérie.

La variole sévit sur la population chinoise d'une manière presque permanente, la vaccine n'étant guère en usage que dans les centres où résident les Européens; il faut donc que tous les hommes faisant partie du corps expéditionnaire soient revaccinés.

Enfin, dans ce pays à température élevée pendant les mois d'été, l'usage des alcooliques si répandus en Chine est dangereux pour la santé. Depuis quatre mille ans, les Chinois préparent l'alcool et en font une grande consommation, bien que la tradition prétende que l'auteur de cette découverte ait été mis à mort. Dans le nord de la Chine on retire du sorgho une eau-de-vie d'autant plus colorée qu'elle est moins pure et qui ne se vend que de 30 à 50 centimes le litre; on fabrique encore des eaux-de-vie de grains qui sont aussi toxiques.

En ce qui concerne l'alimentation, il faut signaler que la viande de porc doit être proscrite, cet animal étant généralement atteint de ladrerie et de trichinose. D'autre part, il est prudent de ne pas permettre aux troupes l'usage du poisson de rivière à cause de l'extrême saleté des cours d'eau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE PARIS

Attaix (P.-F.). Contribution à l'étude de l'accouchement des épaules dans les présentations céphaliques (eutocie ; dystocie).

Bauduin (Mlle A.). Des septicémies chez le nourrisson (septicémie pneumococcique épidémique suraiguë).

Bermann (L.). L'ictère émotif (sa pathogénie).

Bioche (A.). Contribution à l'étude du céphalématome.

Bosquain (R.). Les applications médicales des courants de haute fréquence.

Cochart (P.). Etude sur l'eau oxygénée et sur son emploi dans le traitement des pyodermites.

Diez (H.). Contribution à l'étude des injections sous-arachnoïdiennes de chlorhydrate de cocaïne.

Ducoudray (L.). Le santalol β dans le traitement de la blennorrhagie.

Durandeau (F.). Les coefficients urinaires dans les cirrhoses.

Félix (M.). Les rétrécissements tuberculeux de l'intestin grêle ; leur traitement.

Ferval (A.). Des kystes hydatiques intrapéritonéaux primitifs ou secondaires.

Fouqué (J.). Du procédé de cerclage dans le traitement des fractures de la rotule.

Franco. Quelques considérations sur les anévrysmes de l'artère iliaque externe.

Froussard (P.). Contribution à l'étude de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Gillot (E.). De la sténose congénitale du pylore chez les nourrissons.

Guibout (J.). Conséquences obstétricales possibles de l'amputation sous-vaginale du col.

Landouaré (L.). Le rôle du traumatisme dans l'étiologie du rétrécissement pulmonaire acquis.

Landron (A.). Sur le traitement des rétrodéviations utérines par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (procédé de Wylie).

Lebreton (E.). Contribution à l'étude de la sclérose en plaques chez les enfants.

Lemaire (O.). Des endométrites hémorrhagiques ou hydro-hémorrhagiques des six premiers mois de la grossesse.

Maigné (Ch.-M.). Etude sur l'huile de foie de morue.

Mainguy (E.). Quelques considérations sur les dysenteries de nos pays.

Mortureux. Des kystes hydatiques de la rate.

Nanu (C. G.). Purpura chronique à grandes ecchymoses.

Noury (H.). Etude clinique des hernies épigastriques et ombilicales.

Pavillard (H.). Recherches sur la leucocytose dans la tuberculose pulmonaire.

Périchon (Ch.). Contribution à l'étude du traitement opératoire des rétrodéviations de l'utérus.

Petit (R.). La coqueluche chez les vieillards.

Pinsan. Du cathétérisme de l'urèthre chez les prostatiques.

Renaud (F.). Contribution à l'étude des pleurésies purulentes à bacille de Friedländer.

Rieu (M.). Des hallucinations psycho-motrices dans la paralysie générale.

Roglet (P.). Contribution à l'étude du signe de Kernig dans les méningites; sa valeur diagnostique et séméiologique; sa pathogénie.

Rongier (Ch.). Contribution à l'étude de la tension artérielle dans la pneumonie.

Roussel (H.). Lésions traumatiques de l'atlas et de l'axis.

Roustain (A.). De l'utilité du sérodiagnostic dans la fièvre des accouchées.

Schmit (Ch.). Contribution à l'étude du traitement obstétrical de l'éclampsie puerpérale.

Szelagowski (L.). Contribution à l'étude clinique du cancer primitif pleuro-pulmonaire.

Terral (L.). Etude sur l'étiologie et la pathogénie du rachitisme.

Vallet (E.). Nerfs de l'ovaire et leurs terminaisons.

Veaudelle (C.). De l'infection du liquide amniotique pendant la grossesse sans rupture des membranes de l'œuf.

Vuillième (G.). Rupture des collections enkystées de l'abdomen au cours du palper abdominal.

MÉDECINE

Burnett (J. C.). Gout and its cure. 2e éd. In-16, 200 p. Londres.

Callenfels (G.). Een geval van gangraena symmetrica (Raynaud's ziekte). (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 10 mars.)

Cardamatis (J.). De la fièvre hémoglobinurique; conclusions générales. (*Grèce médicale*, avril.)

Chadbourne (T.). A case of tricuspid and mitral stenosis with adherent pericardium. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Cheadle (W. B.). Occasional lectures on practice of medicine. In-8°, 340 p. avec fig. Londres.

Claude (H.). Cancer et tuberculose; hybridités tuberculo-cancéreuses. In-16, 95 p. avec fig.

Comptes rendus du Congrès français de médecine. 5e session (Lille, juillet 1899). In-8° 1052 p.

De Dominicis (N.). Mixedema (diabete tiroideo?); patogenesi e terapia. (*Gazz. internazion. di med. pratica*, 28 fév.)

Dock (G.). The prevalence and the diagnosis of leukemia. (*Philadelphia Med. Journ.*, 31 mars.)

Dörfler (H.). Casuistischer Beitrag zur Symptomatologie der Pankreatitis acuta. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 fév.) — Un cas de pancréatite aiguë.

Dos Santos (R.). Colica hepatica com eliminação de calculos biliares coincidindo e constituindo o unico signal de presumpção em uma prenhez incipiente. In-8°, 27 p. Rio-de-Janeiro.

Einhorn (M.). Diseases of the intestines. In-8°, 408 p. avec fig. New York.

Eiselt (B.). Pankreatitis haemorrhagica. (*Casopis lékaru ceskych*, 10 mars.)

Fenwick (S. W. S.). Ulcer of stomach and duodenum; its consequences. In-8°, 406 p. Londres.

Fitzgerald (J.). Pyorrhœa alveolaris, and its relations to general medicine. 2e éd. In-8°, 88 p. Londres.

Foustanos (J.). La fièvre hémoglobinurique est-elle palustre ou non? (*Grèce médicale*, avril.)

Gallois (P.). La scrofule et les infections adénoïdiennes. In-18, 612 p.

Grober (J.). Ueber die Wirksamkeit der Spinalpunction und das Verhalten der Spinalflüssigkeit bei chronischem Hydrocephalus. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 fév.) — De l'efficacité de la ponction lombaire et de la façon de se comporter du liquide céphalo-rachidien dans l'hydrocéphalie chronique.

Grossmann (F.). Ueber Gangrän bei Diabetes mellitus. In-8°, 134 p. Berlin.

Hall (J.). Tracheal diastolic shock in the diagnosis of aortic aneurism, with a study of the value of the tracheal tug. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

MALADIES INFECTIEUSES

Loveland (E.). A case of tetanus in which the mouth was the probable source of infection. (*Med. Record*, 3 mars.) — Tétanos dû probablement à une infection d'origine buccale.

Malattie infettive e diffusive nell'anno 1898. In-8°, 48 p. avec planches en couleurs. Rome. [Publ. du ministère de l'intérieur d'Italie.]

Matienzo (A.). Experimental tests at Vera Cruz, Mexico, of the Doty-Fitzpatrick serum for the prevention and cure of yellow fever. (*Med. News*, 13 janv.)

Montaldo (F.). La peste bubónica en Oporto (Portugal) 1899-1900; hechos epidemiográficos é investigaciones clínicas recogidos personalmente y anotados. In-8°, 150 p. Madrid.

Müller (H. F.) et **Pöch** (R.). Die Pest. In-8°, X-353 p. avec fig. Vienne.

Netter. La peste et son microbe (sérothérapie et vaccination). In-16, 124 p. avec fig.

Nuttall (G. H.). Rôle des insectes, des arachnides et des myriapodes dans la transmission et la dissémination des maladies bactériennes et parasitaires de l'homme et des animaux; étude critique et historique. (Trad. de l'anglais par le docteur Levrier.) In-8°, 242 p.

Schmidt (N.). Matériaux pour servir à l'histoire de la peste à Kolobovka (en russe). (*Vratch*, 11 et 18 mars.)

Seitz (J.). Darmbacterien und Darmbacterien-Gifte im Gehirn. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 fév. et 1er mars.) — De la présence dans le cerveau de bactéries intestinales et de leurs toxines.

Stedman (Th. L.). Twentieth century practice : International encyclopedia of modern medical science. Vol. XIX : Malaria and micro-organisms. In-8°, 828 p. avec planches. Londres.

Tchistovitch (V.). Epidémie de peste au village de Kolobovka. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Holm (H.). Om temperaturen ved psychopatiske tilstande og dens diagnostiske betydning. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, janv.) — La température dans les états psychopathiques et son importance au point de vue du diagnostic.

Jonas (E.). Symptomatologie und Therapie der nasogenen Reflexneurosen und Organerkrankungen, ihre Wichtigkeit für den praktischen Arzt und ihre soziale und forensische Bedeutung. In-8°, XI-242 p. Liegnitz. — Diagnostic et traitement des névroses réflexes et des affections organiques d'origine nasale.

Kissling (K.). Kopftrauma und Psychosen; casuistische Beiträge. (*Thèse de Tubingue.*) — Traumatismes crâniens et psychoses.

König (W.). Zur dysarthrischen Form der motorischen Aphasie, beziehungsweise zur subcorticalen motorischen Aphasie. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, mars.)

Ladame (P.). Syphilis médullaire et sclérose en plaques. (*Rev. neurol.*, 30 janv.)

Lapinsky (M.). Zur Frage von der Degeneration der Gefässe bei Läsion des N. sympathicus. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVI, 3-4.) — Des dégénérescences vasculaires dans les lésions du nerf sympathique.

Launois (P.) et **Bensaude** (R.). L'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév.)

Léger (G.). Du régime administratif des aliénés et des réformes projetées. In-18, 144 p.

Modinos (P.). Sulle nevriti mercuriali. (*Gazz. degli Osped.*, 25 fév.)

Nalbandov (S.). De la syringomyélie héréditaire (en russe). (*Méd. Obozr.*, fév.)

Nebelthau (E.). Ueber Syphilis des Centralnervensystems mit centraler Gliose und Höhlenbildung im Rückenmark. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVI, 3-4.) — De la syphilis des centres nerveux avec production de cavités dans le cerveau et dans la moelle.

Nisbet (J. F.). Insanity of genius and the general inequality of human faculty physiologically considered. 4e éd. In-8°, 370 p. Londres.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Kucharzewski (H.). Un cas de blennorrhagie compliquée de rhumatisme, de troubles nerveux et d'irido-cyclite. In-8°, 8 p.

Lesser (E.). Lehrbuch der Haut-und Geschlechtskrankheiten. I. Teil : Haut-Krankheiten. 10e éd. In-8°, XI-409 p. avec fig. Leipzig. — Traité des maladies cutanées et vénériennes. 1re partie : maladies cutanées.

Möller (M.). Der Einfluss des Lichtes auf die Haut in gesundem und krankhaftem Zustande. In-4°, V-143 p. avec planches. Stuttgart. — L'action de la lumière sur la peau.

Mracek (F.). Atlas-manuel des maladies de la peau; pathologie et thérapeutique. (Edition française par L. Hudelo.) In-16, 416 p. avec 102 planches.

Petersen (I.). Erythema induratum (Bazin). (*Hospitalstidende*, 14 mars.)

Robinson (T.). Diagnosis and treatment of syphilis. 2e éd. In-8°, 140 p. Londres.

Schulze (B.). Idiosynkrasie gegen Anwendung von Hydrargyrum-Präparaten. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er mars.)

Unna (P.). Kühlpasten. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er janv.) — Pâtes rafraîchissantes.

Vergues. La lèpre dans le cercle de Thiès (Sénégal). (*Arch. de méd. navale*, fév.)

PARASITOLOGIE

Behla (R.). Ueber neue Forschungswege der Krebsätiologie. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 10 mars.) — Sur les nouvelles voies de recherches relatives à l'étiologie du cancer.

Fajardo (F.). O hematozoario do beriberi no cerebro. (*Rev. med. de S. Paulo*, 15 fév.)

Galli-Valerio (B.). Notes de parasitologie. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 10 mars.)

Lewkowicz (X.). Zur Biologie der Malariaparasiten. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er et 8 mars.)

Löwit (M.). Die Leukämie als Protozoeninfektion; Untersuchungen zur Aetiologie und Pathologie. In-8°, VIII-280 p. avec fig. Wiesbaden. — La leucémie, infection à protozoaires.

Poncet (A.) et **Bérard** (L.). De l'actinomycose humaine pendant ces deux dernières années (1898-1900). (*Lyon méd.*, 1er avril.)

Tomaselli-Peratoner (A.). L'anchilostomanemia in Sicilia. (*Riforma med.*, 22, 23, 24, 26 et 27 mars.)

CHIRURGIE

Maydl (K.). O operativném léceni traumatismu lebky a jich následku (prispevek k chirurgii endokranialné a kranioplastické. (*Casopis lékaru ceskych*, 6, 13, 20, 27 janv.; 3, 10, 17 et 24 fév.) — Traitement chirurgical des traumatismes du crâne.

Mignon (A.). Procédés de choix des amputations des membres dans la continuité et la contiguïté. In-8°, IV-558 p. avec fig.

Monnier (U.) et **Vignard** (E.). Abcès du foie simulant la fièvre typhoïde, survenu treize ans après un séjour au Tonkin; opération; guérison. (*Gaz. méd. de Nantes*, 31 mars.)

Morris (R.). Coccygeal dermoid fistula. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Neustadtl (L.). Zur Alkoholtherapie der localen Tuberculose. (*Prag. med. Wochensch.*, 15 fév.)

Nimier (H.) et **Laval** (E.). Les armes blanches, leur action et leurs effets vulnérants. In-18, 492 p. avec fig.

Noble (Ch. P.). Remarks on the influence of technique upon the results of closure of wounds of the abdominal wall. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 8 mars.) — Influence de la technique sur les résultats de l'occlusion des plaies de la paroi abdominale.

Noorden (von). Zur Schiefhals-Behandlung. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 mars.) — Du traitement du torticolis.

Robinson (B.). Pathology of the lymphatics of the peritoneum. (*Ann. of Surgery*, fév.)

Robson (A. W. M.) et **Macrae** (F.). Diseases of the gall-bladder and bile ducts, including gallstones. 2e éd. In-8°, 314 p. Londres. — La lithiase biliaire.

Rosenberger (J.). Ueber das Vorkommen von Reitweh an der Patella. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 fév.) — Sur des douleurs au niveau de la rotule, dues à l'équitation.

Schiassi (B.). Sull'anestesia del midollo spinale. In-8°, 20 p. avec planches. Bologne.

Schloffer (H.). Zur operativen Behandlung der Magen-, Darm-und Nierenverletzungen. (*Prag. med. Wochensch.*, 22 fév.) — Du traitement opératoire des blessures de l'estomac, de l'intestin et du rein.

Schneider (F.). Die Behandlung des Rectumcarcinoms und ihre Erfolge an der Rostocker chirurgischen Klinik. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 2.) — Résultats du traitement du cancer du rectum à la clinique chirurgicale de Rostock.

Sinnreich (K.). Traumatisches Aneurysma der Arteria brachialis und Durchtrennung des Nervus medianus; Totalexstirpation des Aneurysmas; Nervennaht. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 fév.) — Anévrysme traumatique de l'artère brachiale avec section du nerf médian; extirpation complète du sac anévrysmatique; suture nerveuse.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Flandrin. Toxémie gravidique mortelle et albumosurie. (*Dauphiné méd.*, fév.)

Freund (H.). Ueber Kaiserschnitte aus gehäuften Indicationen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 fév.) — De l'opération césarienne pratiquée en raison de tout un ensemble d'indications.

Fritsch (H.). Prolapsoperation. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 13 janv.) — Un procédé de cure opératoire du prolapsus de l'utérus.

Froriep (L.). Beitrag zur Totalexstirpation des completen Scheiden-und Uterusvorfalles nach A. Martin. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 mars.) — De l'extirpation de l'utérus et du vagin dans les cas de prolapsus complet de ces organes.

Funke (A.). Beitrag zur Belastungstherapie bei Retroflexio uteri gravidi. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 24 fév.) — Rétroflexion de l'utérus gravide, traitée avec succès au moyen d'un colpeurynter chargé de mercure métallique.

Geissler (Th.). L'angine de poitrine de la ménopause (en russe). (*Vratch*, 12 fév.)

Gilliam (D.). Round-ligament ventro-suspension of the uterus; a new method. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Glover (T. A.). Midwifery notes for students. In-8°, 96 p. Londres.

Halban (J.). Ueber die Enderfolge der operativen Behandlung der Retroversio-flexio uteri. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Des résultats éloignés de la cure opératoire de la rétroversion utérine avec rétroflexion.

Heinricius (G.). Om den patologiska betydelsen af retroflexio-versio uteri. (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 1.)

Hermes. Ein Fall von gleichzeitiger Extra-und Intrauteringravidität. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 mars.) — Un cas de grossesse à la fois extra-utérine et intra-utérine.

Herz (E.). Zur Lehre von der puerperalen Eklampsie. (*Wien. med. Wochensch.*, 13, 20, 27 janv., 3, 10 et 17 fév.)

Kehrer (E.). Das Nebenhorn des doppelten Uterus, dargestellt im Anschluss an 82 Fälle von Gravidität und 12 Fälle von Hämatometra. In-8°, 159 p. avec fig. Heidelberg. — La corne secondaire de l'utérus double; étude basée sur 82 cas de grossesse et 12 cas d'hématocèle.

20e ANNÉE. — N° 30 **Vingt centimes le numéro.** 18 JUILLET 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur A. Eulenburg, privatdocent de neurologie et d'électrothérapie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Silvio Tonnini, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Cagliari, est nommé professeur extraordinaire de psychiatrie.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Clemente Romano, privatdocent d'orthopédie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Padoue. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Cesare Cattaneo et Leone Maestro (*pédiatrie*); G. B. Fiocco (*dermatologie et syphiligraphie*).

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur R. Colella, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Messine, est nommé professeur extraordinaire de psychiatrie.

Faculté tchèque de médecine de Prague. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à M. le docteur Franz Scherer, privatdocent de pédiatrie.

M. le docteur Jaroslav Bukovsky est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Rome. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Achille Angelini (*pathologie médicale*); Giuseppe Garbini (*oto-rhino-laryngologie*).

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Adolf Elzholz est nommé privatdocent de neurologie et de psychiatrie.

VARIA

L'Académie des sciences de Paris a élu MM. Zambaco (de Constantinople) et Czerny (de Heidelberg) correspondants pour la section de médecine et chirurgie.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et 1882 : Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à 1899 inclusivement (17 années) absolument complètes, soit les 19 années parues de la *Semaine Médicale*, *franco* à domicile, au prix de 174 francs pour la France, 210 francs pour l'étranger.

L'Administration dit, pour la série des années 1883 à 1899, collection absolument complète, quoique la table de l'année 1892 soit épuisée, attendu que la *Table générale* qui doit paraître sera le répertoire complet du journal depuis sa fondation.

En outre, l'Administration peut fournir *isolément*, au prix de 8 francs l'année, *franco* à domicile en France, aux conditions suivantes, les années complètes (1883 à 1899), moins le n° 1 de 1884, le n° 53 de 1890 et la table de 1892.

Pour l'année 1886, il manque le n° 51.

Pour l'année 1887, il manque de 5 à 9 numéros divers.

Pour l'étranger, ajouter 2 francs par chaque année demandée, somme représentant le surplus des ports de poste.

Toute demande doit être accompagnée d'un mandat d'égale somme adressée à M. l'Administrateur de la *Semaine Médicale*, 18, rue de l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE PARIS

Aron (Mlle G.). Contribution à l'étude de l'aphasie hystérique.

Bévalot (L.). Des parotidites au cours de la fièvre typhoïde.

Bigart (E.). Recherches sur les albumines de la cellule hépatique.

Bochory (S.). Contribution à l'étude des tumeurs du testicule (les tumeurs testiculaires à type épithélial).

Chazet (G.). Contribution à l'étude de la tuberculose rénale avec fistules.

Cohen (A.). Traitement des lochies fétides par l'hypochlorite de soude (liqueur de Labarraque).

Deloff (Mme Véra). De la méningo-encéphalocèle et de son traitement par l'extirpation.

Frémont (E.-J.). De quelques indications opératoires dans la grossesse extra-utérine et en particulier dans la grossesse tubaire.

Gérin-Lajoie (M.-Th.). Quelques observations sur la pneumonie.

Goubeau (R.). Des troubles cutanés dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Gutman (J.). Les eaux minérales de Siradan (Hautes-Pyrénées).

Isaac (H.). De la colite muco-membraneuse.

Kazandjieff (I.). Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les inunctions avec la pommade au calomel.

Krikortz (G.). Contribution à l'étude du rhumatisme musculaire.

Labussière (Ch.). Recherches sur l'acétonurie et le coma diabétique.

Lacroix (P.). De l'ammoniaque urinaire.

Langlois (M.). La sonde vésicale à demeure; technique, indications, résultats thérapeutiques.

Laparra (F.). Goitre et grossesse; rapports; conduite à tenir.

Laval (H.). Le méningisme typhique.

Lazard (J.). Des tumeurs malignes primitives de la voûte crânienne et de leur traitement.

Mathieu (Ch.-A.). Contribution à l'étude de la péri-annexite tuberculeuse.

Menier (A.). De la fracture de Dupuytren.

Mercier (E.). Contribution à l'étude clinique des infections généralisées de l'organisme humain par les staphylocoques pyogènes.

Mettetal (M.-F.). Valeur de la tuberculine dans le diagnostic de la tuberculose de la première enfance.

Paon (F.). Résultats éloignés de la trépanation dans l'épilepsie.

Pesker (Mlle D.). Un cas d'affection familiale à symptômes cérébro-spinaux.

Petit (P.-J.). Etude sur les eaux minérales de Royat; action physiologique et indications thérapeutiques.

Poirier (H.). Des abcès pharyngiens simulant l'adénite ou l'adéno-phlegmon sous-maxillaire.

Polack (Aron). Rôle de l'état de réfraction de l'œil dans l'éducation et dans l'œuvre du peintre.

Porcheron. Essai de traitement de la variole hémorrhagique par le sérum gélatiné.

Portal (A.). Contribution à l'étude du traitement de certaines variétés de fractures par la suture osseuse précoce.

Provins. Le zona chez l'enfant.

Riss (E.). Les endocardites aiguës consécutives aux infections biliaires.

Robert (E.). Contribution à l'étude clinique de l'ostéo-sarcome de l'os iliaque.

Rosenthal (G.). Recherches sur quelques cas de bronchopneumonie aiguë.

Roux (J.-Ch.). Les lésions du système grand sympathique dans le tabes et leur rapport avec les troubles de la sensibilité viscérale.

Santos (G.). Les récentes recherches sur l'agglutination des microbes (le sérodiagnostic).

Solomjan-Birfeld (Mme). Fréquence de fissures et de lymphangites du sein pendant l'allaitement.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Lubarsch (O.) et **Ostertag** (R.). Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere (5. Jahrgang, 1898). In-8°, XII-1050 p. Wiesbaden.

Obrzut (A.). Nouvelles recherches histologiques sur la dégénérescence amyloïde. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mars.)

Rona (P.). Ueber das Verhalten der elastischen Fasern in Riesenzellen. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, XXVII, 2.) — De la façon de se comporter des fibres élastiques au sein des cellules géantes.

Sgambati (O.). Lo sviluppo del cancro nelle glandole linfatiche. (*Policlinico*, 15 fév. et 15 mars.)

Shattock (S.). Chromocyte clumping in acute pneumonia and certain other diseases, and the significance of the buffy coat in the shed blood. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, fév.) — De l'agglutination des hématies en rouleaux et de la couenne dans le sang coagulé des sujets atteints de pneumonie aiguë ou de certaines autres affections.

Shaw (H.). Milky effusions occurring in serous cavities; with report on a case of chylous ascites and chylous hydrothorax. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, fév.)

Sokolovsky (R.). Beitrag zur pathologischen Anatomie der Lepra. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLIX, 3.)

Thomson (R.) et **Ferguson** (A.). An analysis of sandy matter (sable intestinal) from the human intestine, with special reference to a contained pigment of unusual character. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, fév.)

MÉDECINE

Hay (J.). Two cases of pulsus paradoxus. (*Lancet*, 24 fév.)

Herz (H.). Ueber die active Dilatation des Herzens. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 fév. et 1er mars.) — De la dilatation active du cœur.

Holzknecht (G.). Das radiographische Verhalten der normalen Brustaorta. (*Wien. klin. Wochensch.*, 8 mars.) — Etude radiographique de l'aorte thoracique à l'état normal.

Huismans (L.). Ueber Morbus Addisonii. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 mars.)

Husband (H. A.). Handbook of the practice of medicine. 5e éd. In-8°, 783 p. avec fig. Edimbourg.

Jacobelli (F.). Sul rapporto tra le lesioni violente dello stomaco e l'ulcera gastrica. In-8°, 16 p. Rome.

Jaksch (R. von). Ein Fall von polyarthritischer Erkrankung der Halswirbelsäule. (*Prag. med. Wochensch.*, 25 janv., 1er, 8 et 15 fév.) — Un cas de polyarthrite des vertèbres cervicales.

Köppe (H.). Physikalische Chemie in der Medicin; Einführung in die physikalische Chemie und ihre Verwertung in der Medicin. In-8°, IV-170 p. avec fig. Vienne. A. Hölder.

Kraft (L.). Bidrag til patogenesen af ulcus ventriculi. (*Hospitalstidende*, 24 janv.)

Le Dantec (A.). Précis de pathologie exotique (maladies des pays chauds et des pays froids). In-18, II-945 p. avec fig.

Lenhartz (H.). Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. 3e éd. In-8°, XVI-360 p. avec fig. et planches en couleurs. Berlin. J. Springer.

Leo (H.). Ueber Wesen und Ursache der Zuckerkrankheit. In-8°, VIII-109 p. Berlin. — Sur la nature et l'étiologie du diabète.

Lisanti (A.). La congestione del fegato da idrargirismo. (*Riforma med.*, 21 mars.)

Malsbury (G. E.). Practice of medicine. In-8°, 400 p. avec fig. Londres.

Marchisio (B.). La polmonite crupale; statistica ed osservazioni sui malati di polmonite curati nell'Ospedale di Cuneo dal 1886 a tutto il 1899. In-8°, 30 p. Cunéo.

Moritz (E.). Die Untersuchung des Herzens für die Lebensversicherung. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 19 fév.) — De l'examen du cœur au point de vue des assurances sur la vie.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Baudin. De l'internement et de la libération des alcooliques délirants. (*Ann. d'hyg. publ.*, mars.)

Oppenheim (H.). Ueber eine Bildungsanomalie am Aquaeductus Sylvii. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, mars.) — Sur une anomalie de développement de l'aqueduc de Sylvius.

Philippe (Cl.) et **Oberthür**. Classification des cavités pathologiques intra-médullaires. (*Rev. neurol.*, 28 fév.)

Préobragensky (P.). Deux cas de syringomyélie héréditaire (en russe). (*Méd. Obozr.*, fév.)

Raecke. Ueber Erschöpfungspsychosen. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVII, 1.) — Des troubles psychiques par épuisement.

Raymond (F.). Clinique des maladies du système nerveux (hospice de la Salpêtrière, année 1897-1898). 4e série. In-8°, 610 p. avec fig.

Redlich (J.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Pseudologia phantastica. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVII, 1.)

Ruggiero (E.). Un caso d'iperidrosi facciale di origine nervosa. (*Ann. di med. navale*, mars.)

Scherb (G.). Myopathie primitive avec cyphoscoliose monstrueuse et rétraction de tous les fléchisseurs; pas de participation de la face. (*Rev. neurol.*, 15 mars.)

Schreiber (J.). Gehübungstafel für Rückenmarkleidende. (*Therapie der Gegenwart*, fév.) — Un appareil pour les exercices de la marche chez les tabétiques.

Sollier (P.). Le problème de la mémoire (essai de psycho-mécanique). Leçons faites à l'Université nouvelle de Bruxelles (1898-1899). In-8°, 223 p. avec fig.

Steiner (G.). Ein Beitrag zur Aetiologie der Epilepsie. (*Wien. med. Wochensch.*, 10 mars.)

CHIRURGIE

Smith (E. N.). Paralytic deformities of lower extremities; principles of their surgical treatment. In-16, 110 p. avec fig. Londres.

Spassokoukotzky (S.). Des amputations ostéoplastiques (en russe). (*Vratch*, 5 fév.)

Steinthal. Ueber die Nachbehandlung schwerer Unterleibsoperationen. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 fév.) — Des soins à donner à la suite d'opérations intra-abdominales graves.

Stimson (L.). An easy method of reducing dislocations of the shoulder and hip. (*Med. Record*, 3 mars.) — Un procédé simple de réduction des luxations de l'épaule et de la hanche.

Stori (T.). Contributo allo studio dei tumori dell'ombelico; studio clinico e istologico. (*Sperimentale*, LIV, 1.)

Subbotic (V.). Beiträge zur Pathologie und chirurgischen Therapie einiger Erkrankungen der Milz. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 5-6.) — De quelques affections de la rate et de leur traitement chirurgical.

Tavecchi (L.). Contributo alla cura delle vene, ulceri e piaghe varicose. (*Gazz. degli Osped.*, 11 mars.)

Tédenat (E.). Leçons de clinique chirurgicale faites à l'hôpital de Montpellier. T. Ier. In-8°, 490 p. Montpellier. Coulet et fils.

Tricomi (E.). Sulla importanza della sonda gastrica nelle gastropatie e sulle indicazioni della gastro-enterostomia. (*Gazz. degli Osped.*, 25 fév.)

UROLOGIE

Loumeau (E.). A propos des hématuries rénales « essentielles ». (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 25 fév.)

Melchior (M.). Om prostatitis. (*Ugeskrift for Læger*, 19 janv.)

Pisani (U.). Contributo alla cura della ipertrofia prostatica colla dieresi termogalvanica. (*Tribuna med.*, mai.)

Poncet (A.) et **Delore** (X.). Traité de l'uréthrostomie périnéale dans les rétrécissements incurables de l'urèthre; création au périnée d'un méat contre nature. In-8°, 160 p. avec fig. Masson et Cie.

Reale (E.). Manuale di chimica clinica (analisi delle urine e ricambio materiale). 2e éd. In-8°, 400 p. avec fig. Naples.

West (S.). On granular kidney and physiological albuminuria. In-8°, 198 p. Londres.

OPHTALMOLOGIE

Haab (O.). Atlas manuel d'ophtalmoscopie. (Trad. de l'allemand par A. Terson et A. Cuénod.) 2e éd. In-16, 276 p. avec planches en couleurs.

Hormuth (Ph.). Beiträge zur Lehre von den hereditären Sehnervenleiden. In-8°, 165 p. Hambourg. — Les affections héréditaires du nerf optique.

Lamhofer (A.). Zur Behandlung der Augeneiterung der Neugeborenen. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 fév.) — Du traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

Parinaud (H.). Le strabisme et son traitement. In-8°, 200 p. avec fig.

Putiata-Kerschbaumer (R.). Das Sarkom des Auges. In-8°, XII-285 p. avec planches. Wiesbaden. — Le sarcome de l'œil.

Sourdille (G.). Deux cas d'affections syphilitiques de la conjonctive bulbaire (syphilide papuleuse et chancre induré). (*Gaz. méd. de Nantes*, 10 mars.)

Stephenson (S.). Contagious ophthalmia : acute and chronic. In-8°, 84 p. Londres.

Thorner (W.). Ein stereoskopischer Augenspiegel; vorläufige Mitteilung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 19 fév.) — Un ophtalmoscope stéréoscopique.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Leick (B.). Primäre Diphtherie der Vulva. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 mars.)

Macharg (W. E.). An analytical account of fifty-seven cases of puerperal nfection. (*Brit. Med. Journ.*, 17 fév.)

Macnaughton-Jones (H.). Practical manual of diseases of women and uterine therapeutics. 8e éd. In-8°, 978 p. avec fig. Londres. — Traité pratique des maladies des femmes et de thérapeutique utérine.

Martin (A.). Die Versorgung des Nabels der Neugeborenen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 19 fév.) — Du traitement du cordon ombilical.

Mirtl (C.). Die Thermocolpeuryse, ihre Anwendung und therapeutischen Erfolge. (*Wien. med. Presse*, 11 et 18 fév.) — Des effets thérapeutiques du thermocolpeurynter.

Morris (R.). Preliminary note on an operation for suspension of the uterus. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Nassauer (M.). Hydrorrhoea ovarialis intermittens (Hydrops ovarii profluens); zur Lehre von den Tubo-Ovarialcysten. (*Münch. med. Wochensch.*, 13, 20 et 27 fév.)

Noble (Ch. P.). Remarks on extra-uterine pregnancy. (*Amer. Gynæcol. and Obstet. Journ.*, mars.)

Pohorecky (A.). Die Endothelgeschwülste des Uterus. (*Arch. f. Gynäkol.*, LX, 2.) — Les endothéliomes utérins.

Prokess (A.). Sectio caesarea in moribunda; lebendes Kind. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 mars.) — Extraction d'un enfant vivant au moyen de l'opération césarienne.

Sänger (M.) et **Herff** (O. von). Encyklopädie der Geburtshülfe und Gynäkologie. Fasc. 1 et 2. In-8°, 96 p. Leipzig. E. C. W. Vogel.

Saulieu et **Lebief**. Tableaux synoptiques d'obstétrique. In-8°, 200 p. avec fig.

Schäffer (O.). Ueber Zerreissung des Scheidengewölbes sub coitu und andere seltenere Kohabitationsverletzungen. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 24 fév.) — De la rupture du cul-de-sac vaginal pendant l'acte sexuel et de certaines autres lésions rares, dues au coït.

Schmit (H.). Zur Kenntnis des Carcinoma psammosum corporis uteri. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.)

Schücking (A.). Die galvanothermische Behandlung der Uterusschleimhaut. (*Wien. med. Wochensch.*, 10 fév.) — Traitement galvanothermique de la muqueuse utérine.

Smith (H.). Practical gynæcology : a handbook of the diseases of women. 2e éd. In-8°, XX-230 p. avec fig. Londres. H. J. Glaisher.

PÉDIATRIE

Johannessen (A.). La dilatation hypertrophique du gros intestin chez l'enfant. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, fév.)

Lennander (K. G.). Fall af medfödd (?) dilatation och hypertrofi af flexura sigmoidea hos ett barn (maladie de Hirschsprung?). (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 1.) — Dilatation congénitale et hypertrophie de l'anse sigmoïde chez un enfant.

Monti (A.). Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Fasc. 11. In-8°, p. 341-410. Vienne.

Nové-Josserand et **Brisson**. Contribution à l'étude de la position élevée de l'omoplate. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, mars.)

Pascoletti (S.). Contributo clinico alla diagnosi di reumatismo nell'infanzia. (*Gazz. degli Osped.*, 25 fév.)

Piéchaud (T.). Précis de chirurgie infantile. In-18, 832 p. avec fig.

Rocaz (Ch.). Quelques particularités cliniques de la grippe chez les jeunes enfants. (*Ann. de la policlin. de Bordeaux*, fév.)

Starck (von). Zur Casuistik der accidentellen Herzgeräusche in den ersten Lebensjahren. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVIII, 3-4.) — Quatre observations de bruits de souffle cardiaques d'origine fonctionnelle chez des enfants en bas âge.

Tuttle (G. M.). Diseases of children. In-8°, 386 p. avec fig. Londres.

Vergely (J.). De la respiration de Cheyne-Stokes dans la méningite tuberculeuse. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 4 mars.)

Weill (E.). Précis de médecine infantile. In-18, 694 p. avec fig.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Muck. Entotisches Geräusch in Folge eines Aneurysma der Arteria occipitalis. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXVI, 3.) — Bruit intra-otique lié à un anévrysme de l'artère occipitale.

Nöbel et **Löhnberg**. Aetiologie und operative Radicalheilung der genuinen Ozaena. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 12, 19 et 26 mars.)

Olivier (P.). Origine et traitement respiratoires d'un cas de dysphonie datant de neuf ans. (*La Parole*, fév.)

Price-Brown (J.). Diseases of the nose and throat. In-8°, 491 p. avec fig. Philadelphie.

Rudloff (P.). Ueber die Operation der adenoiden Vegetationen am hängenden Kopfe in Narkose. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXVI, 3.) — De l'ablation des végétations adénoïdes à l'aide de l'anesthésie générale, la tête pendante.

Scheele. Ueber Glasbläsermund und seine Complicationen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 et 12 mars.) — Des lésions buccales et de leurs complications chez les souffleurs de verre.

Siebenmann (F.). Ueber Ozaena (Rhinitis atrophica simplex und foetida). (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er mars.)

Stein (V. S.). Larynxneuroser. (*Hospitalstidende*, 21 fév.)

Tétéréviatnikov (I.). De la fréquence des végétations adénoïdes, de leurs rapports avec les affections otiques et de l'aprosexie dans les écoles (en russe). (*Méd. Obozr.*, fév.)

HYGIÈNE

Ferraris (E.). L'immondezza stradale nella città di Pavia dal punto di vista dell'igiene pubblica. (*Giorn. della Reale Soc. ital. d'igiene*, mars.)

Gaches-Sarraute (Mme). Le corset (étude physiologique et pratique). In-8°, 131 p. avec fig.

Gastinel. Notes sur un type de brancard suspendu, destiné aux troupes opérant aux colonies. (*Arch. de méd. navale*, fév.)

Gommaerts (F.). L'enseignement de la gymnastique scientifique par la méthode suédoise. In-12, 31 p. Gand.

Gorini (C.). Sulla disinfezione degli ambienti mediante la formaldeide. (*Policlinico*, 1er mars.)

Guézennec. Notes d'hygiène navale recueillies pendant une campagne dans l'océan Atlantique. (*Arch. de méd. navale*, fév.)

Guillemard (A.). Contributions à la science sanitaire. 1re partie : l'installation théorique de l'écoulement à l'égout. In-8°, 55 p. avec fig.

Hüppe (F.). Verhandlungen der ständigen Tuberkulose-Commission der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in München, 1899. In-8°, V-132 p. Berlin.

Jensen (G. J. G.). House drainage and sanitary fitments. In-8°, 278 p. avec fig. Londres.

Kornig (G.). Die Hygiene der Keuschheit. 5e éd. In-8°, 120 p. Berlin. — L'hygiène de la continence.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Binda (C.). Nuovi metodi per la ricerca chimicolegale del fosforo. (*Giorn. di med. legale*, mars-avril.)

Brouardel (P.). Le mariage; nullité, divorce, grossesse, accouchement. In-8°, VIII-452 p.

Dumas. Addendum à la loi sur l'exercice de la médecine. (*Echo méd. des Cévennes*, 1er mars.)

Ferriani (L.). Schreibende Verbrecher; ein Beitrag zur gerichtlichen Psychologie. (Trad. de l'italien par A. Ruhemann.) In-8°, III-292 p. Berlin.

Garnier (P.). Le sadi-fétichisme. (*Ann. d'hyg. publ.*, fév. et mars.)

Laborde (J. V.), **Manouvrier**, **Papillault** et **Gellé**. Etude psycho-physiologique, médico-légale et anatomique sur Vacher. In-8°, 51 p. avec fig. Schleicher frères.

Lacassagne (A.). Le vade-mecum du médecin expert; guide médical ou aide-mémoire de l'expert, du juge d'instruction, de l'avocat, des officiers de police judiciaire. 2e éd. In-8°, XIV-307 p. avec fig.

Schmidt (R.). Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes für verletzende Eingriffe; ein Beitrag zur Lehre der Straf-und Schuldausschliessungsgründe. In-8°, V-60 p. Iéna. — La responsabilité pénale du médecin.

Stark. Ein Fall von hochgradiger Idiosynkrasie gegen Injectionen mit Hydrarg. salicyl., nebst einem Beitrage zur sogenannten Paraffinembolie der Lungen. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er mars.) — Sur un cas d'idiosyncrasie extrême à l'égard des injections de salicylate de mercure et sur l'embolie pulmonaire due à la paraffine.

Vibert. Précis de toxicologie clinique et médicolégale. In-8°, 912 p. avec fig.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Manquat (A.). Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie. 4e éd. T. II. In-16, p. 1061-2104.

Pazzi (M.). Dei colori di catrame introdotti in terapia e precipuamente del metilvioletto e del bleu di metilene; studio storico-critico-bibliografico. In-8°, 112 p. Bologne.

Pisani (A.). Sopra l'azione cardio-tonica dello strofanto; studio clinico-sperimentale. (*Morgagni*, fév.)

Powell (Sir R. D.). The treatment of rheumatism, its prophylaxis and cardiac complications. (*Lancet*, 31 mars.)

Sansom (A. E.). On the treatment of the rheumatic diseases of the heart in the early periods of their manifestation, a retrospect and an estimate. (*Lancet*, 31 mars.) — Revue critique sur le traitement des affections rhumatismales du cœur à la période de début.

Schäfer (F.). Die therapeutische Anwendung von Ichthoform; vorläufige Mitteilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 mars.)

Schmidt (H.), **Friedheim** (L.), **Lamhofer** (A.) et **Donat** (J.). Diagnostisch-therapeutisches Vademecum. 4e éd. In-12, VI-416 p. Leipzig.

Silvestri (T.). Il sublimato corrosivo nella tubercolosi con speciale riguardo alla forma ossea ed articolare. (*Gazz. degli Osped.*, 25 mars.)

Wood (W.). Elements of practical materia medica and pharmacy. In-8°, 132 p. Londres.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur J. Hirschberg, professeur extraordinaire d'ophtalmologie, est nommé professeur ordinaire honoraire.

Faculté de médecine de Palerme. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Michele Consiglio (*physiologie*); Giovanni Masnata et Michele Titone (*médecine opératoire*); Pietro Marchesi (*obstétrique et gynécologie*).

Université d'Edimbourg. — M. le docteur John Wyllie est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de Sir Thomas Grainger Stewart, décédé.

New York Post-Graduate Medical School. — M. le docteur Charles W. Allen est nommé professeur adjoint de dermatologie.

Philadelphia Polyclinic. — M. le docteur James Thorington est nommé professeur d'ophtalmologie.

Rush Medical College de Chicago. — M. le docteur John Dodson, professeur de physiologie, est nommé professeur de pédiatrie.

M. le docteur J. Loeb est nommé professeur de physiologie, en remplacement de M. Dodson.

NÉCROLOGIE

M. le docteur A. Moussier, chirurgien des hôpitaux de Nantes. — M. le docteur Gustav Born, professeur honoraire d'anatomie à la Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur S. Kristeller, privatdocent de gynécologie à la Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Daniel John Leech, professeur de thérapeutique et matière médicale à Owens College de Manchester. — M. le docteur V. V. Soutouguine, ancien lecteur d'obstétrique et de gynécologie à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur Benjamin Douglas Howard, ancien professeur de chirurgie au Medical Department of the University of Vermont de Burlington. — MM. les docteurs John Ashhurst, ancien professeur de chirurgie, et E. O. Shakespeare, ancien lecteur d'ophtalmologie au Medical Department of the University of Pennsylvania de Philadelphie. — M. le docteur A. J. C. Skene, ancien professeur de gynécologie à Long Island College Hospital de Brooklyn.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et 1882 : Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à 1899 inclusivement (17 années) absolument complètes, soit les 19 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 174 francs pour la France, 210 francs pour l'étranger.

L'Administration dit, pour la série des années 1883 à 1899, collection absolument complète, quoique la table de l'année 1892 soit épuisée, attendu que la *Table générale* qui doit paraître sera le répertoire complet du journal depuis sa fondation.

LA MÉDECINE A L'EXPOSITION DE 1900

Depuis que l'Exposition internationale de 1900 est ouverte et visible, que de fois ne nous a-t-on posé cette question : « Comment un médecin doit-il s'y prendre pour visiter rapidement et pour étudier le plus fructueusement possible tout ce qui a trait à sa profession, dans cet ensemble grandiose de palais, qui s'étend du Champ de Mars aux Invalides? »

Le problème, ainsi posé, est beaucoup plus difficile à résoudre que la majorité de nos confrères pourraient le croire *a priori*. Chacun sait, en effet, — nous ne cessons, pour notre part, de le répéter depuis plusieurs années — combien est grand le désordre, en ces splendides constructions plus remarquables par leur blancheur immaculée que par leur arrangement logique; combien, en particulier, il est difficile de retrouver, perdus dans des sections différentes et souvent très éloignées les unes des autres, les divers objets d'ordre médical, qu'ils ne soient dignes que d'un coup d'œil ou qu'ils méritent, par contre, quelques minutes d'attention!

Mais le devoir d'un véritable guide, dont le rôle est de faire gagner au visiteur, à bon droit pressé, un temps précieux, consiste précisément à apporter une certaine méthode dans la description de ce vaste musée temporaire, où une administration aux idées trop vagues n'a su rassembler et mettre en relief qu'un colossal mélange, aux dehors souvent harmonieux et artistiques, mais parfois dénué d'intérêt et d'unité professionnels.

Nous allons tenter — une fois n'est pas coutume! — de réaliser, au moins dans la mesure du possible, ce desideratum tant souhaité, c'est-à-dire essayer de découvrir dans ces halls immenses tout ce qui est susceptible d'intéresser le médecin; de signaler où se trouvent placées les expositions spéciales qu'il faut voir; et d'indiquer comment, en trois courtes matinées (1), on pourra admirer les merveilles qu'à cette Exposition de 1900 on a tant de peine à dépister et à rapprocher, pour en tracer un tableau d'ensemble qui ne s'écarte pas trop de la vérité. Mais, avant d'entrer dans les détails, si chers à tout cicerone qui désire ne rien oublier, qu'on nous permette une courte réflexion d'ensemble. Elle a au moins pour elle le mérite de la franchise, si elle n'est pas consolante pour notre profession.

Au point de vue spécial qui nous occupe, l'Exposition de 1900 est bien inférieure à celle de 1889; et les sciences biologiques sont loin d'y briller au premier rang, comme à cette époque déjà lointaine. Il y a onze ans, en effet, les applications des découvertes de Pasteur à l'hygiène et à la chirurgie étaient exposées pour la première fois; et elles frappèrent vivement le grand public (2). Qui ne se souvient, par exemple, de la révolution qui s'était manifestée, de 1885 à 1889, dans la fabrication des instruments de chirurgie, et qui se traduisit, en 1889, d'une façon si évidente, par les remarquables expositions françaises de la classe XVI? Or, en 1900, il n'y a rien de véritablement neuf dans la classe correspondante; et certains de nos grands fabricants n'ont même pas exposé!

La période décennale qui vient de s'écouler est, comme on le dit de tous côtés, la période de l'électricité industrielle. Pour tous ceux qui ont visité les installations mécaniques si extraordinaires des galeries du Champ de Mars, le doute n'est en effet pas possible; et, si nous devions nous étonner de quelque chose, ce serait de voir que la médecine ait su si peu profiter de l'énorme essor pris depuis quelques années par la machinerie électrique! Il ne faut rien exagérer toutefois, car les médecins savent tous que la remarquable découverte des rayons Röntgen correspond précisément à cette dernière période décennale, et que la radiographie n'est qu'une branche de la belle science qui va tant faire parler d'elle dans le siècle prochain.

Ceci dit une fois pour toutes, voyons comment un médecin doit disposer ses courses pour pouvoir se faire une idée des choses de la médecine, dispersées çà et là de la place de la Concorde au Trocadéro. A notre avis, il lui sera possible, en trois visites seulement, de jeter un coup d'œil suffisant sur tout cet ensemble, s'il veut bien remarquer qu'en réalité trois expositions l'intéressent surtout : 1° celle des instruments et appareils de chirurgie; 2° celle de l'hygiène et de l'assistance publique en France et à l'étranger, sans oublier l'hygiène et l'assistance de la ville de Paris; 3° les installations de secours aux blessés (assistance rapide), disséminées çà et là sur les berges de la Seine et comprenant l'organisation même du service médical de l'Exposition de 1900.

En conséquence, pour gagner du temps, le médecin pourra procéder de la façon suivante :

PREMIÈRE VISITE : *Exposition des instruments de chirurgie au Champ de Mars;*

DEUXIÈME VISITE : *Exposition d'hygiène et d'assistance, française et étrangère, d'abord au Champ de Mars, puis sur les bords de la Seine;*

TROISIÈME VISITE : *Postes médicaux de l'Exposition de 1900 et expositions des secours rapides, sur les deux berges de la Seine* (*pavillon des Armées de terre et de mer et pavillon de la Ville de Paris*).

Aussi vais-je donner, à l'avance, un récit de ces trois visites, en entrant dans tous les détails nécessaires, sans toutefois tomber dans une énumération trop complète et trop aride; et, avec ce petit guide, vous pourrez constater sur les lieux que presque rien ne vous échappera et que vous aurez de la sorte vu, à l'Exposition, tout ce qui mérite de fixer le regard d'un médecin instruit et amoureux des progrès les plus récents de son art, sans perdre un temps qui, à Paris, est toujours précieux.

PREMIÈRE VISITE

Instruments et appareils de chirurgie.

Pour cette première excursion, nous prendrons rendez-vous au Champ de Mars, à l'entrée du Palais des Lettres, Sciences et Arts, c'est-à-dire du Palais qui longe l'avenue de Suffren, et à la porte qui correspond à la Tour Eiffel. Entrés dans ce palais, après avoir traversé le hall central où l'on voit frapper des monnaies, nous pénétrerons dans la travée centrale du rez-de-chaussée, au milieu des machines à imprimer; et, sans nous arrêter à la Librairie, qui se trouve à côté, où l'on peut à loisir examiner les expositions de tous les éditeurs médicaux du quartier latin, mais sur lesquelles nous croyons hors de propos d'insister ici, nous gagnerons les sections étrangères, c'est-à-dire le centre même de la partie du Palais consacrée aux Sciences.

Chemin faisant, nous aurons ainsi laissé de côté, à gauche, la section des *instruments de précision*, où sont rassemblés un nombre considérable de microscopes, d'appareils d'ophtalmologie, d'instruments de physique, etc., dont l'étude détaillée n'est pas de notre ressort. Bornons-nous à ajouter que l'exposition allemande de *microscopie*, si intéressante et si belle, est placée, par contre, au premier étage, au dessus précisément des machines à imprimer; et les vitrines des fabricants de Leipzig, entre autres, sont à ne pas oublier.

Parvenus au milieu des sections étrangères, il n'est point aisé de distinguer, à première vue, les instruments de chirurgie. Toutefois, si nous commençons par les Etats-Unis, nous serons guidés par la grande lunette astronomique qui occupe le milieu de la salle où est exposée une belle collection d'un fabricant de New-York, et en particulier l'installation de la maison The Kny-Scheerer Co., à peine connue en Europe, car c'est la première fois que nous voyons ce nom paraître à Paris (tables d'opération, etc.).

Non loin de là, la Suisse se distingue par les belles expositions de MM. Knödel et Laubscher (meubles chirurgicaux en miniature); et M. J. Heinz (de Bâle) y a installé une salle d'opérations. Tous les chirurgiens ayant voyagé dans ce pays connaissent cette fabrication qui a tant d'analogie avec la nôtre.

A l'Autriche, la maison J. Odelga (de Vienne), outre une superbe vitrine instrumentale, a mis sous les yeux du public des photographies de l'intérieur de ses magasins et ateliers, ce qui permet de se rendre compte de leur importance. A signaler, en particulier, pour la marque bien connue de J. Leiter (de Vienne), l'appareil du docteur Boghean, pour régler la profondeur, le rythme et la fréquence de la respiration sans effort du malade; l'uréthro-calibro-dynamomètre du docteur Vadja et l'uréthro-cystoscope du docteur Schlifka. Non loin de l'exposition de H. Reiner (de Vienne), à signaler encore les instruments des docteurs Politzer et Elschnig.

La Hongrie est représentée par la maison Garay Samu (de Budapest), les instruments du docteur Morelli, destinés aux maladies du nez et de la gorge, l'exposition de la Faculté de médecine de Budapest. A noter des objets relatifs à l'anatomie pathologique et des vues gastroscopiques.

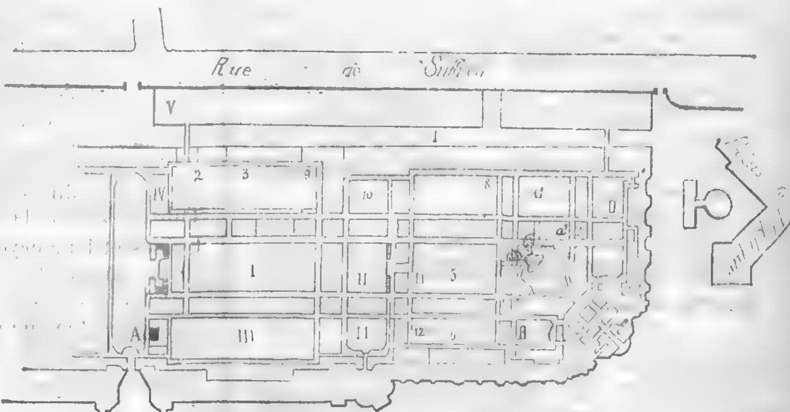
A la Belgique, quelques plans d'hôpitaux, un squelette enduit de colophane pour l'étude des opérations sur les os, et les travaux exposés par diverses Universités.

Nous devons faire une mention spéciale pour l'Allemagne et en parler ici, quoiqu'elle soit installée au premier étage du palais, car nous n'aurons pas l'occasion de revenir en ce point. Son exposition collective d'instruments de chirurgie et d'appareils de précision est des plus soignées. E. Kratz (de Francfort) et H. Frommholz (de Berlin) présentent des aiguilles intéressantes. Les fabricants connus, Windler, Weber et Hampel, Hauptner, Geffers (de Berlin), Härtel (de Breslau), Meyer et Kersting (de Carlsruhe) (salles d'opérations en miniature), Haaga (de Cannstatt), Walle (de Heidelberg), etc., ont envoyé là les types principaux de leur arsenal. Un simple mot pour les instruments de médecine vétérinaire des maisons Hauptner et Walle.

Au Danemark et à la Norvège, qui se trouvent également au 1er étage, on voit quelques appareils orthopédiques et des photographies relatives au traitement du lupus.

Il nous faut mentionner encore quelques vitrines d'instruments d'art dentaire et d'orthopédie, disséminées dans les sections que nous venons de parcourir, mais qui ne dénotent aucun effort spécial. A noter enfin que les autres nations, telles l'Angleterre, l'Italie, etc., ne paraissent rien avoir exposé, en fait d'instruments de chirurgie, au Champ de Mars (1). Nous disons à dessein : « ne paraissent », car tous les jours, dans ce capharnaüm immense, nous faisons des découvertes vraiment inattendues!

La première partie de notre promenade est terminée. Il nous faut continuer en gagnant



Premier étage du Palais des Lettres, Sciences et Arts, au Champ de Mars.
III et A, enseignement supérieur; B, instruments de chirurgie; D, photographie; C, librairie (au rez-de-chaussée); I, enseignement primaire; II, enseignement secondaire.

(1) Les visites à l'Exposition, pour être fructueuses et instructives, ne peuvent être faites que le matin, de neuf heures à midi. Dans la soirée, il est impossible, en raison de la foule, d'approcher des vitrines, de les considérer à loisir, et surtout de se faire donner, par les exposants, les explications nécessaires. De plus, on gagne beaucoup de temps, en prenant, pour chaque spécialité, un guide compétent, car il y en a.

(2) MARCEL BAUDOUIN. Guide médical à l'Exposition de 1889. Paris, 1889, 3 vol.

(1) L'Italie a quelques instruments aux Invalides, (1er étage.)

l'exposition française des instruments de chirurgie, qui se trouve au *premier étage* du même palais. Pour ce faire, nous reprenons la travée centrale; nous nous dirigeons du côté de l'ancienne galerie des Machines, et montons au premier étage par l'escalier de gauche, situé au voisinage de l'exposition rétrospective des voitures. Nous passons, en restant du côté de l'*enseignement supérieur*, c'est-à-dire en longeant le côté du palais qui correspond aux jardins, devant les expositions de l'Ecole de médecine de Reims, contenant des photographies de laboratoires, et devant les vitrines de M. le docteur Phisalix, avec ses recherches sur les venins. On voit en outre, dans le groupe des exposants libres, des photographies de l'Ecole dentaire de Paris; en face, l'exposition de l'abbé Rousselet, directeur du laboratoire de phonétique expérimentale au Collège de France, qui présente une série d'appareils intéressants (un explorateur du larynx, un appareil inscripteur de la parole en même temps que des mouvements de phonation, un palais artificiel et un explorateur pour l'étude des mouvements des lèvres, etc.); puis voici l'Institut de Bibliographie, de nombreuses Sociétés savantes, le Muséum d'histoire naturelle, etc.

Prenant le long couloir flanqué au mur, nous nous dirigeons ensuite, du côté de la tour Eiffel, en jetant au passage un coup d'œil sur tout l'enseignement supérieur, pour ne nous arrêter un instant qu'à la Faculté de médecine de Paris, qui a exposé la collection des thèses soutenues en 1899, formant une série de volumes respectable, des photographies de la façade de la Faculté, des pavillons de dissection, de la clinique Baudelocque, de la clinique annexe d'otologie, du musée Dupuytren.

A l'exposition rétrospective de l'enseignement, en face, séparée par la largeur du Palais, se trouvent des documents intéressants pour l'histoire des Facultés de médecine : des estampes, dont une vue de l'amphithéâtre anatomique construit sous le règne de Louis-le-Grand, en 1694, par les soins et aux dépens de la Compagnie royale des maîtres chirurgiens de Paris (il se trouvait rue de l'Ecole-de-Médecine sur l'emplacement occupé aujourd'hui par l'Ecole de dessin); une vue de l'Ecole de médecine et de la nouvelle fontaine dans la rue de l'Ecole-de-Médecine, du commencement de ce siècle; une gravure représentant l'ancienne Ecole de médecine de la rue de la Bûcherie; deux affiches de thèses de chirurgie très curieuses : l'une de 1762, l'autre de 1752 (Ecole de chirurgie); des photographies : bustes de l'amphithéâtre, Ferrein (par Pigalle), Hippocrate refusant les présents (de Girodet); une aquarelle (costumes des professeurs de la Faculté de médecine); un portrait de Rabelais, etc.

Les Facultés de médecine de Lyon, Montpellier, Nancy, Bordeaux, Toulouse, Lille, ont présenté les travaux de leurs professeurs, des photographies des laboratoires et des hôpitaux servant aux cliniques, avec plans. De même, les Ecoles de médecine de Caen, Poitiers, Dijon, Rennes, Grenoble, Besançon, qui, ainsi que les Facultés de Bordeaux et de Nancy, ont fait éditer, à l'occasion de l'Exposition, des livrets de leurs Universités, plaquettes-prospectus à la disposition du public. La Faculté de Lille a, en outre, exposé le périmètre du docteur Lapersonne, l'appareil pour cultiver les anaérobies du docteur Carrière, ainsi qu'un album de photographies de maladies cutanées du docteur Charmeil. L'Université de Besançon a envoyé un *Eloge de l'Université de Dôle* (1673), tiré des archives du Doubs, par le docteur J. Chifflet, le premier médecin numismate français qui ait eu une médaille frappée en son honneur! Comme on le voit, une très large place a été, à bon droit, réservée aux Universités de province.

Nous voici arrivés au « clou » de cette première visite, à la classe XVI, la plus importante, à notre point de vue médical, de toute l'Exposition. Elle se trouve au premier étage du Palais des Lettres, Sciences et Arts, au coin le plus rapproché de la Seine et de la Tour Eiffel.

On sait que cette installation est due tout entière à M. le docteur Berger, professeur du cours d'opérations et d'appareils à la Faculté de médecine de Paris, dont l'impartialité et l'esprit de méthode sont appréciés depuis longtemps par tous nos fabricants, aidé de M. Collin, le fabricant connu, et de M. Leclerc, pharmacien, secrétaire du Comité d'organisation, qui s'est consacré à sa tâche avec un rare dévouement.

Cette exposition comprend deux parties bien distinctes : 1° l'*exposition décennale* ou *moderne* (*1889-1899*), dans laquelle, théoriquement, les exposants n'auraient dû faire figurer que les modèles récents, mais dans laquelle, en réalité, on trouve toutes leurs créations et parfois leurs imitations; 2° l'*exposition rétrospective*.

1° L'exposition moderne est très belle et très consolante pour notre pays, qui tient certainement le premier rang au point de vue du fini de la construction et de la valeur artistique des objets fabriqués; mais elle ne se distingue pas, comme celle de 1889, par deux ou trois idées neuves : telle, par exemple, la construction des manches métalliques et des différents modes d'articulation pour les instruments à deux branches, progrès qui furent inspirés par les nécessités de la stérilisation, etc.

Nous avons là sous les yeux d'élégantes vitrines, très soignées et bien disposées, surveillées avec soin, mais malheureusement situées au premier étage : ce qui fait que cette partie de l'Exposition est peu fréquentée du grand public, tandis qu'en 1889, par sa situation au rez-de-chaussée, elle avait eu, au contraire, le don d'attirer tout spécialement l'attention de la foule. D'autre part, la place qui a été réservée à quelques expositions est manifestement trop restreinte; parfois, enfin, les vitrines sont trop rapprochées les unes des autres. Mais s'il faut avouer qu'avec un personnel un peu plus accoutumé à ce genre de travaux on eût pu mieux faire, on doit reconnaître que ce qui existe aujourd'hui (cette exposition a été l'une des dernières prête) est très satisfaisant et plus que suffisant.

Signalons donc seulement, sans nous y arrêter, les expositions des fabricants d'instruments connus de tous : MM. Mathieu, Collin, Dumez, Favre, Simal, Wulfing-Luer, Brenot, Aubry, Haran, Major, Lépine (de Lyon), etc., car il est impossible ici de citer même les modèles nouveaux.

Disons plutôt quelques mots des appareils de *salles d'opérations* de cette exposition. M. Mathieu montre des tables en métal à inclinaisons variables et la table de Doyen; M. Collin, des tables d'opérations émaillées; M. Dupont, des tables en métal et des tables à panneaux en cristal; MM. Bonamy, de Sarnez et Cie, la table du docteur H. Delagénière (le type du matériel fixe d'hôpital), des tables pliantes, la table Richelot, etc. MM. Flicoteaux, Borne et Boutet ont installé une très belle salle d'opérations vitrée, avec les derniers perfectionnements de l'asepsie et le polyautoclave fixe des docteurs Pozzi et Jayle.

A voir aussi les vitrines de Gliquet (de Bordeaux), de Viault, de Bognier, de Burnet, de Vergne, de Gaillard, de Porgès (stérilisateur pour sondes), de Delamotte, de Rondeau (bougies, etc., en gomme), de Leclerc (appareils de stérilisation), de Tramont, de Montaudon, successeur d'Auzoux, dont les modèles anatomiques sont universellement appréciés ; enfin les instruments de physiologie de Verdin. Viennent ensuite des collections particulières, comme celle de M. le docteur Hamonic, qui expose des instruments pour les affections des voies urinaires, un conducteur pour sondes, un stérilisateur au formol, un urétrographe ingénieux, destiné à prendre le tracé graphique du canal de l'urèthre.

Dès 1889, lors de la précédente Exposition, et surtout en 1893, à notre retour de Chicago, nous avions préconisé l'idée d'une exposition collective, sous forme de *salle d'opérations typique* (1). Il est regrettable qu'en 1900 on n'y ait point songé ou plutôt qu'on n'ait pas compris l'intérêt scientifique et pratique qui s'attachait à une tentative de cette nature, d'autant plus que cette innovation était très susceptible de plaire à la majorité des fabricants.

(1) Marcel Baudouin. Guide médical à l'Exposition de 1889. Paris, 1889. — Les institutions médicales des Etats-Unis : Boston et Chicago. (*Semaine Médicale*, 1893, Annexes, p. CCXXX.) — L'hôpital de Prompts-Secours de l'Exposition de 1900. Paris, 1895.

2° L'exposition rétrospective des instruments de chirurgie occupe quelques vitrines, verticales et horizontales, disposées autour de la balustrade qui s'étend, au premier étage, au pourtour de la vaste baie du hall d'entrée de ce Palais ; elle est située à quelques mètres de l'exposition précédente. Elle aurait pu être beaucoup plus importante, et, en tous cas, aurait été rendue plus intéressante, si tous les collectionneurs et les grandes administrations avaient consenti à y contribuer. Mais de telles expositions ne peuvent s'improviser, surtout dans un pays où il n'existe pas encore de Musée type de médecine opératoire !

L'exposition rétrospective comprend trois grandes collections et une foule d'expositions particulières, disséminées çà et là.

Mais la plus importante des collections est certainement celle de la Faculté de médecine de Paris, qui, à elle seule, occupe la plus grande vitrine; et il est regrettable qu'on n'ait pas exposé, en même temps et à côté d'elle, le catalogue de ces instruments, qui a été établi sur fiches à la Faculté et renferme plus de 2,500 numéros. Une foule de curiosités sont à voir dans cette splendide exposition; mais nous nous bornerons à un exemple. On y découvre, en effet, une relique de l'épopée impériale, d'un haut intérêt historique et digne de figurer à l'exposition rétrospective du palais des Armées de terre et de mer. C'est la trousse du docteur Antomarchi, contenant les *scalpels ayant servi à faire l'autopsie de Napoléon Ier*, à Sainte-Hélène. Léguée par le médecin de l'empereur à la Faculté de médecine de Paris, cette boîte, qui ne pourrait attirer l'attention que par une fiche de catalogue (lequel est absent), a été conservée au musée Orfila, où aucun membre de la « Sabretache » n'a eu, que je sache, le flair de la dépister, jusqu'au moment où elle fut *cataloguée*, à la formation toute récente de l'embryon de musée de médecine opératoire de la Faculté, essai que j'ai tenté sous la direction de M. le professeur Terrier.

A côté de la vitrine de la Faculté, il faut mentionner d'abord la belle collection de M. Collin; puis les instruments envoyés par le ministère de la marine et par une foule de particuliers : MM. Galippe, Mathieu, etc., etc.

Cette exposition, si spéciale et si précieuse, ne devrait pas, au mois d'octobre prochain, être disséminée aux quatre coins de France. Il faudrait s'efforcer — et c'est là le devoir de ceux qui l'ont organisée — de la conserver telle quelle, ou à peu près, pour le futur musée de médecine opératoire à créer à Paris.

Il faut terminer cette première excursion au Champ de Mars par une courte visite à la section de *photographie*, qui se trouve en face, pour y voir les travaux les plus finis et les trouvailles les plus récentes en fait de *radiographie*. A côté des instruments de chirurgie, on aura pu noter déjà, au demeurant, un grand tableau de radiographies du docteur Contremoulins, et, lui faisant pendant, une radiographie de scoliose et de luxation de la hanche, presque grandeur nature, due à M. le docteur Vaillant, chef du laboratoire de radiographie de la Clinique Baudelocque.

A la section de photographie, les radiographies de tuberculose traitée par les rayons X, du docteur Londe, sont à voir; de même, les épreuves de MM. Marie et Ribaut (de Toulouse), la cinématographie du cœur et l'appareil du docteur Guilleminot, les vues cinématographiques de Billon-Dag, les appareils des docteurs Rémy et Frèche pour le traitement des dermatoses, etc., etc.

Il y a encore quelques vitrines d'instruments de chirurgie dans les sections étrangères, en particulier à l'hygiène et au Palais des Armées de terre et de mer. Nous n'en parlerons pas ici toutefois, préférant réserver pour notre troisième visite ce qu'il y a d'intéressant à noter en chirurgie d'armée, surtout en ce qui concerne la Russie, pays où, on le sait, les établissements qui fabriquent les instruments destinés au service de santé militaire sont des manufactures d'Etat.

Dr Marcel Baudouin,
Membre de la Commission supérieure de la Presse à l'Exposition.

20e ANNÉE. — N° 32. Vingt centimes le numéro. 1er AOUT 1900.

LA
SEMAINE MÉDICALE
Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'élaboration d'un Code de déontologie médicale et l'institution d'un Ordre des médecins devant le Congrès international de médecine professionnelle.

Le Congrès de médecine professionnelle et de déontologie médicale qui vient de se tenir à Paris la semaine dernière était le premier du genre. Si jamais Congrès put paraître nécessaire, c'est bien celui-là, en raison de la crise très aiguë que traverse actuellement, dans tous les pays, le Corps médical; et, cependant, il est permis de se demander s'il est à désirer que tous les vœux qu'il a formulés arrivent à réalisation, et si certains des remèdes proposés ne sont pas pires que le mal.

Sans vouloir nous occuper de toutes les questions contingentes, trop locales, qui ont été discutées dans les sections, nous croyons bon de porter un coup d'œil d'ensemble sur le point principal à l'ordre du jour, qui était de rechercher les moyens propres à empêcher le discrédit que jettent sur notre profession certains médecins peu scrupuleux, plus désireux d'arriver vite que d'observer les règles de probité et de délicatesse professionnelles qui ont été si longtemps l'honneur du Corps médical tout entier.

Or, si tous les membres du Congrès étaient d'accord sur la nécessité de prendre des mesures dans ce sens, les divergences ont commencé à se produire dès qu'il s'est agi de préciser ces mesures. D'une manière générale, on peut dire que deux systèmes surtout étaient en présence; d'une part, M. Grasset (de Montpellier), qui avait été chargé de faire un rapport sur les principes fondamentaux de la déontologie médicale en ce qui concerne les rapports des médecins entre eux, préconisait l'élaboration d'un Code de déontologie avec des sanctions purement morales, estimant que beaucoup pèchent par ignorance et qu'éduquer serait prévenir; tandis que d'autres, peu confiants en l'efficacité de cette mesure, se ralliaient à la création d'un Ordre des médecins comportant des chambres disciplinaires, lesquelles disposeraient de toute une série de peines disciplinaires. Finalement ces derniers, soutenus par nombre de confrères étrangers, notamment par les représentants de l'Autriche et de l'Allemagne, pays où il existe déjà une organisation analogue, l'ont emporté, et M. Grasset, dans les conclusions de son rapport, qui ont été adoptées, a dû ajouter aux mots de « sanctions purement morales » ceux de « pénalités d'ordre professionnel ».

Mais ce n'était là qu'un premier pas; malgré l'intervention de M. Le Blond (de Paris) et de M. Rocher, avocat-conseil de plusieurs associations médicales de Paris, qui ont fait entrevoir les difficultés — sinon l'impossibilité — de la création d'un Ordre des médecins, le principe de cette institution a été voté, en laissant au Corps médical de chaque pays le soin de décider de quelle manière il y aurait lieu d'organiser cet Ordre et de dresser son propre règlement.

Il est probable que ce vœu restera longtemps à l'état de lettre morte; aussi, dans le but, sans doute, d'attendre sa réalisation, le Congrès a-t-il décidé — ceci pour la France seulement, bien entendu — l'établissement d'un Comité permanent, composé des bureaux du présent Congrès, de l'Union des Syndicats médicaux, de l'Association générale des médecins de France, du Syndicat des médecins de la Seine et du Conseil général des Sociétés médicales de Paris, chargé d'élaborer un Code de déontologie sur les bases indiquées par le rapport de M. Grasset, d'en déterminer les règles d'applications dans les cas litigieux qui lui seraient soumis par les associations régionales, et, enfin, de préparer, pour une date qui n'a pas été fixée, un Congrès national de médecine professionnelle.

Comme un premier Congrès a toujours l'ambition de se créer des successeurs qui perpétuent son œuvre, le bureau du présent Congrès a aussi reçu mission de préparer un second Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale, qui se tiendra dans trois ans en Belgique, à Liège probablement.

Telle a été, dans ses grandes lignes, l'œuvre la plus générale de cette réunion. S'il est certaines des résolutions prises qui peuvent paraître plus ou moins nécessaires, la publication d'un Code de déontologie, par exemple — encore que la moralité du Corps médical dépende beaucoup plus des exemples donnés par les grands que des écarts des tout petits —, il en est d'autres, notamment la création d'un Ordre des médecins, qui sont grosses de menaces pour la liberté individuelle de l'homme de l'art; et si, contre toute attente, elles venaient à se réaliser, peut-être le Corps médical aurait-il un jour, comme les grenouilles du bon La Fontaine, à se plaindre d'avoir demandé un roi.

VARIA

L'Association internationale de la presse médicale.

Grâce à l'activité de M. le professeur Cornil et au zèle inlassable de M. le docteur Blondel, le premier Congrès international de la presse médicale, qui vient de réunir à Paris les directeurs et les rédacteurs des principaux journaux de médecine français et étrangers, a eu l'heureuse fortune d'aboutir à un résultat pratique : la fondation d'une Association internationale de la presse médicale, dont MM. les docteurs Posner (de Berlin), Marcel Baudouin et Laborde (de Paris) avaient eu l'idée première à Rome lors du Congrès international des sciences médicales. Cette Association, créée aujourd'hui en principe, votera son règlement l'année prochaine à Bruxelles; elle doit comprendre des directeurs et rédacteurs en chef de journaux et des journalistes médicaux de profession.

Il est à souhaiter que tous les Congrès touchant de près à la médecine puissent, chacun dans sa partie, à l'exemple de celui de la presse médicale, réaliser une œuvre durable, afin que les générations nouvelles trouvent dans le Corps médical des éléments de solidarité professionnelle ou de coopération scientifique qui ont presque toujours fait défaut à celles qui les ont précédées.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Debove, professeur de pathologie médicale, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Gênes. — MM. les docteurs Fausto Badano et Gerolamo Cuneo sont nommés privatdocenten de médecine interne.

Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur Nebelthau, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Marbourg, est nommé professeur extraordinaire de médecine interne.

Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur H. Reineboth, privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Lausanne. — M. le docteur Treyer (de Fribourg) est nommé privatdocent de pathologie interne.

Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur Wendel est nommé privatdocent de chirurgie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Quintaa, sénateur des Basses-Pyrénées. — M. le docteur Girard, député du Puy-de-Dôme. — M. le docteur Giovanni Falconi, professeur émérite d'anatomie à la Faculté de médecine de Cagliari. — M. le docteur Georges Yankolof, ancien président du Sobranié bulgare.

LA MÉDECINE A L'EXPOSITION DE 1900

DEUXIÈME VISITE

Hygiène et Assistance publique.

Dans cette seconde excursion, nous allons visiter les expositions d'hygiène et d'assistance. Là encore, c'est le désordre le plus remarquable qu'il soit possible de supposer, l'hygiène se trouvant dispersée, de même que l'assistance, aux différents coins du vaste espace qui s'étend de l'Ecole militaire aux Champs-Elysées.

Nous commencerons par le Champ de Mars, où l'on découvrira, au coin de la Galerie des machines qui correspond à l'avenue de Suffren, une bonne partie de l'exposition d'hygiène.

C'est là que se trouvent, entre autres, les sections étrangères et, en particulier, celles de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Hollande, de l'Italie, de l'Angleterre, des Etats-Unis, de la Russie et du Japon (Croix-Rouge), où il y a des documents curieux et un peu nouveaux pour nous.

Notons d'une façon spéciale, pour la Russie, ce qui a trait à la lutte contre l'alcoolisme. On sait que la vente des alcools est, désormais, en Russie, un monopole d'Etat. En instituant ce monopole, il y a cinq ans, on a surtout voulu combattre l'alcoolisme. La réforme est aujourd'hui accomplie, grâce à des Comités de tempérance; et des photographies, des diagrammes, des plans, des tableaux mettent en relief, à la section russe, les divers aspects de cette organisation, qui compte actuellement près de 25,000 adhérents et 5,500 membres protecteurs. Mais c'est au Palais de l'Economie sociale, c'est-à-dire des Congrès, que ces Comités officiels de tempérance de Russie ont surtout exposé. Leur œuvre est remarquable par cela même qu'elle n'impose aucune obligation, et se borne à donner des conseils et à procurer le moyen de les suivre.

Nous renonçons, en ce qui concerne l'hygiène et l'assistance publique générale, à donner une énumération des nombreux exposants. Il nous faudrait, sans cela, citer toutes les administrations et toutes les sociétés françaises qui s'intéressent à ces questions, car ce sont elles qui occupent le vaste espace concédé à cette classe dans cette partie du Champ de Mars. Parmi les exposants libres, il n'y a rien de bien saillant à noter de façon spéciale; mais il est indispensable de citer quelques expositions administratives, comme celles de la Maison de Charenton, des Quinze-Vingts, des Enfants-Assistés, etc., et surtout les expositions rétrospectives de l'hygiène de l'enfance et d'assistance, avec plans et maquettes d'hôpitaux. Parmi les sociétés privées, quelques-unes, en raison de leur intérêt social, méritent une mention : telles les Œuvres de mer, la Société maternelle parisienne, plus connue sous le nom de Pouponnière, etc., etc. Mais, au demeurant, la plupart sont depuis longtemps organisées et fonctionnent régulièrement pour le plus grand bien de tous.

Une autre partie de l'exposition d'hygiène a dû être placée au bord de la Seine, par suite de la nécessité d'avoir de l'eau pour alimenter les installations qui y figurent. Ce second bâtiment de l'hygiène se trouve près du pont de l'Alma et une partie, réservée au chauffage et à la ventilation, est à côté de la plate-forme mobile, qu'on peut utiliser pour revenir du Champ de Mars en ce point. A l'entrée de ce Palais de l'hygiène et des eaux minérales, voisin de la Seine et contigu au Palais des armées de terre et de mer, s'ouvre, en manière de vestibule, une élégante salle, au centre de laquelle s'élève un monument à la gloire de Louis Pasteur. Autour de celui-ci, une vitrine horizontale, octogone, partagée en huit compartiments, contient toute l'œuvre de ce savant. Dans cette vitrine, véritable reliquaire, s'entassent mille objets ayant appartenu au maître et lui ayant servi pour la série de ses découvertes. Voici le manuscrit même de sa thèse à la Faculté des sciences, paraphé par le doyen J.-B. Dumas, et daté de juillet 1847. Il y a là les appareils dont il se servait : ballons, instruments de vivisection, etc.; les préparations qu'il tint à faire lui-même : celle qui le conduisit, entre autres, à la découverte du vibrion septique, etc., etc. Un des chapitres les plus émouvants de l'histoire de ses recherches est rappelé dans la dernière des vitrines : c'est le chapitre des études sur la rage. Il y est symbolisé par des préparations de lapin enragé conservées dans l'alcool, par des moelles rabiques, par des émulsions de moelle antirabique — le vaccin —, et par une brève statistique, plus que démonstrative.

Dans les coins du salon Pasteur, il faut voir encore la vitrine relative à la diphtérie et aux travaux de Behring et de Roux; elle contient une culture, de la toxine, du sérum et des appareils divers. Ailleurs, sont rappelés les travaux de M. Calmette (de Lille) sur une nouvelle levure industrielle, sur le traitement des morsures de serpents et autres animaux venimeux par le sérum antivenimeux. En face, le plan en relief du superbe Institut Pasteur de Lille, organisé par les soins de son directeur et richement doté par lui. Deux autres vitrines offrent aux regards la plus admirable collection de virus et de microbes pathogènes que le grand public ait jamais eu l'occasion de considérer. Les maladies sont là, sous verre : les agents de la pneumonie, de la peste, de la morve, de l'actinomycose, du charbon, de la tuberculose, de la fièvre typhoïde, du choléra, etc., cent microorganismes variés que l'enseignement de Pasteur a appris à transformer en remèdes. Là se résument les travaux de Duclaux, de Roux, de Grancher, de Chamberland, de Metchnikoff, de Nocard, de Chantemesse, de Yersin, etc.

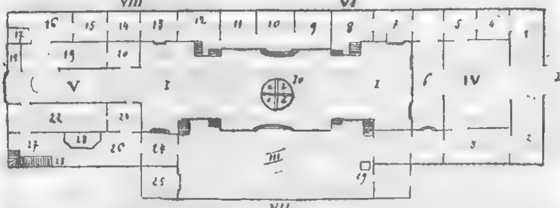
A voir ces résultats, on comprend pourquoi les exposants de la classe III ont tenu à faire eux-mêmes les frais d'installation de ce salon Pasteur, qui n'a pas coûté moins de 60,000 fr., et autour duquel se sont groupées toutes les expositions similaires des pays étrangers.

Mais il ne faudrait pas croire que ce soit une exposition réellement décennale; elle est plutôt *rétrospective*. Et le plus grand nombre de ces découvertes sont antérieures, au moins par leurs recherches de début, à l'année 1889 : ce qui nous permet de redire, comme aux premières lignes de l'article précédent, que l'exposition de Pasteur aura été bien plutôt celle d'il y a onze ans que celle de cette année.

Non loin, l'exposition d'hygiène allemande sait principalement retenir l'attention. A côté d'elle, signalons celles du ministère de l'intérieur français, de la Suisse, de l'Italie, etc. Pour notre pays, il faut s'arrêter devant le service sanitaire des ports. Au premier étage, jetons un coup d'œil spécial sur la chambre hygiénique du Touring Club, qui mériterait une longue description.

C'est là l'exposition officielle; mais les exposants libres (installations sanitaires nombreuses) sont dignes aussi qu'on leur accorde quelques instants. A l'autre étage, enfin, sont rassemblées les eaux minérales.

Il nous reste à visiter, dans la dernière partie de cette excursion, le pavillon où la Ville de Paris a exposé tout ce qui concerne ses services d'hygiène et d'assistance. Insistons sur l'importante collection de documents médicaux qu'on y trouve accumulés. Ils sont, au demeurant, tous placés au rez-de-chaussée du pavillon, et on peut les examiner à fond en très peu de temps.



Plan du rez-de-chaussée du pavillon de la Ville de Paris.

I, Cour centrale et jardin. — II, Entrée principale. — III, Péristyle du côté de la Seine. — IV, Salon de la préfecture de police. — V, Salle des eaux et égouts. — VI, Assistance publique. — VII, La Seine, fleuve. — VIII, Affaires municipales. — 1, Laboratoire municipal. — 2, Bureau des prisons et asiles. — 3, Anthropométrie judiciaire. — 4, Inspection sanitaire vétérinaire. — 5, Inspection des comestibles. — 7, Hôpitaux anciens. — 8, Pupilles de la Seine. — 9, Enfants assistés. — 10, Crèches. — 12, Observatoire de micrographie. — 14, Hygiène de l'habitation. — 15, Asiles et refuges. — 16, Eclairage. — 18, Pavage en bois. — 19, Voie publique. — 20, Travaux sanitaires. — 23, Diorama d'Herblay. — 26, Epandage. — 27, Egouts et eaux. — 28, Assainissement. — 29, Budget de la Ville. — 30, Bassin de comparaison des eaux d'alimentation (*a*, Vanne; *b*, Avre, *c*, Seine; *d*, Ourcq).

La Préfecture de police a quelques salles qui nous intéressent. Notons d'abord l'exposition du service anthropométrique dirigé par M. Bertillon, du laboratoire municipal de toxicologie et du bureau des prisons, dans deux pièces assez vastes. Ce qui a trait aux prisons est placé du côté de l'entrée principale; on a relégué l'anthropométrie judiciaire dans une petite salle voisine, avec ses cartes, ses photographies et ses instruments de mensuration, qui sont du plus haut intérêt. Au service bactériologique du laboratoire municipal, un portrait de Pasteur occupe la place d'honneur. La salle suivante est réservée à l'inspection vétérinaire sanitaire; les reproductions en cire des maladies des animaux de boucherie sont d'un réalisme très méritoire. La partie occupée par la Préfecture de police, qui est à l'honneur, puisqu'elle correspond à l'entrée, renferme encore d'autres pièces consacrées à l'inspection des substances alimentaires, à la Morgue, etc.

Dans les galeries de droite et de gauche, les directions des affaires départementales et municipales, l'assistance publique, les services de voirie, d'assainissement, etc., ont leurs expositions.

A la direction des affaires municipales, on remarque des vues photographiques de promenades, une série des anciens types de voitures publiques (omnibus, diligences, fiacres, etc.), des plans de marchés et abattoirs, des appareils spéciaux à l'Observatoire municipal de micrographie de Montsouris, des maquettes de stations de désinfection, de voitures et de brancards d'ambulances, des dessins d'établissements charitables ou sanitaires (asiles de nuit, orphelinats, piscines, etc.), ainsi que ce qui concerne l'hygiène de l'habitation, les travaux sanitaires, l'éclairage, etc. Tout ce qui a trait à la voie publique occupe des chambres séparées; et, dans un coin de ce pavillon de la Ville de Paris, notons aussi la salle consacrée au pavage en bois; on y voit comment on stérilise les pavés, ce qui explique pourquoi ce mode de pavage est aussi hygiénique que l'asphalte, comme l'ont confirmé les recherches microbiologiques du docteur Miquel.

Au service des eaux et de l'assainissement, signalons des vues photographiques, coupes, profils des dérivations des diverses sources, un plan des égouts, un autre des terrains d'irrigation. Dans les sous-sols, on voit plusieurs installations relatives aux égouts. Dans le jardin qui occupe la partie centrale du pavillon, on remarque, au centre, une vasque monumentale dont chacun des quatre compartiments de verre reçoit une des eaux dont s'alimente Paris : eaux de la Seine, de l'Ourcq, de la Vanne et de l'Avre.

Insistons davantage sur ce qui intéresse l'Assistance publique, et, d'abord, prions le visiteur de s'arrêter un instant à la section hospitalière, où l'on a reconstitué un des lits à quatre places, en service à l'Hôtel-Dieu à la fin du dix-huitième siècle. En opposition, on voit le matériel actuellement en usage; et le contraste est suffisant pour qu'il ne soit pas besoin de fournir de plus longues explications.

Dans les salles voisines, des plans et modèles d'hôpitaux et hospices, des vues stéréoscopiques de ces mêmes établissements, un inventaire de l'hôpital Saint-Jacques-aux-Pèlerins, etc.

L'administration centrale, rendant un hommage mérité à quelques bienfaiteurs, a réservé un salon d'honneur à l'exposition de plusieurs portraits : on y revoit l'abbé Cochin, Mme Necker, la comtesse de Lariboisière (portrait de Gros), M. et Mme Chardon-Lagache, Rossini, Galignani, etc., fondateurs ou bienfaiteurs de maisons de retraite ou d'hôpitaux parisiens.

L'exposition consacrée aux Asiles d'aliénés est surtout remarquable par les appareils de MM. les docteurs Toulouse et Vaschide pour l'étude des sensations et par leurs observations modèles; par le craniomètre spécial du docteur Blin, etc.

Dans une autre salle se trouve la section de la première enfance; on y voit des dessins et des plans, des instruments divers, des documents ayant trait aux enfants trouvés, etc. Ensuite vient la section de l'enfance proprement dite, où l'on a réuni tout ce qui concerne les hôpitaux et hospices d'enfants à Paris. Une reconstitution est à noter dans la section de la première enfance : celle de l'ancien « tour » de l'hospice des Enfants-Assistés. En face, on a édifié un modèle de box d'isolement usité à l'hôpital des Enfants-Malades; puis, plus loin, ce sont les couveuses de la Maternité. Mentionnons seulement ce qui est relatif aux Ecoles professionnelles spéciales dépendant de cette administration, et en particulier les créations du docteur Bourneville à Bicêtre, l'école Lailler, etc.

TROISIÈME VISITE

Les secours rapides et l'assistance aux blessés.

Dans toutes les Expositions, qui sont de véritables grandes villes temporaires, à population énorme comparativement à leur étendue, on a été obligé d'organiser des services importants destinés à assurer les secours rapides. En 1889, on avait déjà tenté quelque chose à Paris; mais c'est en 1893, à Chicago, qu'on a réalisé la merveille du genre, comme nous l'avons signalé ici même. En 1900, à Paris, on n'a pas voulu imiter les Etats-Unis, et l'on s'est contenté d'un système hybride. On pourra facilement juger de son fonctionnement en visitant l'un des postes médicaux, celui de l'avenue de la Bourdonnais, c'est-à-dire du Champ de Mars, situé près de la porte Rapp, qui est l'un des plus importants, ou bien celui des Invalides, près duquel se trouve une petite station de voitures d'ambulance. Il en existe encore deux, l'un aux Champs-Elysées, l'autre au Trocadéro. Du même type que les autres, ce dernier se compose d'une salle de consultations, d'une petite salle d'opérations et du logement des internes et des aides. Au bois de Vincennes, le pavillon médical, qui est situé à côté de la nouvelle piste vélocipédique, est une construction légère, surélevée, faite de cloisons d'alfa ignifugées et peintes en bleu clair. Ce pavillon, qui a servi à Madagascar, a été prêté par l'administration du Val-de-Grâce, et comprend un bureau pour le médecin, une salle de consultations, une chambre pour malades, le logement de l'infirmier, l'écurie pour le cheval de l'ambulance et les water-closets.

En outre, un bateau-pompe est affecté au service de l'Exposition; son équipage comprend, outre le pilote et le mécanicien, 1 sergent, 1 caporal et 8 sapeurs-pompiers, tous excellents nageurs. C'est un moyen de sauvetage très efficace, qui a d'ailleurs fait ses preuves à l'étranger; mais il devrait posséder une petite ambulance à bord, ce qui n'existe pas.

Maintenant que nous connaissons l'organisation théorique du service des Prompts Secours à l'Exposition de 1900, commençons notre troisième excursion au Champ de Mars, après avoir visité le poste de la porte Rapp, par l'exposition d'Assistance aux blessés, qui se trouve, pour l'étranger, à la Galerie des machines, toujours du côté de l'avenue de Suffren.

S'il est indispensable de venir au secours du blessé le plus rapidement possible, il ne l'est pas moins de vulgariser la pratique des premiers soins en cas d'accident, avant l'arrivée du médecin ou de la voiture d'ambulance. On en verra la démonstration pratique sur des séries de modèles en cire, grandeur nature, exposés par le professeur Furner, à la section russe d'hygiène, au bout de la Galerie des machines : par exemple, le moyen d'arrêter l'hémorrhagie d'une plaie de l'avant-bras en comprimant le haut du bras avec un mouchoir tordu et un morceau de bois formant tourniquet, etc., etc. Cette exposition, la seule de ce genre, est du plus haut intérêt.

Pour l'Angleterre, deux modèles en bois de voitures d'ambulance de la ville de Londres, l'un en forme de coupé et l'autre en forme de tapissière. D'ailleurs, à la section anglaise, se trouvent également une reproduction d'hôpital flottant avec baraquements isolés sur le pont et un modèle de bâteau-ambulance à vapeur, pour transporter les malades atteints de maladies contagieuses (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 209-211).

A l'Allemagne, signalons la carte du docteur G. Meyer, relative aux postes de secours et de sauvetage de la *Samaritergesellschaft* de Berlin.

En Autriche-Hongrie, la Société volontaire de sauvetage de Budapest expose son matériel, des photographies et un tableau graphique de l'activité de cette société, où l'on peut lire que, de mars 1897 à décembre 1899, elle a porté secours dans 113,662 accidents. Un autre tableau-diagramme du même genre se trouve à l'exposition de la Société des sauveteurs volontaires de Vienne, exposition très complète qui pourrait servir de modèle à la direction des Ambulances urbaines de la Ville de Paris. De nombreuses photographies, entre autres le pansement d'un blessé sur la voie publique, la mise en voiture de ce blessé, des plans de stations, des reproductions du matériel nous la montrent à l'œuvre.

Pour la France, à signaler deux photographies de voitures d'ambulance de l'Association des dames françaises, et l'exposition de M. Seguin (du Mans) à l'Assistance publique française; en outre, des voitures de Prompts Secours, dont l'une pour la ville d'Angers, construite par la maison Lagoguey; mais celles-ci au Palais des armées de terre et de mer.

Pour Paris, il faut revenir, bien entendu, au pavillon de la Ville de Paris qui a exposé une maquette de la station de la rue Caulaincourt, le tableau des transports annuels, la distribution des stations par secteurs, et 9 vues stéréoscopiques qui nous font assister au départ et aux opérations de ce service.

Au Palais des armées de terre et de mer, quai d'Orsay, se trouve toute l'exposition du service de santé militaire français. A noter, au rez-de-chaussée, les fournisseurs d'instruments de chirurgie du ministère de la guerre, le service des secours maritimes, l'exposition du docteur Auffret (de Brest), etc. Au premier étage, on remarque l'exposition rétrospective des instruments de chirurgie militaire, qui serait mieux placée au Champ de Mars, aux côtés de celle de la Faculté de médecine de Paris.

Les services de santé des armées étrangères ont exposé aussi dans ce palais. Citons le Portugal et les Pays Scandinaves (voitures d'ambulance légères), et principalement la Russie. A la section militaire russe, en effet, le service de santé est représenté par un modèle de bateau-hôpital et par la reproduction d'une cabine de malade, munie de son stérilisateur et de tous les appareils nécessaires au pansement immédiat de quelque blessure que ce soit. A noter aussi diverses voitures de campagne, un laboratoire pharmaceutique de campagne, les instruments de chirurgie réglementaires, avec les détails de leur fabrication qui se fait dans les établissements impériaux, une étuve à désinfection au formaldéhyde transportable, et une autre pour hôpitaux, l'appareil de stérilisation des pansements du docteur Raptchevski, etc.

Derrière le Palais des armées de terre et de mer s'élève une vaste tente de toile. Ce qu'elle renferme est fort intéressant à examiner ; c'est tout simplement l'installation d'une ambulance volante. Munie des derniers perfectionnements, elle est revêtue à l'intérieur d'un bois très dur, l'orme, poli et verni à cinq ou six couches, ce qui le rend facilement désinfectable. Plus d'angles, ni de coins, tout est arrondi ; partant, plus de foyers d'infection. Les instruments de chirurgie sont enfermés eux-mêmes dans des boîtes en acajou durci doublé d'aluminium ; en quelques secondes tout cela peut être aseptisé dans une solution spéciale, ou même dans l'eau bouillante.

Passons aux Sociétés de secours aux blessés. L'Union des femmes de France a son exposition quai d'Orsay, dans l'élégant pavillon situé derrière le Palais des armées de terre et de mer, qui abrite en même temps les sections organisées par les Sociétés de secours aux blessés et de la Croix-Rouge. Elle y a installé la réduction d'un hôpital de campagne, muni de tous les accessoires nécessaires au traitement des blessures de guerre. Le pavillon occupé par l'exposition de la Société est d'une sévérité toute militaire; les murs intérieurs sont revêtus de boiseries vernies, de vastes armoires de chêne aux portes vitrées; des tableaux, des graphiques, des fiches de diagnostic, des instruments de chirurgie dans des vitrines, des brancards, des appareils de pansement et d'opération constituent toute la décoration de cette classe. Mais tout cela est rigoureusement entretenu; on sent qu'une main à la fois légère et puissante a dirigé cette installation. On y peut voir que tout le matériel employé est absolument réglementaire, à tel point même que les médecins militaires pourraient, en cas de besoin, emprunter le matériel de l'Union des femmes de France, sans avoir à se préoccuper de le compléter au moyen des collections du ministère de la guerre.

D'après la nouvelle instruction du service de santé concernant les Sociétés d'assistance aux blessés de terre et de mer, le transport des malades et blessés depuis la gare la plus voisine jusqu'à l'hôpital auxiliaire du territoire qui doit les recevoir est confié à ces sociétés. Elles ont donc à prévoir des moyens de transport par bateaux. L'Union des femmes de France a organisé à cet effet le transport des malades et blessés par bateaux-omnibus jusqu'à l'Ecole des Beaux-Arts, qui doit lui servir de poste central dès le temps de paix, et elle a commencé la préparation d'un service hospitalier de bateaux-omnibus. Ces bateaux peuvent descendre et remonter la Seine en dehors de la traversée de Paris, et être éclusés si besoin est. Ils seront donc d'une très grande utilité pour le transport, sans trop de secousses, des hommes blessés.

L'Union des femmes de France a pensé qu'elle fixerait l'attention des visiteurs de l'Exposition en présentant un bateau aménagé en vue de ce transport éventuel des blessés et malades de l'armée; aussi a-t-elle transformé en hôpital le bateau-omnibus qui est amarré près du pont Alexandre III. Ce petit bateau contient à l'avant 15 lits, à l'arrière 11 lits, plus 3 couchettes pour les infirmiers; sur le pont sont installées, à l'abri d'une tente, la cuisine et la tisanerie. Dans un salon situé à l'arrière, on a réuni les plans des navires désignés pour servir d'*ambulances maritimes* attachées aux escadres de la Méditerranée, de la Manche et de la mer du Nord. Ces navires, fournis par les Compagnies des Chargeurs Réunis et des Messageries Maritimes et affrétés par l'Etat, seront aménagés par les soins de l'Union des femmes de France et approvisionnés par elle d'objets de couchage, de matériel médico-chirurgical, etc., après entente avec le ministère de la marine qui désignera officiellement un commissaire pour chaque formation sanitaire. Le service médical sera composé d'un médecin chef et de trois médecins par cent hommes, avec un personnel secondaire de 10 infirmiers choisis parmi les inscrits maritimes et que la Société se chargera d'instruire au préalable.

L'Union expose encore, dans la classe I, les tableaux et publications de l'œuvre et a fait édifier, dans la classe CXXI, un pavillon renfermant tout le matériel d'un de nos hôpitaux auxiliaires de campagne agencé de manière à pouvoir être étudié et examiné facilement.

L'Association des dames françaises est installée aussi dans le pavillon affecté aux expositions des Sociétés de secours aux blessés, situé derrière le Palais des armées de terre et de mer. Son exposition présente cet intérêt tout particulier de n'offrir aux visiteurs que les perfectionnements réalisés par elle dans le matériel de secours aux blessés. C'est ainsi qu'elle montre, avec une série de lits, de tables, de fauteuils et de chaises, réalisant l'idéal du pratique et du confortable pour les blessés, des machines électriques servant à la confection de la charpie ou au découpage des bandes de pansement. On y voit aussi un modèle de voiture d'ambulance qui est en même temps une véritable salle d'infirmerie, avec ses lits suspendus et ses compartiments aménagés dans la caisse ou sur les côtés de la voiture, et renfermant tous les produits pharmaceutiques et tous les instruments de chirurgie indispensables pour une intervention immédiate du médecin. Au centre de la salle affectée à cette section, on remarque encore une maquette représentant l'hôpital que l'Association a fondé et fait construire rue Michel-Ange. Un tableau indique au visiteur que dans cet hôpital, qui est aussi une école d'instruction pour les dames infirmières, on a donné 44,000 consultations et pratiqué 20,000 opérations gratuites. Cet établissement peut recevoir 650 malades. A citer également deux photographies de l'hôpital des dames françaises à Johannesburg.

Cette troisième promenade doit se terminer par le Palais des Congrès au pont de l'Alma, où l'on pourra examiner, entre autres, le service des Prompts Secours allemands à Berlin, et surtout le plan en relief de l'hôpital Bergmannstrost, célèbre dans le centre minier de Halle. On trouvera, en outre, dans cette classe de l'Economie Sociale, nombre d'autres expositions intéressantes; mais nous devons nous borner et clore ici cette trop fastidieuse énumération.

Nous n'avons qu'un mot à ajouter pour nous faire pardonner ces longueurs : « Allez visiter, chers confrères, suivant le plan indiqué, tous ces coins de palais, que nous venons de signaler à votre attention. Le temps qu'il vous faudra employer pour tout voir ne sera rien, comparé à celui qu'a coûté la rédaction de ce petit guide, qui représente plus de deux ans de fréquentation assidue des chantiers et de la plupart des Comités d'organisation d'ordre médical de notre grande Exposition de 1900. »

Dr Marcel Baudouin,
Membre de la Commission supérieure de la Presse à l'Exposition.

20e ANNÉE. — N° 33 | Vingt centimes le numéro. | 8 AOUT 1900.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Sont nommés privatdocenten: MM. les docteurs A. Lazarus (*médecine interne*); L. Jacobsohn (*neurologie et psychiatrie*); F. Pels-Leusden (*chirurgie*).

Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur Schick est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine d'Innsbruck. — M. le docteur Stefan Bernheimer, privatdocent à la Faculté de médecine de Vienne, est nommé professeur ordinaire d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Kiel. — M. le docteur Paul Sick est nommé privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Königsberg. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Oskar Samter, privatdocent de chirurgie.

Faculté de médecine de Naples. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Arborio Marracino et Nicola Badaloni (*pathologie médicale*); Eugenio Curcio (*neuropathologie*); Guglielmo Cantarano (*clinique médicale*).

Faculté de médecine de Rostock. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Ehrich (*chirurgie*); Ulrich Scheven (*psychiatrie*).

King's College de Londres. — M. le docteur F. W. Tunnicliffe est nommé professeur de pharmacologie et de matière médicale.

Le Gérant : J. CHARPENTIER.

Paris — Imprimerie de la *Semaine Médicale,* 31, rue Croix-des-Petits-Champs. — J. Charpentier.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1[er] janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1[er] janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Après la réunion du treizième Congrès international de médecine.

Il n'est pas niable que Paris, avec ses agréments de toutes sortes, surtout en temps d'Exposition universelle, ne soit une ville peu propice pour les discussions scientifiques internationales. Le treizième Congrès des sciences médicales s'est un peu ressenti de cet état de choses, inhérent au lieu même qui avait été choisi pour la réunion de 1900. Si l'activité a été grande dans certaines sections, il en est d'autres, par contre, où la qualité des assistants compensait imparfaitement leur petit nombre. Mais, en somme, l'œuvre scientifique du Congrès de Paris ne vaut ni moins ni plus que celle des Congrès tenus dans ces dix dernières années. L'organisation de ces réunions internationales est telle qu'on ne peut en attendre aucune nouveauté. Le fait dominant et qui s'est accentué davantage encore, c'est que chacun cherche un peu trop à tirer pour soi le meilleur parti de la réunion. C'est, avec d'autres signes sur lesquels nous avons maintes fois déjà attiré l'attention des lecteurs de ce journal, l'indice d'une institution chancelante, dont l'agrégation n'a été maintenue cette fois qu'avec peine, et qui, non régénérée par des principes nouveaux, ne restera pas longtemps florissante. On ne s'est pas moins donné rendez-vous à Madrid en 1903 : le treizième Congrès est mort, vive le quatorzième!

Le prix de 5,000 fr., fondé en 1897 par la ville de Moscou pour récompenser l'auteur qui, par ses travaux, a le plus contribué aux progrès de la science médicale, a été décerné par le treizième Congrès international de médecine à M. le professeur Ramon y Cajal (de Madrid).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE PARIS

Gorsse (B. de). Les injections de calomel dans le traitement des arthrites chroniques non syphilitiques.

Guilbot (F.-E.). Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire du premier âge.

Guillemin. Considérations sur la pathogénie d'une variété d'éléphantiasis avec varices lymphatiques, basées sur un cas personnel.

Helot (R.). Influence de la grossesse sur la marche de la sclérose de l'oreille moyenne.

Hermann (Th.). De la cellule nerveuse normale et de son anatomie pathologique.

Herpain (L.). Adénites et périadénites à streptocoques (en particulier celles de l'aisselle).

Hoffmann (S.). Influence du traitement prophylactique antisyphilitique dans les avortements à répétition de cause inconnue (syphilis soupçonnée).

Joffé (M[lle] P.). Contribution à l'étude de la résorption des organes embryonnaires et adultes sous la peau et dans le péritoine.

Keim (G.). L'expression du fœtus par la paroi abdominale; étude clinique et expérimentale.

Lévy (G.). Documents pour servir à l'histoire des rapports existant entre le poids du fœtus et celui du placenta.

Lopez y Ruiz (F.). Du rêve et du délire qui lui fait suite dans les infections aiguës.

Mercier (A.). La sphygmomanométrie.

Morlon (J.). De l'adénie.

Pucciarelli (J.-A.). Des abcès périnéphrétiques d'origine intestinale.

Richard. Etude sur les intoxications alimentaires.

Sineau (G.). Quelques réflexions sur la pathogénie de l'ulcère de l'estomac.

Siot (J.). Contribution à l'étude du pouls lent permanent.

Vincelet (J.). Etude sur l'anatomie pathologique de la maladie de Friedreich.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Bolk (L.). Over de betrekking tusschen inhoud en vorm van den schedel. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 24 mars.)

Boutigny. Tableaux synoptiques d'anatomie descriptive. T. II : organes des sens; système nerveux; viscères. In-8°, 204 p. Paris.

Jünger. Ueber kernhaltige rothe Blutkörperchen im strömenden menschlichen Blute. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVII, 1-2.) — Présence d'hématies nucléées dans le torrent circulatoire chez l'homme.

Rabaud (E.). Anatomie élémentaire du corps humain. 2e éd. In-4°, VIII-108 p. avec fig. et planches en couleurs.

Schwalbe (G.). Jahresberichte über die Fortschritte der Anatomie und Entwickelungsgeschichte. Band IV (Litteratur 1898). In-8, XVI-1232 p. Iéna.

PHYSIOLOGIE

Bardier (E.) et **Frenkel** (H.). Etude sur le débit comparé des deux reins. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Battelli (F.). Le rétablissement des fonctions du cœur et du système nerveux central après l'anémie totale. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Brasch (R.). Die anorganischen Salze im menschlichen Organismus, nach den Grundsätzen der modernen Chemie systematisch dargestellt. 1re partie. In-8°, 88 p. Wiesbaden. J. F. Bergmann.

Chauveau (A.). L'élasticité du muscle en état de contraction dynamique au point de vue de l'énergétique musculaire. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Hamburger (H. J.). Over de resorptie van vet en zeep in den dikken en dunnen darm. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 7 avril.)

Jellinek (S.). Ueber den Blutdruck des gesunden Menschen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 5-6.) — La pression sanguine chez l'homme sain.

Lefèvre (J.). Etude comparée des trois grandeurs calorimétriques : perte totale; production et déficit; variations de la résistance thermogénétique; expériences de Liebermeister sur le déficit; critique et résultats. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Morat (J.-P.) et **Doyon** (M.). Traité de physiologie. T. IV : fonctions de nutrition, respiration, excrétion, digestion, absorption. In-8°, XXX-588 p. avec fig.

Neuburger (M.). Die Anschauungen über den Mechanismus der specifischen Ernährung (das Problem der Wahlanziehung). In-8°, VI-105 p. Vienne. F. Deuticke. — Le mécanisme de la nutrition propre à chaque organe.

Rivière (P.). Sur les variations électriques du cœur [1er mémoire]. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Tchougaiev (L.). De quelques réactions de la cholestérine (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, mars.)

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Bandler (S.). Zur Entstehung der Dermoidcysten. (*Arch. f. Gynäkol.*, LX, 2.) — Pathogénie des kystes dermoïdes.

Fujinami (A.). Ueber die Beziehungen der Myocarditis zu den Erkrankungen der Arterienwandungen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLIX, 3.) — Des rapports existant entre la myocardite et les lésions des parois artérielles.

Kimura (K.). Histologische Untersuchungen über Knochenatrophie und deren Folgen, Coxa vara, Ostitis und Arthritis deformans. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, XXVII, 2.) — Recherches histologiques sur l'atrophie osseuse et ses conséquences : la coxa vara, l'ostéite et l'arthrite déformante.

Müller (F.). Ueber einige pathologisch-anatomische Befunde bei der Ricinvergiftung. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, XXVII, 2.) — De quelques lésions anatomiques dans l'intoxication par la ricine.

Pick (A.). Ueber umschriebene Wucherungen glatter Muskelfasern an den Gefässen des Rückenmarks. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars.) — Sur les proliférations localisées de fibres musculaires lisses autour des vaisseaux de la moelle.

Roger (H.) et **Garnier** (M.). Des modifications anatomiques et chimiques du foie dans la scarlatine. (*Rev. de méd.*, mars.)

Schäfer (R.). Ueber einen Dicephalus. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, XXVII, 2.)

Sobolev (L.). Recherches sur les endothéliomes interfasciculaires multiples du tube gastro-intestinal (en russe). (*Vratch*, 5, 12 et 19 fév.)

Türk (W.). Ueber die Hämamöben Löwit's im Blute Leukämischer; vorläufige Mitteilung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 29 mars.) — Sur les amibes de Löwit dans le sang des leucémiques.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Auclair (J.). Les poisons du bacille tuberculeux humain : la sclérose pulmonaire d'origine tuberculeuse. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mars.)

Badano (F.). Contributo allo studio della tossicità del siero, degli essudati e dei trasudati, in rapporto a diversi stati morbosi ed alla influenza di mezzi terapeutici; ricerche sperimentali. (*Gazz. degli Osped.*, 18 mars.)

Darivo (G.). Recherches expérimentales sur les modifications générales et locales de l'organisme, qui créent des conditions favorables aux processus infectieux (en russe). (*Vratch*, 26 fév. et 4 mars.)

Debrand (L.). Note sur un nouvel appareil à contention. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril.)

Enderlen. Ueber die Transplantation des Netzes auf Blasendefecte. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 1-2.) — Recherches expérimentales relatives à la transplantation du mésentère sur des pertes de substance de la vessie.

His (W.). Schicksal und Wirkungen des sauren harnsauren Natrons in Bauch-und Gelenkhöhle des Kaninchens. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVII, 1-2.) — Injections d'urate acide de soude dans les cavités péritonéale et articulaires chez le lapin.

Kanel (V.). De la régénération du tissu testiculaire (en russe). (*Vratch*, 25 mars.)

Mühsam (R.). Ueber Appendicitisexperimente. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 1-2.)

MÉDECINE

Musser (J.) et **Steele** (J.). Some cases of dilatation of the stomach. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Noorden (K. von). Die Fettsucht. In-8°, V-158 p. Vienne. A. Hölder. — L'obésité.

Osler (W.) et **McCrae** (Th.). Latent cancer of the stomach. (*Philadelphia Med. Journ.*, 3 fév.)

Redard (P.) et **Laran** (F.). Atlas de radiographie. In-4°, 48 planches avec texte explicatif.

Rendu (J.). Hyperthermie dépassant 43° pendant plusieurs jours; guérison. (*Lyon méd.*, 11 mars.)

Röger. Angina mit Endocarditis. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 fév.)

Sabrazès (J.). Hématologie clinique; leucocytose, leucémie et adénie. In-8°, 108 p. avec fig.

Schmidt (A.). Faecesuntersuchungen in der Praxis. (*Zeitsch. f. prakt. Aerzte*, 25 mars.) — De l'examen des matières fécales dans la pratique courante.

Schupfer (F.). L'albuminuria nel diabete ed il diabete renale; ricerche cliniche e sperimentali. (*Policlinico*, 1er janv. et 1er fév.)

Spencer (W. H.). Consumption : nature, treatment. In-8°, 86 p. Londres.

Stiller (B.). Die klinische Bedeutung der Costa decima fluctuans. (*Wien. med. Wochensch.*, 24 fév.)

Triantaphylidès (T.). Etude clinique sur les troubles apyrétiques de la température de l'homme, dans différentes maladies. (*Grèce médicale*, mars.)

Vasiliu (C.). Doua casuri de pleuresie seroasa tratate prin injectiuni cu albastru de metilen in cavitatea pleurala; vindecare. (*Spitalul*, 1er-15 avril.)

Verger (H.). Etude sur le pouls des pleurétiques et ses modifications sous l'influence des variations d'attitude. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mai.)

Vranceanu (P. Ch.). Maladia lui Glénard. (*Thèse de Jassy.*)

Wybauw (R.). Etude sur les dimensions du cœur chez les anémiques. (*Journ. méd. de Bruxelles*, 15 mars.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Strohmayer (W.). Zur Casuistik der abortiven epileptischen Anfälle. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, fév.) — Quatre observations d'attaque épileptique à forme abortive.

Struppler (Th.). Ueber einen Fall von primärer isolirter Läsion des Sprachcentrums nach Trauma (Hämatoencephalie) und secundärer Jackson'scher Rindenepilepsie mit Rückgang der Erscheinungen ohne Trepanation. (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 mars.) — Lésion primitive localisée du centre de la parole, d'origine traumatique, et épilepsie jacksonienne secondaire, ayant rétrocédé sans trépanation.

Taylor (E.). Gumma of the oblongata. (*Journ. of the Boston Soc. of Med. Scienc.*, 16 janv.)

Touche (R.). Ramollissement cérébral étendu, dégénérescence totale du pied du pédoncule cérébral, dégénérescence bilatérale du faisceau de Goll et du faisceau pyramidal croisé. (*Rev. neurol.*, 15 janv.)

Tuckey (C. L.). Treatment by hypnotism and suggestion, or psycho-therapeutics. 4e éd. In-8o, 392 p. Londres.

Van Walsem (G. C.). Versuch einer systematischen Methodik der mikroskopisch-anatomischen und anthropologischen Untersuchung des Centralnervensystems. In-8o, 184 p. avec fig. Amsterdam.

Wappenschmitt (O.). Ueber Landry'sche Paralyse. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVI, 3-4.)

Whitehead (R. H.). Anatomy of the brain. In-8o, 96 p. avec fig. Philadelphie.

Wickel (C.). Ein Fall von Friedreich'scher Krankheit. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 fév.) — Un cas de maladie de Friedreich.

CHIRURGIE

Bennett (A.). Report of results obtained in the treatment of ununited fractures with the Parkhill clamp. (*Ann. of Surgery*, mars.) — Résultats obtenus dans le traitement des fractures non consolidées, au moyen de la pince de Parkhill.

Blum (V.). Zur Diagnostik der Oesophagusdivertikel. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 mars.)

Brunswic-le-Bihan. Le phlegmon péri-rectal à rechutes. (*Bull. de l'hôpit. civil français de Tunis*, mars.)

Burkhardt (L.). Die klinische und pathologisch-anatomische Stellung der malignen Nebennierenadenome der Niere. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 1-2.) — De la place occupée en clinique et en anatomie pathologique par les adénomes malins du rein provenant de la capsule surrénale.

Cheyne (W.) et **Burghard** (F.). Manual of surgical treatment. Part III : Treatment of surgical affections of bones; amputations. In-8o, 322 p. Londres.—Affections chirurgicales des os.

Cottin. Onze cas d'appendicite opérés à froid; guérison. (*Bourgogne méd.*, mars.)

Curtis (B.). Fracture of the neck of the humerus with dislocation of the upper fragment, with a report of three cases, treated by operation. (*Ann. of Surgery*, mars.) — Fracture du col de l'humérus avec déplacement du fragment supérieur; opération.

Vulliet (H.). Gangrène pulmonaire; pleuro et pneumotomie. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, fév.)

Whitman (R.). Further observations on depression of the neck of the femur in early life; including fracture of the neck of the femur, separation of the epiphysis and simple coxa vara. (*Ann. of Surgery*, fév.) — La dépression et les fractures du col du fémur chez les sujets jeunes; le décollement épiphysaire et la coxa vara.

Wildbolz (H.). Casuistische und experimentelle Beiträge zur chronischen Osteomyelitis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 5-6.) — Etude clinique et expérimentale de l'ostéomyélite chronique.

Winternitz (A.). Bacteriologische Untersuchungen über den Keimgehalt und die Sterilisirbarkeit der Bürsten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 26 fév.) — Recherches bactériologiques sur la teneur en microbes et sur la stérilisation des brosses.

Wolff (O.). Ueber traumatische Epiphysenlösungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 3-4.) — Sur le décollement épiphysaire d'origine traumatique.

Zelis (P.). Die medicinischen Verbandmaterialien mit besonderer Berücksichtigung ihrer Gewinnung, Untersuchung und Wertbestimmung, sowie ihrer Aufbewahrung und Verpackung. In-8o, XI-268 p. avec fig. Berlin. — Les matériaux de pansement, au point de vue de leur préparation, de leur essai et de l'appréciation de leur valeur, ainsi qu'en ce qui concerne leur conservation et la façon de les empaqueter.

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Schwertassek (F.). Ein Beitrag zur mechanischen Behandlung atonischer Uterusblutungen. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 fév.) — Du traitement des hémorrhagies post-partum par l'abaissement de l'utérus.

Steinbüchel (R. von). Zur Verwendung des heissen Wasserdampfes in der Gynäkologie (Atmo-und Zestokausis). (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.) — L'emploi de la vapeur d'eau chaude en gynécologie.

Stolper (L.). Untersuchungen über Tuberculose der weiblichen Geschlechtsorgane; ein Beitrag zur pathologischen Anatomie und Diagnose der Erkrankung. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, janv.) — Recherches sur l'anatomie pathologique et le diagnostic de la tuberculose des organes génitaux chez la femme.

Stone (I.). The surgical and mechanical treatment of dysmenorrhea. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

Veit (J.). Ueber die Dystocie durch den Contractionsring. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, fév.) — De la dystocie par contraction de l'anneau de Bandl.

Vineberg (H.). The surgical treatment of acute puerperal sepsis, with special reference to hysterectomy. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, fév.)

Wells (B.). The clinical significance of developmental duplications of the uterus and vagina. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.)

Wolff (J.). Intrauterine Spontanamputation an den oberen Extremitäten bei einem 5 Monate alten Foetus mit vollständiger Erhaltung des die Amputation bedingenden Amniosfadens. (*Arch. f. Gynäkol.*, LX, 2.) — Amputation intra-utérine spontanée du bras chez un fœtus de cinq mois avec conservation complète de la bride amniotique, cause de l'amputation.

Wormser (E.). Wie erfährt man am besten die höchsten Tagestemperaturen im Wochenbett? (*Beiträge z. Geburtsh. u. Gynäkol.*, III, 2.) — Sur la meilleure façon de procéder pour connaître les températures maxima de la journée pendant les suites de couches.

HYGIÈNE

Leduc (S.). Protection contre le charbon des ouvriers des manufactures de crin. (*Gaz. méd. de Nantes*, 17 fév.)

Mendelsohn (M.). Ueber Fleischsaft, seine Gewinnung und seine Verwendung in der Krankenpflege. (*Wien. med. Presse*, 25 fév.) — Préparation et mode d'emploi du jus de viande.

Saint-Cyr (Dathan de). Etude sur les améliorations pratiques que l'on pourrait apporter dans l'évacuation des immondices dans les campagnes. In-18, 33 p.

Schneidemühl (G.). Die animalischen Nahrungsmittel; ein Handbuch zu ihrer Untersuchung und Beurteilung. 1re partie. In-8o, 192 p. avec fig. Vienne. — Les aliments d'origine animale.

Stevens Hellyer (S.). La plomberie au point de vue de la salubrité des maisons (eau; air; lumière). (Trad. de l'anglais par G. Poupard fils.) In-8o, 331 p. avec fig.

Veyga (F. de). Estudio sobre la alimentación del soldado y el régimen alimenticio del ejército. In-8o, 69 p. Buénos-Ayres.

Warner (F.). The nervous system of the child: growth and health in education. In-8o, 252 p. Londres. — Le système nerveux de l'enfant; croissance et santé dans leurs rapports avec l'enseignement.

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Fetzer (B. von). Lungentuberkulose und Heilstättenbehandlung; eine medicinisch-sociale Studie. In-8o, 82 p. Stuttgart. — La tuberculose et son traitement dans les sanatoria.

Heftler (L.). Le traitement balnéo-mécanique des affections chroniques du cœur (méthode Schott). In-8o, 96 p. avec fig.

Meyer (C. F.). Ueber den Einfluss des Lichtes im Höhenklima auf die Zusammensetzung des Blutes. (*Thèse de Bâle.*) — Action de la lumière aux grandes altitudes sur la composition du sang.

Sarazin (A.). La Bourboule; son climat et ses eaux minérales; indications et contre-indications. In-8o, 238 p. Société d'édit. scientif.

BACTÉRIOLOGIE

Abbott (M.). On the bacteriology of a case of progressive portal cirrhosis. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, fév.)

Buchner (H.). Zur Kenntnis der Alexine, sowie der specifisch- bactericiden und specifisch-haemolytischen Wirkungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 fév.) — Sur les alexines et les actions bactéricides et hémolytiques spécifiques.

Conradi (H.). Die Hyphomycetennatur des Rotzbacillus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infektionskr.*, XXXIII, 2.) — Le bacille de la morve considéré comme un hyphomycète.

Danysz (J.). Un microbe pathogène pour les rats (mus decumanus et mus ratus) et son application à la destruction de ces animaux. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril.)

Duclaux (E.). Traité de microbiologie. T. III : fermentation alcoolique. In-8o, III-765 p. avec fig.

Hahn (M.) et **Trommsdorff** (R.). Ueber Agglutinine. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 mars.)

Landsteiner (K.). Zur Kenntnis der antifermentativen, lytischen und agglutinierenden Wirkungen des Blutserums und der Lymphe. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 23 mars.) — De l'action inhibitoire exercée sur les fermentations par le sérum sanguin et par la lymphe et des effets protéolytiques et agglutinants de ces liquides organiques.

Park (W. H.) et **Guerard** (A. R.). Bacteriology in medicine and surgery. In-8o, 694 p. Londres.

GÉNÉRALITÉS

Köchlin (C.). Etude sur la loi fédérale suisse sur l'assurance contre la maladie et les accidents et sur l'assurance pendant le service militaire. In-8o, 27 p.

Leudesdorf (M.). Aus der Praxis eines alten Arztes. In-8o, III-73 p. Leipzig.

Medicinal-Bericht von Württemberg für das Jahr 1897. In-8o, VIII-142 p. avec fig. Stuttgart. — Les affaires médicales dans le Wurtemberg pendant l'année 1897.

Middleton (G. S.), **Rutherfurd** (H.) et **Hunter** (W. K.). Glasgow Hospital Reports. T. II. In-8o, 410 p. avec fig. Glasgow.

Neisser (A.). Stereoskopischer medicinischer Atlas. Sammlung photographischer Bilder aus dem Gesammtgebiete der klinischen Medicin, der Anatomie und der pathologischen Anatomie. Fasc. 30 et 31. In-12, 24 planches avec texte explicatif. Cassel.

Preussische Statistik. 160. Heft : Die Geburten, Eheschliessungen und Sterbefälle im preussischen Staate während des Jahres 1898. In-4o, XXII-310 p. avec fig. Berlin. — Le mouvement de la population en Prusse pendant l'année 1898.

Roth (W.). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens (XXIV. Jahrgang, 1898). In-8o, XIV-178 p. Berlin. — Compte rendu des travaux et des progrès réalisés en médecine militaire pendant l'année 1898.

Sandret (J.). Construction des asiles d'aliénés. In-8o, 164 p. avec fig.

20e ANNÉE. — N° 35 **Vingt centimes le numéro.** 22 AOUT 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Grenoble. — M. le docteur Perriol, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est nommé professeur de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.

Ecole de médecine de Rennes. — M. le docteur Bodin, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur d'anatomie pathologique et de bactériologie.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Wurtzbourg. — M. le docteur Karl Hess, professeur à la Faculté de médecine de Marbourg, est nommé professeur ordinaire d'ophtalmologie, en remplacement de M. von Michel.

Rush Medical College de Chicago. — M. le docteur C. D. Westcott est nommé professeur adjoint d'ophtalmologie.

Baltimore Medical College. — M. le docteur J. M. H. Rowland, professeur adjoint d'anatomie, est nommé professeur d'obstétrique, en remplacement de M. W. Brinton, démissionnaire.

M. le docteur J. William Lord est nommé professeur adjoint d'anatomie, en remplacement de M. Rowland.

Yale University de New Haven. — M. le docteur Charles Bartlett est nommé professeur d'anatomie pathologique, en remplacement de M. White, nommé professeur émérite.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et 1882 : Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à 1899 inclusivement (17 années) absolument complètes, soit les 19 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 174 francs pour la France, 210 francs pour l'étranger.

L'Administration dit, pour la série des années 1883 à 1899, collection absolument complète, quoique la table de l'année 1892 soit épuisée, attendu que la *Table générale* qui doit paraître sera le répertoire complet du journal depuis sa fondation.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE PARIS

Arloing (P.). De l'intervention chirurgicale dans les fractures transversales récentes de la rotule.

Bayce (A.). Influence de la grossesse et de l'accouchement sur l'évolution des maladies de l'oreille; indications du traitement radical par l'évidement pétro-mastoïdien.

Béard (J.). De la rétraction de l'aponévrose plantaire.

Beltzer (H.). Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rachis.

Beyrand (A.). Les terreurs nocturnes de l'enfant.

Blondel (P.). Contribution à l'étude des kystes de l'iris.

Bonniot (E.). De l'hyperthermie dans la fièvre; essai de calorimétrie clinique.

Boullet (A.). Luxations en haut du métatarse.

Brunat (E.). De l'angine de poitrine dans ses rapports avec le diabète.

Carteret (L.). De l'écouvillonnage préventif dans l'avortement.

Castille (G.). Critique médico-légale de la mort subite par le rein.

Cayre (J.-B.-J.). De la luxation congénitale du genou en avant avec chevauchement.

Champagnat (P.). Du traitement des douleurs thoraciques chez les tuberculeux pulmonaires.

Champion (L.-J.). Manifestations à distance dans le zona.

Chevalier (P.-L.-A.). De l'appendicite pelvienne.

Clerc (M.). De la gastroplication; contribution au traitement chirurgical de la dilatation de l'estomac.

Colin (A.). Etude sur les tumeurs d'origine sudoripare.

Comte (A.). Des paralysies pseudo-bulbaires.

Constensoux (G.). Etude sur la métamérie du système nerveux et les localisations métamériques.

Corcket (L.-G.). D'une indication symptomatique de laminectomie.

Costard (G.). De l'amygdalite ulcéro-membraneuse chancriforme à bacilles fusiformes et à spirilles ou maladie de Vincent.

Coste (E.). Contribution à l'étude de l'hémophilie; hématomes.

Couraye (B.). Contribution à l'étude du traitement de l'empyème du sinus maxillaire.

Dhuyelle (Ch.). Contribution à l'étude de l'ophtalmie purulente et en particulier de l'ophtalmie scrofuleuse.

Durey (L.). Etude sur l'œuvre de Paracelse, médecin hermétiste, astrologue, alchimiste, et sur quelques autres médecins hermétistes: Arnauld de Villeneuve, J. Cardan, Cornélius Agrippa.

Gagey (J.). Du réchauffement des nouveau-nés débiles.

Gauthier (V.). Considérations sur l'exercice illégal de la médecine.

Gillot (A.). Myopathies phlébitiques.

Goigoux (A.). Des adhérences vulvaires.

Gougis (M.). Traitement de certaines formes de coxalgie par la résection aseptique atypique de la hanche avec réunion par première intention.

Grocler (M.). De la perforation tuberculeuse du palais.

Herber (M.-B.-J.). Caractères de l'évolution clinique et symptômes de la gomme cérébrale circonscrite.

Jullian (H.). Troubles du goût et de l'odorat dans le tabes.

Lefort (G.). Alimentation des nourrissons et gastro-entérites; étude critique.

Lemesle (R.). Contribution à l'étude des psychoses post-opératoires.

Maurage (Ch.). Du bain quotidien chez les nouveau-nés; étude clinique de la chute du cordon ombilical.

Menusier (G.). La contagion de la tuberculose par les appartements; état sanitaire et désinfection obligatoire.

Milanoff (S.). Etude de la douleur et de quelques autres symptômes des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante.

Morin (R.). Du massage dans les fractures.

Phisalix-Picot (Mme). Recherches embryologiques, histologiques et physiologiques sur les glandes à venin de la salamandre terrestre.

Ralli (A.). Etude clinique de la grossesse extra-utérine.

Regnault (J.). Du traitement des ulcères de jambe par la compression et l'appareil silicaté.

Reyt (A.). De l'ablation des vésicules séminales tuberculeuses.

Ruillier (R.). Des troubles de la sensibilité de la région épigastrique chez les dyspeptiques.

Santiard (P.). Etude de l'aire de projection du cœur sur la paroi thoracique par la radioscopie.

Trolley (L.). De la péritonite tuberculeuse de la région iléo-cæcale.

Vanwtberghe (L.). Contribution à l'étude de la symphyséotomie.

Zvibel (J.). Traitement des fibromes utérins par l'énucléation abdominale.

MÉDECINE

Arneill (J.). The Ehrlich diazo reaction. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Bial (M.). Ueber Pentosurie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 5-6.)

Bull (P.). Nogle erfaringer om ventrikelundersögelser og prövemaaltider. (*Norsk Mag. f. Lægevidenskaben*, mai.) — Fonctions de l'estomac et repas d'épreuve.

Cohnheim (O.) et **Krieger** (H.). Eine Methode zur Bestimmung der gebundenen Salzsäure im Magensaft. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 mars.) — Un procédé de dosage de l'acide chlorhydrique combiné du suc gastrique.

Decastello (A. von) et **Hofbauer** (L.). Zur Klinik der leukopenischen Anämieen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 5-6.)

Dheur (P.). Comment on se défend contre l'insomnie. In-8°, 50 p.

Eisenmenger (V.). Ueber die sogenannte pericarditische Pseudolebercirrhose (Fr. Pick). (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 mars.) — De la pseudo-cirrhose du foie d'origine péricardique de Pick.

Ewart (W.). The treatment of rheumatism, with special reference to prophylaxis and its cardiac complications. (*Lancet*, 17 mars.)

Frenkel. Sémiologie et traitement des maladies de l'estomac. In-16, 550 p. avec fig.

Garnier (Ch.). Pneumonie grippale et phtisie caséeuse. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mars.)

Gautier (M.). Tableaux synoptiques de symptomatologie clinique et thérapeutique. In-8°, 180 p. Paris.

Gentès (L.). Recherches sur la glycosurie alimentaire. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 18 et 25 mars.)

Gobbi (G.). La glicosuria da diuretina; ricerche cliniche. (*Policlinico*, 1er mars.)

Grober (J. A.). Quantitative Zuckerbestimmungen mit dem Eintauchrefraktometer; vorläufige Mitteilung. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 24 fév.) — Dosage du sucre au moyen du réfractomètre à immersion.

MALADIES INFECTIEUSES

Baracz (R. von). Ueber einen Fall von chronischem Rotz (Wurm) beim Menschen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLIX, 3.) — Un cas de farcin chez l'homme.

Bosc (F.-J.). Contribution à l'étude des infections produites chez l'homme par le *Micrococcus tetragenus septicus* (un cas mortel de septicémie d'allure cholériforme avec entérocolite et péritonite suppurées aiguës, bronchite suppurée et bronchopneumonie); recherches sur l'histologie pathologique de la bronchite et de la bronchopneumonie à tétragènes. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mars.)

Bourges et **Méry**. Note sur le sérodiagnostic de la morve. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mars.)

Cioffi (E.). Contributo alla patologia del morbillo. (*Gazz. degli Osped.*, 18 mars.)

Concetti (L.). Rasche Methode zur bacteriologischen Diagnose der Diphtherie. (*Wien. med. Wochensch.*, 3 mars.) — Un procédé rapide de diagnostic bactériologique de la diphtérie.

Drasche. Ueber Darminfluenza. (*Wien. med. Wochensch.*, 10 mars.) — De l'influenza à forme intestinale.

Fürst (L.). Lassen sich Influenza und deren schwere Complicationen coupiren? (*Wien. med. Presse*, 11 mars.) — Peut-on faire avorter l'influenza et ses complications graves?

Goussev (G.). Un cas d'endocardite à streptocoques (en russe). (*Méd. Obozr.*, mars.)

Hewlett (R.) et **Rowland** (S.). Preliminary note on a new quantitative method for serum diagnosis. (*Brit. Med. Journ.*, 28 avril.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Annequin. Note sur un cas d'hémiplégie droite homonyme post-typhoïdique d'origine centrale, avec complication de quelques troubles névritiques. (*Lyon méd.*, 4 mars.)

Bechterev (V. von). Ophthalmoplegie mit periodischer unwillkürlicher Hebung und Senkung des oberen Lides, paralytischer Ophthalmie, und einer eigenartigen optischen Illusion. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVI, 3-4.) — Ophtalmoplégie avec mouvements involontaires de relèvement et d'abaissement de la paupière supérieure.

Becker (Ph.). Ein Fall von neurasthenischem Schütteltremor nach Trauma. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 mars.) — Tremblement intense de nature neurasthénique, consécutif à un traumatisme.

Bernhardt (M.). Beitrag zur Lehre von der Haematomyelia traumatica. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars.)

Bézy (P.) et **Bibent** (V.). L'hystérie infantile et juvénile. In-16°, 215 p. Vigot frères.

Brault et **Loeper**. Trois cas de tumeur cérébrale à forme psychoparalytique. (*Arch. gén. de méd.*, mars.)

Bruns (L.) et **Stölting** (B.). Ueber Erkrankungen der Sehnerven im Frühstadium der multiplen Sklerose. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, fév. et mars.) — Des lésions du nerf optique à la période précoce de la sclérose en plaques.

Buschan (G.). Bibliographischer Semesterbericht der Erscheinungen auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie (1899). 1re partie. In-8°, 223 p. Iéna. — Bibliographie des travaux de neurologie et de psychiatrie publiés pendant le premier semestre de l'année 1899.

Chatin (P.). Note sur un cas de trismus mental (*Rev. neurol.*, 18 avril.)

Crocq. L'hypnotisme scientifique. 2e éd. In-8°, XVIII-614 p. avec fig. Paris.

De Buck (D.) et **De Moor** (L.). Identité probable du réflexe antagoniste de Schäffer et du phénomène de Babinski. (*Journ. de neurol.*, 5 mars.)

Decroly. Syndrome poliomyélitique succédant à une chute sur le dos. (*Journ. de neurol.*, 20 mars.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Besnier (E.), **Brocq** (L.) et **Jacquet** (J.). La pratique dermatologique; traité de dermatologie appliquée. T. Ier. In-8°, 959 p. avec fig. et planches en couleurs.

Bettmann. Ueber Hautaffectionen nach innerlichem Arsenikgebrauch; ein Beitrag zur Frage des Zoster arsenicalis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LI, 2.) — Du zona arsenical.

Evans (W.). Meningitic herpes. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, mars.)

Forssman (J.). Ein Fall von Darmsyphilis und Endophlebitis syphilitica. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, XXVII, 2.) — Sur un cas de syphilis intestinale et d'endophlébite syphilitique.

Hecker. Neueres zur Pathologie der congenitalen Syphilis. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 3.)

Hollmann (C.). Zur Histopathologie der Pityriasis rosea Gibert. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LI, 2.)

Horovitz (M.). Ueber Cavernitis und Lymphangioitis Penis. (*Wien. med. Presse*, 4 mars.)

Hügel (G.). Einiges über die Bartholinitis. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LI, 2.)

Kreibich (K.). Lupus erythematodes mit multipler Carcinombildung. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LI, 3.)

CHIRURGIE

Abbe (R.). Effects of intracerebral and subcutaneous administration of tetanic antitoxin in tetanus as observed in nine cases. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Cushing (H.). Exploratory laparotomy under local anesthesia for acute abdominal symptoms occurring in the course of typhoid fever. (*Philadelphia Med. Journ.*, 3 mars.)

De Francisco (G.). Ueber die Lehre der Bruchentzündung ohne Einklemmung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 2.) — De l'engouement herniaire.

Eichel. Ueber Hernia epigastrica. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 mars.)

Faber (K.). Om forholdet mellem ventrikel-og tarmsygdomme. (*Ugeskrift for Læger*, 6 et 13 avril.)

Fowler (G.). A new and improved method of entering the abdominal cavity in the ileocecal region, with special reference to the removal of the vermiform appendix. (*Med. News*, 3 mars.)

Freeman (L.). A new method of suture in operations for inguinal and other forms of hernia. (*Ann. of Surgery*, mars.)

Freyer (P.). A new method of performing perineal prostatectomy. (*Brit. Med. Journ.*, 24 mars.)

Gayet (G.). Un cas de psoïte suppurée, traitée par la trépanation du bassin. (*Lyon méd.*, 4 mars.)

Gosset (A.). Traitement des rétentions rénales. (*Rev. de chir.*, mars.)

Goullioud (P.). De la salpingostomie. (*Lyon méd.*, 7 janv.)

Grohé (B.). Ueber Cystofibrosarkome der Mamma mit epidermoidaler Metaplasie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 1-2.)

Gross (M.). Des ostéites tuberculeuses de la rotule. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mars.)

Hahn (O.). Ueber die Tuberculose der Knochen und Gelenke des Fusses; auf Grund von 704 Fällen der v. Bruns'schen Klinik. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 2.) — 704 cas de tuberculose articulaire et osseuse du pied, observés à la clinique de M. von Bruns.

Hanel. Ueber die Wirkung des Spiritus saponatus officinalis auf Mikroorganismen und seine Verwendbarkeit zur Desinfektion der Hände und Haut. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 2.) — De l'action exercée par la solution alcoolique officinale de savon sur les microorganismes, et de l'usage de cette préparation pour la désinfection des mains et de la peau.

Heurtaux (A.). Note sur les tumeurs bénignes de l'intestin. (*Arch. provinc. de chir.*, nov., déc. 1899 et janv.)

Hoffa (A.). Atlas und Grundriss der Verbandlehre. 2e éd. In-8°, XIII-134 p. avec fig. Munich. — Atlas-manuel des bandages et appareils.

Hofmeister (F.). Ueber eine ungewöhnliche Erscheinungsform der Blinddarmaktinomykose. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 2.) — Sur une forme insolite d'actinomycose du cæcum.

Hohlbeck (O.). Drei Fälle von Darmocclusion durch Meckel'sches Divertikel. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 1.) — Trois cas d'occlusion intestinale par un diverticule de Meckel.

Kabloukov (A.). Deux cas de pyloroplastie par le procédé de Heineke-Mikulicz (en russe). (*Méd. Obozr.*, mars.)

Kennedy (S.). Failure of surgery in cancer: what has medicine done during the Queen's reign? In-8°, 174 p. Londres. — L'insuccès du traitement chirurgical du cancer et le rôle de la médecine contre cette affection pendant les soixante dernières années.

OPHTALMOLOGIE

Ammann (E.). Die Begutachtung der Erwerbsfähigkeit nach Unfallverletzungen des Sehorgans. In-8°, V-80 p. avec fig. Munich. J. F. Lehmann. — L'appréciation de la capacité de travail après les traumatismes de l'œil.

Bähr. Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie des Schichtstars. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er mars.) — La cataracte striée et son traitement.

Dahlfeld (C.). Bilder für stereoskopische Uebungen zum Gebrauch für Schielende. 3e éd. In-16, 28 planches. Stuttgart. — Images pour exercices stéréoscopiques à l'usage des strabiques.

Danziger (F.). Schädel und Auge; eine Studie über die Beziehungen zwischen Anomalien des Schädelbaues und des Auges. In-8°, V-56 p. avec planches. Wiesbaden. — Crâne et œil.

Franke (E.). Der Pemphigus und die essentielle Schrumpfung der Bindehaut des Auges; eine klinisch-kritische Studie. In-8°, VII-111 p. Wiesbaden. J. F. Bergmann. — Pemphigus et conjonctive.

Fromaget (C.). Les délires post-opératoires en ophtalmologie. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Guttmann (E.). Die Augenkrankheiten des Kindesalters und ihre Behandlung. In-8°, VII-132 p. Berlin. — Les maladies des yeux chez les enfants.

Haab (O.). Atlas und Grundriss der Ophthalmoscopie und ophthalmoscopischen Diagnostik. 3e éd. In-8°, IX-174 p. avec planches en couleurs. Munich. J. F. Lehmann.

Hallé (J.). Sur la conjonctivite à pneumocoques. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Holth (S.). Om subjektiv astigmometri ved visse oftalmometriske fordoblingsmetoder, specielt ved det Kagenaarske biprisme. (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 1.)

Jensen (E.). Om lokalbehandling af skleritis. (*Ugeskrift for Læger*, 20 avril.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ahlfeld (F.). Die Behandlung des Nabelschnurrestes. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 31 mars.) — Traitement du moignon ombilical.

Bignami (E.). Contributo all'operazione cesarea conservatrice con taglio sagittale sul fondo. (*Arch. ital. di ginecol.*, III, 1.)

Bollenhagen (H.). Zur Frage der Hinterscheitelbeineinstellung. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 2.) — Des présentations de l'occiput.

Braquehaye (J.). Traitement de la fistule vésico-vaginale par un procédé opératoire nouveau. (*Bull. de l'hôpit. civil français de Tunis*, fév. et mars.)

Chambrelent et Bruyère. Recherches cliniques et expérimentales sur l'action des sels de quinine pendant la grossesse. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 11 et 18 mars.)

Cholmogoroff (S.). Sclerose der Uterinarterien. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.)

De Marsi (A.). Processo operativo per la cura chirurgica del cistocele vaginale. (*Arch. ital. di ginecol.*, III, 1.)

Ehlers (Ph.). Die Sterblichkeit « im Kindbett » in Berlin und in Preussen 1877-1896. In-8°, IV-120 p. Stuttgart. — La mortalité puerpérale à Berlin et en Prusse (1877-1896).

Emanuel (R.). Zur Aetiologie der Ovarialdermoide. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 2.)

Fuchs (H.). Ueber primäre desmoide Geschwülste der breiten Mutterbänder. (*Arch. f. Gynäkol.*, LX, 2.) — Tumeurs desmoïdes primitives des ligaments larges.

Grouzdev (V.). Des fibromyomes du vagin (en russe). (*Vratch*, 19, 26 fév. et 4 mars.)

Hartz (A.). Ein Fall von « missed labour » bei Myom des Uterus und Placenta praevia. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.)

Herrmann (G.). Beitrag zur conservirenden Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 2.) — Traitement conservateur des lésions inflammatoires des annexes.

Herzfeld (K.). Ueber den Mechanismus bei Schädellagen und seine Beziehungen zu den Zangenoperationen. (*Wien. med. Presse*, 4, 11, 18 et 25 mars.) — Mécanisme de l'accouchement dans les présentations du sommet et ses rapports avec les applications du forceps.

PÉDIATRIE

Breton. Vomissements presque incoercibles liés à la rhino-pharyngite et aux tumeurs adénoïdes. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, mai.)

Cassel. Nephritis ohne Albuminurie bei jungen Kindern. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 mars.) — La néphrite sans albuminurie chez les petits enfants.

Cumston (Ch.). Prolapsus of the rectum in children. (*Ann. of Surgery*, mars.) — Du prolapsus du rectum chez les enfants.

Epstein (A.). Ueber « faule Ecken », d. i. geschwürige Mundwinkel bei Kindern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 3.) — De la perlèche.

Esser (J.). Sclerema neonatorum oedematosum im Zusammenhang mit ausgedehnter Lungenblutung. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 mars.) — Sclérème œdémateux des nouveau-nés avec épanchement étendu de sang dans le parenchyme des deux poumons.

Fischl (R.). Ueber chronisch recidivirende exsudative Anginen im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 3.) — Des angines pultacées à répétition chez les enfants.

Flandrin. Note sur l'alimentation des prématurés. (*Dauphiné méd.*, mars.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Baracz (R. von). Zur Technik der Antro-atticotomie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 1-2.)

Couvelaire (A.) et **Crouzon** (O.). Sur le rôle du voile du palais pendant la déglutition, la respiration et la phonation. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

De Simoni (A.). Sulla disinfezione delle cavità nasali con alcune essenze ed olii essenziali; ricerche sperimentali. (*Riforma med.*, 19 et 20 mars.)

Frutiger (A.). Ueber die functionelle Bedeutung der Fenestra rotunda. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXVI, 3.) — Des fonctions de la fenêtre ronde.

Gerber. Ein Doppeldiaphanoskop zur Durchleuchtung der Stirnhöhlen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 mars.) — Un diaphanoscope double pour l'éclairage par transparence des sinus frontaux.

Gomperz (B.). Zur Function des Gehörorganes nach der Radicaloperation. (*Wien. med. Wochensch.*, 24 fév., et 3 mars.) — De l'influence exercée par la trépanation de l'apophyse mastoïde sur la fonction auditive.

Howe (A.). Report of a case of gangrene of the tonsil. (*Philadelphia Med. Journ.*, 17 mars.)

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Albu. Die diätetische Behandlung der Magenerweiterung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 15 mars.) — Du régime alimentaire dans la dilatation de l'estomac.

Bra et **Mongour.** Des produits solubles du champignon parasite du cancer humain et du *nectria ditissima*, parasite du cancer des arbres; action physiologique et thérapeutique de la nectrianine. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 fév.)

Frassi (A.). La cura cacodilica. (*Gazz. degli Osped.*, 18 mars.)

Garand et Belbèze. Note sur l'administration du cacodylate de soude par la voie rectale; guérison de trois cas de chorée chez des enfants, sans aucun phénomène d'intolérance médicamenteuse. (*Loire méd.*, mars.)

Guimbail. La thérapeutique par les agents physiques. In-8°, VI-568 p.

Hawthorn (E.). L'acide picrique dans le traitement du phagédénisme. (*Marseille méd.*, 15 mars.)

Hérail (J.). Traité de pharmacologie et de matière médicale. 1re partie. In-8°, 528 p. avec fig. Paris.

20e ANNÉE. — N° 36 | Vingt centimes le numéro. | 29 AOUT 1900.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Adoption d'une nomenclature internationale des causes de décès.

Il y a un mois à peine, nous appelions l'attention sur les entraves que la diversité de la terminologie médicale apporte à la coopération scientifique internationale, et nous montrions qu'il appartenait aux Congrès internationaux de jeter les bases d'une dénomination commune pour tous les pays (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 262). Aujourd'hui, nous avons la satisfaction de constater que notre appel a été entendu. Les délégués officiels au Congrès international d'hygiène et de démographie qui s'est tenu à Paris du 10 au 17 août 1900 se sont réunis en commission internationale et ont décidé que, pour rendre comparables entre elles les statistiques nosologiques des différents pays, il y avait lieu d'adopter une nomenclature uniforme. La commission a désigné comme telle la statistique établie pour la ville de Paris, et tous les délégués, sauf un, ont pris l'engagement de la recommander à leurs pays respectifs pour qu'elle soit en usage à partir du 1er janvier 1901, c'est-à-dire dès le commencement du vingtième siècle. D'ores et déjà, il est acquis que la nomenclature française sera la seule usitée dans les deux Amériques et dans bon nombre de pays d'Europe.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Emil Grunmach, privatdocent de médecine interne, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Nicola Giannettasio est nommé privatdocent de clinique chirurgicale et de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Rome. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Lorenzo Bonomo (*pathologie médicale*); Mario Ponticaccia (*pédiatrie*).

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur Edwin Faust est nommé privatdocent de pharmacologie.

AVIS

L'Administration de la *Semaine Médicale* porte à la connaissance des intéressés qu'elle ne possède plus qu'un nombre très restreint d'exemplaires de la collection du journal depuis sa fondation jusqu'à ce jour.

Ces collections sont fournies aux conditions suivantes :

Années 1881 et 1882 : Les numéros parus et non épuisés (1881, n° 2 épuisé), (1882, de 13 à 19 numéros divers épuisés) sont fournis gratuitement aux personnes qui achètent toute la collection.

Années 1883 à 1899 inclusivement (17 années) absolument complètes, soit les 19 années parues de la *Semaine Médicale, franco* à domicile, au prix de 174 francs pour la France, 210 francs pour l'étranger.

L'Administration dit, pour la série des années 1883 à 1899, collection absolument complète, quoique la table de l'année 1892 soit épuisée, attendu que la *Table générale* qui doit paraître sera le répertoire complet du journal depuis sa fondation.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE PARIS

Andrieu (A.). Complications pleuro-pulmonaires de l'érysipèle.

Aubin (V.). Contribution à l'étude de l'hérédo-syphilis du larynx.

Bauby (F.). Discussion des moyens thérapeutiques employés contre l'appendicite.

Bensis (W.). Recherches sur la flore vulvaire et vaginale chez la femme enceinte.

Bonnat (E.). Etude clinique sur la période terminale de la paralysie générale et la mort des paralytiques généraux.

Brément. Endocardite tuberculeuse.

Caussade (H.). De la céphalalgie uricémique chez les enfants.

Chevrey (P.-L.). L'infection hépatique par l'entérocoque de Thiercelin (contribution à l'étude des hépatites nostras).

Coudert (R.). Anatomie et pathologie de la veine émissaire mastoïdienne.

Demay (L.). De la respiration pulmonaire pendant la vie intra-utérine : remarques cliniques, constatations anatomiques.

Druault (A.). Recherches sur la pathogénie de l'amaurose quinique.

Ducournau (F.). Des moyens de combattre la dépopulation par la diminution de la mortalité infantile et principalement en favorisant l'allaitement maternel.

Duhamel. Contribution à l'étude du sarcome de la parotide.

Ferron (J.). Contribution à l'étude du manuel opératoire dans l'appendicite.

Germe (A.). Contribution à l'étude des angiomes primitifs des muscles striés.

Lecocq (S.-T.). Une méthode de traitement des fractures du calcanéum.

Le Filliatre (A.). Des différents traitements de la maladie de Basedow.

Matza (A.-G.). Contribution à l'étude du mycosis fongoïde (symptomatologie, anatomie pathologique).

Mombet (J.). Les opérations plastiques sur le vagin et sur le périnée au point de vue des accouchements.

Montais (C.). Contribution à l'étude de l'appendicite chronique d'emblée (phénomèmes dyspeptiques).

Netter (L.). Echanges nutritifs dans l'allaitement artificiel.

Pariselle (M[lle] H.). Des fontanelles : anatomie et pathologie.

Paublan (J.-L.). Contribution à l'étude des fractures du scaphoïde du pied.

Pelletier. Contribution à l'étude des laryngocèles.

Perrier (M.). Du traitement des salpingites par la dilatation associée à l'irrigation et au drainage de la cavité utérine.

Poirier (H.). Essai sur l'hygiène rurale touchant particulièrement les maladies contagieuses et l'enfance.

Rignier (L.-Ch.-A.). Du massage, traitement rationnel des ulcères de jambe.

Robin (G.). Essai critique et expérimental sur les variations du pouvoir amylolytique dans la salive pathologique.

Rouxel (F.). Etude sur les kystes synoviaux extrapoplités du genou.

MÉDECINE

Gumprecht. Experimentelle und klinische Prüfung des Riva-Rocci'schen Sphygmomanometers. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 5-6.) — Recherches expérimentales et cliniques sur le sphygmomanomètre de Riva-Rocci.

Hamburger (H.). Untersuchung des Harns mittels kombinirter Anwendung von Gefrierpunkt - und Blutkörperchenmethode. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 24 mars.) — Cryoscopie des urines et examen du sang.

Hecht (A.). Zur Semiotik des zweiten Pulmonaltones; klinische Studie mit Bettelheim-Gärtner's Sthetophonometer. (*Wien. klin. Wochensch.*, 29 mars.) — Etude clinique du second bruit pulmonaire au moyen du sthétophonomètre de Bettelheim-Gärtner.

Henkel (M.). Klinische Beiträge zur Tuberculose : ein Beitrag zur Frühdiagnose der Lungentuberculose; die Punction der Lunge zum Nachweis der Tuberkelbacillen. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 mars.) — De la ponction du poumon pour la recherche des bacilles de la tuberculose.

Jung (F.). Zur Diagnose der Divertikel im unteren Abschnitt der Speiseröhre. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VI, 1.) — Diagnostic des diverticules du segment inférieur de l'œsophage.

Kiær (A. N.). Dödelighedsforhold i Norge, navnlig forsaavidt angaar den mandlige ungdom samt dödsfald ved tuberkulose. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, avril.) — De la mortalité en Norvège, surtout en ce qui concerne les jeunes gens, et de la mortalité par tuberculose.

Krokiewicz (A.). Das Verhalten des Blutes im Verlaufe von Magencarcinom; einige Bemerkungen über das Wesen der Krebscachexie. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VI, 1.) — De l'état du sang au cours du cancer de l'estomac et de la nature de la cachexie cancéreuse.

Labatut et **Testevin**. Albuminurie et albumosurie. (*Dauphiné méd.*, fév.)

Lüthje (H.). Stoffwechselversuch an einem Diabetiker, mit specieller Berücksichtigung der Frage der Zuckerbildung aus Eiweiss und Fett. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 5-6.) — Expérience faite sur un diabétique pour étudier la formation du sucre aux dépens de l'albumine et de la graisse.

Martius (F.). Pathogenese innerer Krankheiten. 2. Heft : Enterogene Intoxicationen; Constitutionsanomalien und constitutionelle Krankheiten. In-8°, p. 121-260, Vienne. — Pathogénie des maladies internes.

McCrae (Th.). Spleno-myelogenous leukæmia, with disappearance of the spleen tumour and of the myelocytes from the blood. (*Brit. Med. Journ.*, 31 mars.) — Leucémie spléno-myélogène avec disparition de la tuméfaction de la rate et des myélocytes du sang.

Menko (M.-L.). Spondylosis rhizomelica. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 24 mars.)

Niclot. Rétrécissement aortique; l'anacrotisme du pouls, le diagnostic de la localisation. (*Lyon méd.*, 25 mars.)

Obrastzow (W.). Zur Diagnose des Coecumcarcinoms und der Coecumtuberculose. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VI, 1.)

Ott. Zur Embolie der Mesenterialarterien. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 avril.)

Posselt (A.). Ein Fall von chronischer, indurirender Pancreatitis mit cystöser Entartung (multiplen Cysten) des Pancreas. (*Prag. med. Wochensch.*, 22 mars.) — Un cas de pancréatite scléro-kystique.

Preble (R.). Conclusions based on sixty cases of fatal gastro-intestinal hemorrhage due to cirrhosis of the liver. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Remlinger (P.). Contribution à l'étude des érythèmes rubéoliformes et scarlatiniformes de la dothiénentérie. (*Rev. de méd.*, mars.)

Roussel. Le signe de la douleur et les réflexes thoraciques dans la période de début de la tuberculose pulmonaire. (*Loire méd.*, 15 mars.)

MALADIES INFECTIEUSES

Hoffman (J.). Séméiologie et anatomie pathologique de la maladie de Weil (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, mars.)

Laplace (E.). A case of tetanus, treated by subdural injections of antitoxin, and hypodermic injections of carbolic acid. (*Philadelphia Med. Journ.*, 17 mars.)

Leyden (E. von) et **Blumenthal** (F.). Der Tetanus, In-8°, 65 p. Vienne.

Marchoux. Fonctionnement du laboratoire de microbiologie de Saint-Louis (Sénégal) et note sur la dysenterie des pays chauds. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniale*, janv.-fév.-mars.)

Mariau (A.). Diagnostic de l'angine chancriforme (syn. : angine à bacilles fusiformes et spirilles, angine de Vincent). (*Echo méd. du Nord*, 18 mars.)

Mongour (Ch.). Des paralysies diphtériques dans leurs rapports avec la sérothérapie. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 et 22 avril.)

Musser (J.). On the use of antitoxin in diphtheria, with special reference to small and frequently repeated doses. (*University Med. Mag.*, mars.) — De l'usage de l'antitoxine diphtérique à petites doses fréquemment répétées.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Engel (F.). Bakteriologisches Ergebnis einer Lumbalpunction bei Poliomyelitis anterior. (*Prag. med. Wochensch.*, 22 mars.) — Résultats de l'examen bactériologique du liquide extrait par la ponction lombaire dans la poliomyélite antérieure.

Glässner (R.). Die Leitungsbahnen des Gehirns und des Rückenmarks, nebst vollständiger Darstellung des Verlaufes und der Verzweigung der Hirn- und Rückenmarksnerven. In-8°, X-61 p. avec planches en couleurs. Wiesbaden.

Hirschkron (J.). Therapie der Nervenkrankheiten. In-8°, VIII-128 p. Vienne.

Hönig (I.). Die ataktische Form der Polyneuritis alcoholica (Neurotabes peripherica). (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVII, 1-2.)

Huet et **Guillain**. Névrite cubitale professionnelle chez un boulanger. (*Rev. neurol.*, 30 mars.)

Ivanov (A.). Des troubles mentaux dus à l'impaludisme (en russe). (*Méd. Obozr.*, mars.)

Klink. Dämmerzustand mit Amnesie nach leichter Hirnerschütterung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1[er] mars.) — Etat crépusculaire avec amnésie, consécutif à une légère commotion cérébrale.

Kohnstamm (O.). Ueber die gekreuzt-aufsteigende Spinalbahn und ihre Beziehung zum Gowers'schen Strang. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 mars.) — Des fibres ascendantes croisées de la moelle dans leurs rapports avec le faisceau de Gowers.

Kothe. Zur Behandlung der Epilepsie; vorläufige Mitteilung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 mars.) — Du traitement de l'épilepsie (en général et par le repos au lit en particulier).

Ladame (P.). Des troubles psychiques dans la chorée dégénérative (chorée héréditaire, chorée de Huntington). (*Arch. de neurol.*, fév.)

Lähr (H.). Die Litteratur der Psychiatrie, Neurologie und Psychologie von 1459-1799. 3 vol. In-8°, p. XIV-2153 p. Berlin.

Lioubimov (S.). Etude des lésions cérébrales dans un cas d'épilepsie (en russe). (*Vratch*, 26 fév.)

Martines (Ch. de). De quelques traitements de l'alcoolisme et de celui employé à l'asile de Cery. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mars.)

Monestier. Contribution à l'étude du suicide dans la paralysie générale. (*Ann. médico-psychol.*, mars-avril.)

Oppenheim (H.). Zur Encephalitis acuta non purulenta. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 mars.)

Pilcz (A.). Ueber einige Ergebnisse von Blutdruckmessungen bei Geisteskranken. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 mars.) — Résultats de la mensuration de la pression sanguine chez les aliénés.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Hügel (G.) et **Holzhauser** (K.). Vorläufige Mitteilungen über Syphilisimpfungen am Thiere. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LI, 2.) — Inoculation de la syphilis aux animaux.

Lau (H.). Ein bemerkenswerter Fall von Erythema exsudativum multiforme. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 26 fév.) — Sur un cas remarquable d'érythème exsudatif polymorphe.

Metzner. Casuistischer Beitrag zur Frage der Peritonitis gonorrhoica. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 5-6.)

Oddo (C.) et **Olmer**. Purpuras et affections viscérales. (*Arch. gén. de méd.*, fév. et mars.)

Pennato (P.). Sulla sifilide del cuore. In-8°, 10 p. Rome.

Perrin (L.). Syphilides et syphiloïdes; herpès vacciniforme du jeune âge; stomatite de l'hydroa. (*Marseille méd.*, 15 mars.)

Picardi (G.). Sifiloderma emorragico degli adulti. (*Policlinico*, 1er mars.)

Rille (J.). Ueber die Behandlung des Ekzems im Kindesalter. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 3.) — Traitement de l'eczéma chez les enfants.

PARASITOLOGIE

Huber (J. Ch.). Bibliographie der klinischen Entomologie (Hexapoden, Acariden). In-8°, 100 p. Iéna.

Linstow (von). Tetrabothrium cylindraceum (Rud.) und das Genus Tetrabothrium. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 23 mars.)

Peiper (E.). Fliegenlarven als gelegentliche Parasiten des Menschen. In-8°, 76 p. avec fig. Berlin. L. Marcus. — Les larves de mouches comme parasites accidentels chez l'homme.

Poncet (A.) et **Dor** (L.). La botryomycose, champignons de castration du cheval et tumeurs framboesiformes, pédiculées, des doigts et de la main chez l'homme. (*Arch. gén. de méd.*, fév. et mars.)

Posadas (A.). Psorospermiose infectante généralisée. (*Rev. de chir.*, mars.)

CHIRURGIE

Jahn (A.). Ueber Urachusfisteln. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 2.)

Killian (G.). Ein vier Jahre lang in der rechten Lunge steckendes Knochenstück auf natürlichem Wege entfernt. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 mars.) — Extraction par les voies naturelles d'un fragment osseux ayant séjourné pendant quatre ans dans le poumon droit.

Klapp (R.). Ueber einen Fall von ausgedehnter Knochentransplantation. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 5-6.) — Sur un cas de greffe osseuse étendue.

Köhler (R.). Die modernen Kriegswaffen; ihre Entwicklung und ihr gegenwärtiger Stand, ihre Wirkung auf das tote und lebende Ziel. II. Teil : Die Wirkung der kleinkalibrigen Gewehre auf den lebenden Menschen. In-8°, p. 209-948, avec fig. Berlin. — Les armes de guerre modernes; les effets des fusils de petit calibre sur l'homme vivant.

König et **Pels-Leusden.** Die Tuberculose der Niere nach Beobachtungen der chirurgischen Klinik in Göttingen und der Klinik in der Charité in Berlin. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 1-2.) — De la tuberculose rénale, d'après les observations prises à la clinique chirurgicale de Gœttingue et à la Charité de Berlin.

Krapf (H.). Die Distorsion des unteren Fussgelenks. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 mars.) — La distorsion de l'articulation inférieure du pied.

Lengnick (H.). Zur Casuistik der Rückenmarksverletzung durch Wirbelfractur nebst Beschreibung eines Gehverbandes für Patienten mit Lähmung beider unteren Extremitäten. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 mars.) — Lésion de la moelle consécutive à la fracture d'une vertèbre; appareil permettant la marche aux malades atteints de paralysie des deux membres inférieurs.

Leppmann (F.). Ueber die echten Cysten der Leber. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 5-6.) — Kystes vrais du foie.

Lissiansky (V.). De la taille sus-pubienne (en russe). (*Vratch*, 5 et 12 fév.)

Lotheissen (G.). Zur Blasennaht beim hohen Steinschnitt. (*Wien. klin. Wochensch.*, 1er mars.) — Suture vésicale après la taille sus-pubienne.

Mally. Etude clinique et expérimentale sur les brûlures causées par l'électricité industrielle. (*Rev. de chir.*, mars.)

Martin (E.). Beitrag zur Symptomatologie des eingeklemmten Harnblasenbruches. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 5-6.) — Symptomatologie de la hernie vésicale étranglée.

Mondon. Notes sur des abcès du foie observés au Tonkin. (*Ann. d'hyg. et de méd. coloniale*, janv.-fév.-mars.)

Mynter (H.). Ætiologien og patologien af appendicitis og deres indflydelse paa behandlingen. (*Hospitalstidende*, 28 fév. et 7 mars.)

Newman (D.). Tuberculous disease of the kidney : its etiology, pathology, and surgical treatment. (*Lancet*, 24 fév., 3 et 10 mars.) — Etiologie, pathologie et traitement chirurgical de la tuberculose rénale.

Nicolaysen (J.) et **Thue** (K.). 202 tilfælde af appendicit. (*Norsk Mag. f. Lægevidenskaben*, mai.)

Ogle (C.) et **Allingham.** A suggestion for a method of opening the pericardial sac, founded upon a case of purulent pericarditis. (*Lancet*, 10 mars.) — Sur un procédé d'incision du péricarde, employé dans un cas de péricardite purulente.

Pichler (J.). Zur Statistik und operativen Behandlung der Rectumcarcinome. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 1.) — Statistique et traitement opératoire du cancer du rectum.

Rammstedt (C.). Ueber traumatische Muskelverknöcherungen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 1.) — De l'ossification traumatique des muscles.

Riedinger (J.). Die Varität im Schultergelenk. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 5-6.) — Lésion de l'articulation scapulo-humérale, analogue à la *coxa vara*.

UROLOGIE

Brown (Th.). Cystitis due to the typhoid bacillus introduced by catheter in a patient not having typhoid fever. (*Med. Record*, 10 mars.)

Holmsen (F.). Et tilfælde af medfödt cystös degeneration af begge nyrer. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, avril.) — Dégénérescence kystique des deux reins.

Noble (Ch.). Report of a case of nephrectomy for pyonephrosis due to impaction of a stone in the ureter, with remarks on the importance of the early diagnosis and treatment of renal calculi. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.) — Néphrectomie pour pyonéphrose due à l'enclavement d'un calcul dans l'uretère; notes sur l'importance du diagnostic et du traitement précoces de la lithiase rénale.

Zuckerkandl (O.). Ueber Verdauungsstörungen bei chronischen Drucksteigerungen im Harnsysteme. (*Wien. med. Presse*, 18 mars.) — Des troubles digestifs consécutifs à l'augmentation persistante de la pression dans les voies urinaires.

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Hirst (J.). The histology and histological diagnosis of adenomyomata of the uterus. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Kaufmann (O.). Zur Kolpeurynther-Frage. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.)

Knauer (E.). Die Ovarientransplantation; experimentelle Studie. (*Arch. f. Gynäkol.*, LX, 2.)

Krantz (M.). Die Aetiologie der geburtshülflichen Dammverletzung und der Dammschutz. In-8°, VI-113 p. Wiesbaden. J. F. Bergmann. — Etiologie des déchirures du périnée pendant l'accouchement et les soins à prendre pour les éviter.

Leven (G.). Hyperthermie nerveuse chez la femme par irritation du système nerveux utérin; péritonisme. (*Rev. de méd.*, mars.)

Lufkin (H.). Extrauterine pregnancy, early tubal rupture; development of fetus to term free in the peritoneal cavity : celiotomy, delivery of living child, recovery of mother. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mars.) — Un cas de grossesse tubaire avec rupture précoce du sac fœtal et développement de l'embryon dans la cavité péritonéale; cœliotomie; extraction d'un enfant vivant et à terme; guérison de la mère.

Lutaud. Travaux pratiques d'obstétrique et de gynécologie publiés en 1899. In-8°, 324 p.

Marchesi (P.). Sulle cisti imenali; nota anatomoclinica. (*Arch. ital. di ginecol.*, III, 1.)

Menge. Schwangerschaft und Geburt nach Hysterokolpokleisis. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 31 mars.) — Grossesse et accouchement après oblitération opératoire de l'utérus et du vagin.

Perondi (G.). La clavicotomia. (*Arch. ital. di ginecol.*, III, 1.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Goldenstein. Pathologie buccale et naso-faciale; moyens de remédier par l'art prothétique aux difformités et destructions. In-8°, 71 p. avec fig.

Haike (H.). Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Mittelohres und des Labyrinthes. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLVIII, 3-4.) — Pathologie et anatomie pathologique de l'oreille moyenne et du labyrinthe.

Jürgens (E.). Die eitrigen Processe des Gehörorgans, ihre Ursachen und klinischen Bilder. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, fév.) — Causes et syndromes cliniques des suppurations du conduit auditif.

Keegan (D. F.). Rhinoplastic operations, with a description of recent improvements in the Indian method. In-8°, 72 p. avec fig. Londres.

Kohn (S.). Epileptiform convulsions, following the intranasal application of cocaine. (*Med. Record*, 24 mars.)

Lennander (K. G.). Ett fall af œsophagus- (pharynx-) polyp. (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 1.)

Luc (H.). Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires des fosses nasales et leurs complications intracrâniennes. In-8°, X-502 p. avec fig.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Kane (E. O'Neill). Simple device for rapid hypodermoclysis in combating shock. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 3 mars.)

Langsdorff (G. von). Die Lichtfarbenstrahlen und ihre Heilkraft für Krankheiten. In-8°, III-88 p. avec fig. Wiesbaden. — La photothérapie.

Leistikow (L.). Zur Anwendung der Pyrogallussäure im Gesicht. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 mars.) — Des applications de l'acide pyrogallique sur la face.

Littauer (A.). Pathogenese und Therapie der Osteomalacie nebst Bericht über zwei mit Phosphor behandelte Fälle von Osteomalacie. (*Therap. Monatsh.*, mars.) — Deux cas d'ostéomalacie traités par le phosphore.

Neumayer (H.). Ueber Oxycampher. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 mars.)

Pollatschek (A.). Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1899. In-8°, XXXIII-350 p. Wiesbaden. J. F. Bergmann. — Les progrès réalisés en thérapeutique en 1899.

BACTÉRIOLOGIE

De Simoni (A.). Beiträge zur Morphologie und Biologie der Mucosusbacillen der Ozaena und über ihre Identität mit den Pneumobacillen. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 31 mars et 20 avril.) — Recherches sur la morphologie et la biologie du bacille muqueux de l'ozène et de son identité avec le pneumobacille.

Fränkel (E.). Mikrophotographischer Atlas zum Studium der pathologischen Mykologie des Menschen. I. Lieferung : Tuberkelbacillus. In-8°, 22 p. et 9 photogrammes. Hambourg. — Atlas microphotographique de mycologie pathologique de l'homme. Fasc. Ier : bacille de la tuberculose.

Gamaleia (N.). Elemente der allgemeinen Bakteriologie. In-8°, V-242 p. Berlin.

Herz (R.). Ueber Gonococcenfärbung mit Neutralroth. (*Prag. med. Wochensch.*, 8 mars.) — De la coloration des gonocoques au moyen du rouge neutre.

Horrocks (W.). On the value of the agglutination test as a means of diagnosis of the B. typhosus from coliform organisms. (*Brit. Med. Journ.*, 28 avril.) — Valeur de la réaction agglutinante pour le diagnostic différentiel du bacille de la fièvre typhoïde d'avec les microbes coliformes.

Jatta (M.). Experimentelle Untersuchungen über die Agglutination des Typhusbacillus und der Mikroorganismen der Coligruppe. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIII, 2.) — Recherches expérimentales sur l'agglutination des bacilles de la fièvre typhoïde et des colibacilles.

20e ANNÉE. — N° 37. Vingt centimes le numéro. 5 SEPTEMBRE 1900.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Gervais-Koyziewicz, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux. — M. le docteur Franz Michl, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur A. Hanau, ancien privatdocent d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Zurich. — Sir William Stokes, professeur de chirurgie au Royal College of Surgeons of Dublin. — M. le docteur Pierce Adolphus Simpson, ancien professeur de médecine légale à l'Université de Glasgow.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE PARIS

Bassinot (E.-G.). De l'occlusion intestinale par torsion totale du mésentère.

Berre (J.-J.). Etude clinique sur l'hérédo-syphilis à forme fruste chez les nourrissons.

Bigex (J.). Les fibromes de l'utérus chez les primipares âgées.

Bourcet (P.). De l'iode dans l'organisme; ses origines, son rôle, son élimination.

Butin (F.). Considérations hygiéniques sur le corset.

Cochemé (H.). Contribution à l'étude de l'amputation ostéoplastique de la jambe (procédé de Pierre Delbet).

Daïreoff (I.-D.). Contribution à l'étude des ostéopathies hypertrophiantes chroniques non classées.

Debray (J.). Sur la fréquence de l'évolution maligne des kystes de l'ovaire.

Desvignes (G.). L'ergot de seigle en obstétrique; étude historique.

Donat (L.). Des verrues planes juvéniles.

Dupoux (P.). Accidents de la médication arsenicale interne.

Duval (L.). Contribution à l'étude des infections amygdaliennes et de leur contagion.

Faure (M.). Sur un syndrome mental fréquemment lié à l'insuffisance des fonctions hépatorénales; ses symptômes (affaiblissement mental, torpeur, rêve); ses relations cliniques (psychoses toxi-infectieuses, délire, stupidité, confusion); ses relations anatomiques (polynévrites, méningites, cérébrites, œdèmes); ses relations pathogéniques (intoxications et infections, particulièrement alcoolisme et tuberculose).

Forné (J.). Etude comparée des différentes méthodes de traitement utilisées dans les ruptures de l'utérus.

Fraisseix (J.). Goitre exophtalmique et tétanie.

Garrigues (J.-F.-A.). Syncope et asphyxie locales; gangrène, sclérodermie.

Gilli (J.-M.). Etude sur le syndrome de Parkinson; modalités et associations cliniques; arthropathies, pathogénie.

Hémet (P.). Contribution à l'étude des kystes poplités.

Jeanty (M.). Quelques considérations sur le manuel opératoire de la cholédocotomie.

Krijewsky (M.). La dionine.

Lamy (A.-J.-P.). Contribution à l'étude des angiomes fissuraux; angiomes des bourgeons maxillaires.

Larambergue (de). Essai sur le rétrécissement mitral pur.

Lepage (A.). Contribution à l'étude de la rétention d'urine chez le fœtus avec perméabilité du canal de l'urèthre.

Mahé (G.). Essai critique sur le traitement de la fracture du maxillaire inférieur.

Montade (B.). Contribution à l'étude anatomopathologique, pathogénique et clinique de la grenouillette sublinguale.

Nicloux (M.). Recherches expérimentales sur l'élimination de l'alcool dans l'organisme (détermination d'un « alcoolisme congénital »).

Pamart (L.-G.). De la mort de l'enfant pendant le travail; étude statistique faite à la clinique Baudelocque.

Pasquier (F.). Contribution à l'étude clinique de l'ostéomyélite de l'os iliaque.

Roger (J.). Contribution à l'étude du traitement de l'épididymite blennorrhagique par le stypage.

Rutten. Contribution à l'étude de la néphrite subaiguë au cours de la syphilis secondaire.

Tissier (H.). Recherches sur la flore intestinale des nourrissons (état normal et pathologique).

Tourtourat (Ch.). Benjamin Franklin et la médecine à la fin du dix-huitième siècle.

MÉDECINE

Posselt (A.). Dysenterie; Parotitis bilateralis purulenta; Pneumonia bilateralis; Heilung. (*Prag. med. Wochensch.*, 15 mars.) — Dysenterie avec parotidite bilatérale purulente et pneumonie double, suivie de guérison.

Royo Villanova (R.). Diagnóstico de las enfermedades del corazón. In-8°, VII-433 p. avec fig. Saragosse. C. Gasca. — Diagnostic des maladies du cœur.

Sabrazès (J.) et **Cabannes** (C.). Myxœdème opératoire, tétanie et troubles psychiques aggravés par une grossesse et terminés par la mort après l'accouchement. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 4 et 11 mars.)

Sansoni (L.). Ueber die Gastritis ulcerosa chronica anachlorhydrica. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VI, 1.)

Schamelhout (G.). Le pronostic de la tuberculose pulmonaire chronique. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, mars-avril.)

Schorlemmer (R.). Ueber den Nachweis von Gallenfarbstoff in den Faeces, in Sonderheit mit der Ad. Schmidt'schen Probe, und über die klinische Bedeutung des Vorkommens von Bilirubin in denselben. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 avril.) — De la recherche des pigments biliaires dans les matières fécales (notamment au moyen du procédé de A. Schmidt) et de la signification clinique des selles contenant de la bilirubine.

Sicard de Plauzoles. La tuberculose. In-16, 180 p. avec fig. et planches en couleurs.

Simmonds (M.). Ueber Tuberculose des Magens. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 mars.) — De la tuberculose de l'estomac.

Stähelin (A.). Ueber den Einfluss der Muskelarbeit auf die Herzthätigkeit. II. Mitteilung: Untersuchungen an Reconvalescenten. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVII, 1-2.) — Recherches relatives à l'influence du travail musculaire sur le cœur, instituées chez des convalescents.

Terre (L.). Sur quelques applications possibles de l'uroxymètre du docteur Michaut. (*Bourgogne méd.*, mars.)

Thue (H.). Ætiologiske forhold ved akut nefrit. (*Norsk Mag. f. Lægevidenskaben*, mai.) — Etiologie de la néphrite aiguë.

Tirard (N.). Text-book of medical treatment; diseases and symptoms. In-8°, 702 p. Londres.

Tuke (J. B.) et **Paton** (N.). Reports from the laboratory of the Royal College of Physicians, Edinburgh. T. VII. In-8°, XVI-386 p. avec planches. Edimbourg. Oliver et Boyd.

Turner (D.). Air and diet in chronic chest diseases. 2e éd. In-8°, 158 p. Londres.

Weisz (E.). Eine neue physikalische Untersuchungsmethode; vorläufige Mitteilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1er mars.) — Les mouvements d'expansion se produisant au niveau des espaces intercostaux pendant la phonation: un nouveau procédé de diagnostic physique.

Zabloudovsky (I.). La maladie des pianistes et les moyens de l'éviter (en russe). (*Vratch*, 25 mars.)

MALADIES INFECTIEUSES

Omeltchenko (Th.). De l'étiologie et de la signification clinique de l'endocardite ulcéreuse végétante (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, mars.)

Quioc et **Terre**. Sur un cas d'angine pseudomembraneuse avec levure. (*Bourgogne méd.*, mars.)

Respinger (W.). Untersuchungen über die angebliche Kontagiosität des Erysipels. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 2.) — Recherches sur la prétendue contagiosité de l'érysipèle.

Ruge (R.). Ein Beitrag zur Chromatinfärbung der Malariaparasiten. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infektionskr.*, XXXIII, 2.) — La coloration de la chromatine des parasites de la malaria.

Ustvedt (Y.). Om tyfoidfeberens udbredelsesmaader. (*Norsk Mag. f. Lægevidenskaben*, mai.) — Sur les modes de transmission de la fièvre typhoïde.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Ireland (W. W.). Mental affections of children: idiocy, imbecility, and insanity. 2e éd. In-8°, 462 p. Londres.

Sainton (P.) et **State** (J.). La forme douloureuse de l'acromégalie. (*Rev. neurol.*, 15 avril.)

Salinari (S.). Le lesioni traumatiche dei centri nervosi. In-8°, 320 p. Rome.

Sano (F.). Paralysie labio-glosso-laryngée (atrophie chronique des noyaux moteurs de la protubérance et du bulbe). (*Journ. de neurol.*, 5 mars.)

Scabia (L.). Trattato di terapia delle malattie mentali (avec préface par le prof. Morselli). In-16, 507 p. Turin.

Schiff (A.). Myelitis haemorrhagica acutissima transversalis bei Typhus abdominalis (Exitus in 18 Stunden). (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVII, 1-2.) — Myélite hémorrhagique suraiguë au cours d'une fièvre typhoïde; mort.

Schultze (E.). Ueber epileptische Aequivalente. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 mars et 3 avril.)

Sérieux (P.). Un cas de surdité verbale chez un paralytique général. (*Rev. neurol.*, 30 mars.)

Sommer (M.). Die Brown-Séquard'sche Meerschweinchenepilepsie und ihre erbliche Uebertragung auf die Nachkommen. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, XXVII, 2.) — L'épilepsie séquardienne chez le cobaye et sa transmission héréditaire.

Stefanowska (Mlle M.). Action de l'éther sur les cellules cérébrales; communication préliminaire. (*Journ. de neurol.*, 20 mars.)

Thomson (A.). On neuroma and neuro-fibromatosis. In-4°, 168 p. avec planches. Edimbourg.

Touche. Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de l'hémichorée organique (24 observations personnelles dont 10 suivies d'autopsie). (*Arch. gén. de méd.*, mars.)

Toulouse (E.). Travaux de psychiatrie (médecine mentale, neurologie, psychologie) publiés en 1899. In-8°, 388 p.

Umber (F.). « Sensorielle Krisen » bei Tabes dorsalis. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 5-6.)

Wernicke (C.). Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. 3e partie. In-8°, p. 179-576. Leipzig.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Roth (F.). Ueber die Beziehungen des Lupus erythematosus zur Tuberculose. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LI, 1, 2 et 3.) — Des rapports existant entre le lupus érythémateux et la tuberculose.

Schütz (J.). Klinisches über Acne und den seborrhoischen Zustand; zweiter Beitrag. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LI, 3.)

Stahl (F.). Gangrenous dermatitis complicating typhoid fever. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Török (L.). Die Frage des parasitären Ursprunges des Eczems. (*Pest. med.-chir. Presse*, 25 mars.) — Sur l'origine parasitaire de l'eczéma.

Unna (P.). Zur Diagnose der Frostbeulen. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 janv.) — Diagnostic des engelures.

Weber (F. P.). Notes on a case of purpura, with remarks on the nature and visceral complications of cases of purpura. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, mars.)

Wolff. Zwei Fälle von sehr ausgedehnter halbseitiger Angioelephantiasis. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 mars.)

CHIRURGIE

Riese (H.). Schenkelkopfexstirpation bei veralteter intra-capsulärer Schenkelhalsfractur. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 mars.) — Extirpation de la tête du fémur dans les fractures intracapsulaires anciennes du col du fémur.

Robb (H.). The results of modern aseptic surgical technique, as demonstrated by a series of one hundred and fourteen consecutive, unselected abdominal sections without a death; with clinical and pathological reports. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Rosenbach (O.). Zur Pathogenese und Therapie der sogenannten Fissura ani. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 5 et 12 mars.)

Rotter (E.). Die typischen Operationen und ihre Uebung an der Leiche; Compendium der chirurgischen Operationslehre mit besonderer Berücksichtigung der topographischen Anatomie, sowie der Bedürfnisse des praktischen und Feldarztes. 6e éd. In-8°, XI-380 p. avec fig. Munich. J. F. Lehmann. — Manuel de médecine opératoire.

Schmitt (A.). Ueber die Indication en zur Operation bei Appendicitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 mars.)

Schnitzler (J.). Verletzung der Blasenschleimhaut durch Contusion der Unterbauchgegend. (*Wien. med. Wochensch.*, 3 mars.) — Blessure de la muqueuse vésicale par contusion de l'hypogastre.

Scholder. Der Arthromotor. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 mars.)

Slajmer (E.). Die Behandlung der Spina bifida, mit besonderer Berücksichtigung der Heteroplastik. (*Wien. med. Wochensch.*, 17 mars.) — De la cure opératoire (hétéroplastique) du spina bifida.

Smits (J.). Zur Chirurgie des Leberabscesses. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 1.) — Chirurgie de l'abcès du foie.

Sneguirev (V.). Weiterer Beitrag zur Anwendung von Rennthiersehnenfäden als Naht- und Ligaturmaterial. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 3 mars.) — Des fils pour sutures et ligatures, fabriqués avec les tendons du renne.

Steudel. Biegsame Aluminiumschienen. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 mars.) — Attelles flexibles en aluminium.

Stewart (P.) et **Collier** (M.). A case of rupture of the brachial plexus. (*Lancet*, 10 mars.)

Sudeck (P.). Ueber den schnellenden Finger. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 2.) — Le doigt à ressort.

Terrier (F.) et **Auvray** (M.). Tumeurs des voies biliaires; vésicule et canaux biliaires. (*Rev. de chir.*, fév. et mars.)

Tichonovitch (A.). Zur Frage von der operativen Behandlung der Neuralgie des N. trigeminus; anatomo-topographische Kritik der Verfahren zur Resection des Ganglion Gasseri. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 24 mars.) — Traitement de la névralgie du trijumeau par la résection du ganglion de Gasser.

Veau (V.). Etude de l'épithélioma branchial du cou; branchiome malin de la région cervicale. (*Rev. de chir.*, mars.)

Weber (J.). Zur Casuistik der subphrenischen Abscesse nach Appendicitis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 5-6.)

Witzel (O.). Ueber den Verschluss von Bauchwunden und Bruchpforten durch versenkte Silberdrahtnetze (Einheilung von Filigranpelotten). (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 10 mars et 28 avril.) — Occlusion des plaies abdominales et des orifices herniaires au moyen de pelotes en treillis de fils d'argent, abandonnées dans les tissus.

OPHTALMOLOGIE

Katz (R.). Des moyens de préserver les yeux contre la chaleur dégagée par les foyers d'éclairage artificiel (en russe). (*Vratch*, 18 mars.)

Leprince (A.). Année ophtalmologique (1898-1899). In-18, 302 p.

Neustätter (O.). Grundriss der Theorie und Praxis der Schattenprobe (Skiaskopie). In-8°, 59 p. avec fig. Munich. J. F. Lehmann.

Oliver (Ch.). A case of traumatic varix of the orbit in which ligation of the left common carotid artery was successfully performed. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mars.)

Pflüger (E.). Die operative Beseitigung der durchsichtigen Linse. In-8°, VIII-208 p. avec fig. Wiesbaden. J. F. Bergmann. — Suppression du cristallin transparent.

Querenghi (F.). Un cas de retard de cicatrisation de la plaie cornéenne chez un opéré de cataracte. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Schoute (G. J.). Abnormale draden in de voorste oogkamer. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 24 mars.)

Uribe-Troncoso. Les théories de l'accommodation; explication de la descente accommodative du cristallin. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Valude (E.). Troubles visuels et ophtalmoscopiques d'origine cardiaque. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

Veillon (A.) et **Morax** (V.). Péricystite gangréneuse. (*Ann. d'oculist.*, mars.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Preiss (E.). Ein Metreurynter. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 10 mars.)

Rissmann. Heilung und Verhütung der Retrodeviationen des Uterus im Wochenbette. (*Münch. med. Wochensch.*, 6 mars.) — Traitement et prophylaxie des rétroversions utérines pendant la période puerpérale.

Robb (H.). The normal position of the uterus in the pelvis considered in relation to its physiologic mobility. (*Cleveland Journ. of Med.*, janv.)

Sänger (N.) et **Herff** (O. von). Encyklopädie der Geburtshülfe und Gynäkologie. Fasc. 3. In-8°, p. 97-144, avec fig. Leipzig. F. C. W. Vogel.

Schäffer (O.). Atlas und Grundriss der Lehre vom Geburtsakt und der operativen Geburtshilfe. 5e éd. In-8°, 107 p. avec planches en couleurs. Munich. — Atlas d'accouchement et des opérations obstétricales.

Seitz (L.). Versuche mit localer Alkoholtherapie in der Gynäkologie. (*Münch. med. Wochensch.*, 20 mars.)

Sneguirev (V. F.). Les hémorrhagies utérines; étiologie, diagnostic et traitement (en russe). 3e éd. In-8°, VIII-804 p. avec fig. et planches. Moscou.

Spassokoukotzky (S.). Un nouveau procédé de suture des fistules vésico-vaginales (en russe). (*Méd. Obozr.*, mars.)

Stroganoff (W.). Ueber die Pathogenese der Eklampsie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 5-6.)

Theilhaber (A.). Zur Aetiologie und Therapie des Genitalprolapses. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.)

Toff (E.). Hämatocolpos und Hämatometra in Folge von Atresia hymenalis congenita. (*Wien. klin. Wochensch.*, 15 mars.)

Unterberger. Retroversio-flexio uteri gravidi partialis incarcerata, Urachusfistel. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars.)

Veit (J.). Untersuchungen über den osmotischen Druck zwischen Mutter und Kind. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 2.) — Recherches sur la pression osmotique entre la mère et l'enfant.

Vinay (Ch.). Vaccine et variole au cours de la grossesse. (*Lyon méd.*, 25 mars.)

Wolff (B. D.). Ein Fall von zweieiiger Zwillingsschwangerschaft (vielleicht Superfoetatio). (*Arch. f. Gynäkol.*, LX, 2.) — Un cas de grossesse gémellaire.

Zängerle. Zur Kenntnis des Pseudomucins aus den Eierstockscysten. (*Münch. med. Wochensch.*, 27 mars.) — Recherches sur la pseudomucine provenant des kystes de l'ovaire.

Zepler (G.). Beiträge zur orthopädischen Behandlung der Lageveränderungen des Uterus; quere Spreizung des Scheidengewölbes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 8 et 15 mars.) — Traitement des déviations utérines au moyen de pessaires dilatant les culs-de-sac vaginaux dans le sens transversal.

PÉDIATRIE

Hahn (G.). Zur Symptomatologie der Kleinhirnerkrankungen im frühen Kindesalter. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVIII, 3-4.) — Sur un cas de tumeur tuberculeuse du cervelet avec méningite tuberculeuse chez un enfant de quatre mois.

Hirota (Z.). Noch einmal zur Kakke der Säuglinge. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 17 mars.) — Le kakké (béribéri) chez les nourrissons.

Hochsinger (C.). Die Myotonie der Säuglinge und deren Beziehungen zur Tetanie. (*Wien. med. Wochensch.*, 10, 17 et 24 fév., 3, 10 et 17 mars.) — La myotonie des nourrissons dans ses rapports avec la tétanie.

Johannessen (A.). Ueber chronischen Gelenkrheumatismus und Arthritis deformans im Kindesalter. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XXXIX, 3-4.) — Le rhumatisme articulaire chronique et l'arthrite déformante chez les enfants.

Koplik (H.). Myocarditis in infancy and childhood. (*Med. News*, 31 mars.) — La myocardite dans la première et la seconde enfance.

Pfeiffer (E.). Verhandlungen der 16. Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in der Abteilung für Kinderheilkunde der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in München, 1899. In-8°, XII-340 p Wiesbaden. — Comptes rendus de la seizième Assemblée de la Société allemande de pédiatrie.

Rolly et **Saam**. Ueber den Einfluss des Ichthalbin auf den Stoffwechsel und die Darmthätigkeit der Kinder. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 et 24 avril.) — De l'influence exercée par l'ichtalbine sur les échanges intra-organiques et les fonctions intestinales chez l'enfant.

Sasuchin (P.). Die Rachitismilz. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 3.) — La rate dans le rachitisme.

Starck (von). Zur Diagnose der angeborenen Herzfehler. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVIII, 3-4.) — Du diagnostic des cardiopathies congénitales.

Teixeira de Mattos (E.). Twee gevallen van chronischen inspiratorischen stridor bij zuigelingen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 24 mars.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Nadoleczny (M.). Bacteriologische und klinische Untersuchungen über die genuine, acute, exsudative Mittelohrentzündung. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLVIII, 3-4.) — Recherches bactériologiques et cliniques sur l'otite moyenne idiopathique aiguë avec exsudat.

Trumpp (J.). Die unblutige operative Behandlung von Larynxstenosen mittelst der Intubation. In-8°, IV-115 p. avec fig. Vienne.

Warnecke. Zwei Fälle von Sinusthrombose mit bindegewebiger Obliteration des Sinus sigmoideus. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLVIII, 3-4.) — Deux cas de thrombose des sinus crâniens avec oblitération du sinus sigmoïde par prolifération du tissu conjonctif.

Zeroni. Ein neues Instrument zur Ambossextraction vom äusseren Gehörgang aus. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLVIII, 3-4.) — Un nouvel instrument pour l'extraction de l'enclume par le conduit auditif externe.

Zimmermann (G.). Unzulängliche Stützen der Helmholtz'schen Theorie von der Schallübertragung im Mittelohr. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXVI, 3.) — Insuffisance de la théorie de Helmholtz sur la transmission des sons dans l'oreille moyenne.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Albert-Weill (E.). Guide pratique d'électrothérapie gynécologique. In-18, 300 p.

Bergonié (J.). Traitement des angiomes graves par l'électrolyse. (*Arch. d'électricité méd.*, mars.)

Eulenburg (A.). Ueber die Wirkung und Anwendung hochgespannter Ströme von starker Wechselzahl (d'Arsonval-Tesla-Ströme). (*Deutsche med. Wochensch.*, 22 et 29 mars.) — De l'action et de l'usage thérapeutique des courants de d'Arsonval-Tesla.

Lindemann (E.). Ueber locale Behandlung von Gelenkrheumatismus, Gicht, Ischias, etc., mit elektrischem Heissluftapparat (Elektrotherm). (*Therap. Monatsh.*, mars.) — Du traitement local du rhumatisme articulaire, de la goutte, de la sciatique, etc., au moyen d'appareils électro-thermiques.

Lucas (F. et A.). Electricité médicale : traité théorique et pratique; précis d'électricité; appareils et instruments électro-médicaux; applications thérapeutiques. In-18, 407 p. avec fig.

Platon et **Reynaud** (G.). Paralysie vésicale après l'accouchement; rétention d'urine pendant quarante-quatre jours; guérison par l'emploi des courants continus. (*Rev. de cinésie et d'électrothérapie*, 20 fév.)

20e ANNÉE. — N° 38. Vingt centimes le numéro. 12 SEPTEMBRE 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

HYGIÈNE INTERNATIONALE

La peste à Glasgow.

A partir d'aujourd'hui, le gouvernement français exigera la patente de santé pour les navires provenant des ports d'Ecosse, d'Angleterre et d'Irlande, par suite de l'existence de la peste à Glasgow. Comme cette mesure préventive sera également appliquée par tous les autres pays, le commerce anglais va de ce fait subir des pertes énormes, et c'est ce qui semble chagriner le plus nos voisins d'outre-Manche, à en juger par le début du leader que le *British Medical Journal* vient de consacrer à la peste de Glasgow. Mais ne faut-il pas s'étonner que dans ce « pays qui est le pionnier dans toutes les questions d'hygiène » — c'est à notre confrère de Londres que nous empruntons les mots guillemetés — il puisse exister une grande ville comme Glasgow, « dont le port a un tonnage aussi considérable que celui de tous les ports français », sans direction de la santé du port et sans un seul médecin attaché à ce service (*medical officer of health of the port*)? Dans de pareilles conditions, l'importation de la maladie était inévitable un jour ou l'autre. Toutefois, les Anglais n'en ont pas moins été quelque peu surpris d'apprendre — et cela vingt-cinq jours après le début de l'épidémie — que la peste sévissait à Glasgow. L'enquête, qui a suivi la déclaration officielle, n'est pas arrivée à démontrer comment la maladie a pu faire ses premières victimes dans un quartier assez éloigné du port, une vieille femme et un petit enfant sans contact immédiat avec des bateaux ou des marchandises en provenant. Poursuivie, l'enquête ne démontrera rien de plus, d'après ce que nous écrit notre correspondant. L'épidémie suit une marche lente, mais cependant progressive, car presque chaque jour il se déclare quelque nouveau cas. Il va sans dire que l'on a pris les précautions d'usage, mais il n'est pas possible d'affirmer que le mal n'existe pas au delà de la zone incriminée.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur A. Buschke est nommé privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie.

Faculté de médecine de Cagliari. — M. le docteur Giuseppe Pinna est nommé privatdocent de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Giuseppe Ingianni est nommé privatdocent de pathologie chirurgicale.

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur Otto Messerer, professeur extraordinaire de médecine légale, est nommé professeur ordinaire honoraire.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Prospero Guidone est nommé privatdocent de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Palerme. — M. le docteur Gaetano Lodato est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Parme. — M. le docteur Marco Pitzorno est nommé privatdocent d'anatomie.

University College de Londres. — M. le docteur G. Vivian Poore est nommé professeur de médecine, en remplacement de M. Roberts.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE PARIS

Aron (J.). L'exanthème scarlatiniforme dans la fièvre typhoïde.

Athanasiu (A.). Angine ulcéro-membraneuse aiguë à bacilles fusiformes de Vincent et spirilles chez les enfants.

Bellœuf (F.). De l'hystérectomie abdominale totale avec évidement du bassin dans le traitement du cancer de l'utérus.

Bergugnat (L.). La guérison de la coxalgie; résultat que l'on peut obtenir par le traitement dans les diverses périodes de la maladie (période du début, déviations, abcès).

Blum (E.). Du drainage prolongé de l'utérus consécutif à la dilatation et au curettage; traitement de certaines affections utérines et périutérines.

Bonte (D.-J.). L'inversion utérine irréductible; nouveau procédé de traitement chirurgical conservateur (colpohystérotomie postérieure).

Bony (J.). Contribution à l'étude du traitement de la pneumonie chez l'adulte.

Buisson (E.). Sur un nouveau procédé de périnéorrhaphie.

Clément (A.). Contribution à l'étude de l'étranglement du cordon ombilical par des brides amniotiques.

Clerc (M.). Traitement de la rétroversion irréductible de l'utérus gravide.

Désir (J.-D.). Des causes de la hernie inguinale récidivée.

Dubar (E.). Des ostéomes des fosses nasales et des sinus voisins.

Fargeas (J.-B.). Etude sur l'absence congénitale de la rotule.

Fernandez de Armenteros (C.). Contribution à l'étude de la syphilis de troisième génération.

Fort (E.). De l'artérite aiguë au cours de la grippe.

Franco. Contribution à l'étude des bartholinites et en particulier de leurs formes chroniques.

Grisel (P.). Contribution à l'étude des malformations rachitiques du membre inférieur chez l'enfant.

Gruet (H.-Ch.). Contribution à l'étude de l'épulis.

Kerbiriou (J.-B.). Sur les kystes du canal de Nück.

Kritchevska (Mme R.). Salpingite hémorrhagique (étude histologique).

Laurent (M.). De l'utilité des très hautes doses d'iodure de potassium dans certains cas de syphilis.

Lecoq (E.). De l'examen radioscopique dans la pneumonie franche aiguë chez l'enfant.

Malbois (R.). Contribution à l'étude du traitement actuel des aliénés dans les asiles de province.

Mallard (H.). Quelques considérations sur la pneumonie chez les obèses.

Mauger (N.). La perforation typhique de l'intestin et de ses annexes; son traitement chirurgical.

Maugery (H.). Contribution à l'étude des pleurésies purulentes latentes (l'abcès froid de la plèvre).

Meyer. De l'incision complète et de proche en proche des voies biliaires pour l'extraction des calculs du cholédoque.

Millardet. Des oblitérations des artères viscérales dans la fièvre typhoïde.

Musy (A.-J.). Du pneumothorax dans la fièvre typhoïde.

Roger (J.). Essai sur les indications opératoires et le choix de l'intervention dans le traitement des suppurations pelviennes.

Sempé. Contribution à l'étude de l'iodoforme: pulvérisations iodoformées par le chlorure d'éthyle dans les plaies infectées et les trajets fistuleux.

Tassigny (P.). Contribution à l'étude clinique des amyotrophies paralytiques de cause articulaire.

Zabloudovsky (Mlle C.). Sur les rétentions utérines au cours du cancer.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Councilman (W.). The lobule of the lung and its relation to the lymphatics. (*Journ. of the Boston Soc. of Med. Scienc.*, mars.) — Le lobule pulmonaire dans ses rapports avec les lymphatiques.

Debierre (C.). Leçons sur le péritoine. In-8°, 91 p. avec fig.

Duval (M.). Précis d'histologie. 2e éd. In-8°, XXXII-1028 p. avec fig.

Harris (H.). Histology and microchemic reactions of some cells to anilin dyes; identity of the plasma-cell and osteoblast; fibrous tissue a secretion of the plasma-cells; mast-cell elaborates mucin of connective tissues. (*Philadelphia Med. Journ.*, 7 avril.)

His (W.) et **Spalteholz** (W.). Handatlas der Anatomie des Menschen in 750 teils farbigen Abbildungen mit Text. T. III, 1re partie. In-8°, p. 477 à 616. Leipzig. — Atlas d'anatomie humaine.

Obermüller (K.). Untersuchungen über das elastische Gewebe der Scheide. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, XXVII, 3.) — Recherches sur le tissu élastique du vagin.

Salge et **Stöltzner**. Eine neue Methode der Anwendung des Silbers in der Histologie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 avril.) — Sur une nouvelle méthode d'emploi des sels d'argent en histologie.

Taddei (D.). Contributo alla conoscenza istofisiologica della ghiandola di Harder. (*Gazz. degli Osped.*, 15 avril.)

Tillaux (P.). Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie. 10e éd. In-8°, 1141 p. avec fig.

PHYSIOLOGIE

Chiari (H.). Beitrag zur Lehre von der intravitalen Autodigestion des menschlichen Pankreas. (*Prag. med. Wochensch.*, 5 avril.) — De l'autodigestion du pancréas dans l'organisme.

Gregor (A.). Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Ausscheidung der reducirenden Substanzen im Harne. (*Wien. klin. Wochensch.*, 19 avril.) — Influence de l'alcool sur l'élimination urinaire des substances réductrices.

Ioteyko (Mlle J.). De l'anélectrotonus complet. (*Arch. d'électricité méd.*, avril.)

Müller (F.). Einige Fragen des Stoffwechsels und der Ernährung. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 272.) — Les échanges intra-organiques et la nutrition.

Schenck (F.) et **Gürber** (A.). Leitfaden der Physiologie des Menschen. 2e éd. In-8°, 291 p. avec fig. Stuttgart.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Baumgarten (P. von). Arbeiten auf dem Gebiete der pathologischen Anatomie und Bakteriologie aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Tübingen. T. III, 1re partie. In-8°, 251 p. Brunswick.

Carini (A.). Contributo istologico e sperimentale alla etiologia dei tumori. (*Policlinico*, 15 avril.)

Colpi (A.). Pileflebite e cirrosi epatica. (*Riforma med.*, 10, 11, 12 et 13 avril.)

Cunéo (B.). Note sur quelques points de l'anatomie pathologique du cancer de l'estomac. (*Rev. de chir.*, avril.)

Drago (S.). Contributo alla preparazione dei globuli bianchi del sangue. (*Gazz. degli Osped.*, 13 mai.)

Fujinami (A.). Ein Rhabdomyosarcom mit hyaliner Degeneration (Cylindrom) im willkürlichen Muskel. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLX, 1.) — Rhabdomyosarcome avec dégénérescence hyaline (cylindrome) des muscles striés.

Grawitz (P.). Ueber Adenocarcinome. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 mars.)

Heile. Ueber die Ochronose und die durch Formol verursachte pseudo-ochronotische Färbung der Knorpel. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLX, 1.) — Des dépôts de pigment (ochronose) et de la coloration pseudo-ochronotique du cartilage par le formol.

Israel (O.). Elemente der pathologisch-anatomischen Diagnose. Anleitung zur rationellen anatomischen Analyse. 2e éd. In-8°, 132 p. avec fig. Berlin.

Janni (R.). Die feinen Veränderungen der Venenhäute bei Varicen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 1.) — Les lésions histologiques des veines variqueuses.

Stöltzner et **Salge**. Ueber das Vorkommen von eigentümlichen Krystallen in den Knochen von mit Nebennierensubstanz behandelten rachitischen Kindern. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 avril.) — Sur la présence de cristaux particuliers dans les os des enfants rachitiques après administration de capsules surrénales.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Badano (F.). Contributo allo studio dell'azione dei veleni tubercolari sul tessuto polmonare. (*Gazz. degli Osped.*, 1er avril.)

Bail (O.). Weitere Untersuchungen über milzbrandfeindliche Eigenschaften des Hundeorganismus. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 20 avril.) — Nouvelles recherches sur les propriétés anticharbonneuses de l'organisme du chien.

Ferrarini (G.). Dell'azione dell'atropina nell'ipertermia da peptone. (*Riforma med.*, 10 mai.)

Jackson (F.) et **Harley** (V.). An experimental inquiry into scurvy. (*Lancet*, 28 avril.) — Recherches expérimentales sur le scorbut.

Molon (C.). Sul modo di comportarsi del sangue dei cani, entro e fuori dei vasi, rispetto ai bacilli del tifo. (*Gazz. degli Osped.*, 29 avril.)

Porges (M.). Experimenteller Beitrag zur Wirkung und Nachwirkung von Schilddrüsengift. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 avril.) — Recherches expérimentales sur les effets toxiques immédiats et éloignés du corps thyroïde.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Charrin. Protection des tissus contre les sécrétions glandulaires (défense de l'organisme). (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Foulerton (A.) et **Thomson** (H.). On the causation of nervous symptoms in typhoid fever, with an experimental study of the action of typhoid toxins on the ganglion cells of the central nervous system. (*Lancet*, 21 avril.) — Recherches cliniques et expérimentales sur les causes des symptômes nerveux dans la fièvre typhoïde.

Garnier (Ch.). Considérations générales sur l'ergastoplasme, protoplasme supérieur des cellules glandulaires; la place qu'il doit occuper en pathologie cellulaire. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Gauthier (G.). Fonctions du corps thyroïde; pathogénie du goitre endémique, du goitre sporadique, du goitre exophtalmique; hypothyroïdation et hyperthyroïdation. (*Rev. de méd.*, janv., mars et mai.)

Jawein (G.). Sur la cause de la splénomégalie aiguë dans les empoisonnements et les maladies infectieuses; rôle physiologique de la rate. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, mars.)

Malkoff (G.). Beitrag zur Frage der Agglutination der rothen Blutkörperchen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 avril.) — Recherches sur l'agglutination des hématies.

Mircoli (S.). Ueber den pyogenen Ursprung der Chorea rheumatica und der rheumatischen Processe. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 2 avril.) — Sur l'origine pyogène de la chorée de Sydenham et des affections rhumatismales.

Paczkowski. Die Autointoxikation (Selbstvergiftung des Körpers) als Grundlage zu Erkrankungen; ein Beitrag zur Lehre von Dispositionen und Krankheitsbedingungen. In-8°, 127 p. Leipzig. — L'auto-intoxication source des maladies.

Pawlowsky (A.). Zur Frage der Infection und Immunität; das Schicksal einiger (hauptsächlich pyogener) Mikroben im Organismus empfänglicher und immuner Thiere. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIII, 2.) — Le sort de certains microbes, notamment des microbes pyogènes, dans l'organisme des animaux non immunisés et des animaux immunisés.

MÉDECINE

Amann (J.). Un nouvel uréomètre destiné au dosage clinique de l'urée. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril.)

Arnold (V.). Ueber Nachweis und Vorkommen der Acetessigsäure in pathologischem Harn. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 28 avril.) — De la recherche et de la présence de l'acide diacétique dans les urines pathologiques.

Bard (L.). Du rôle de la mobilité du diaphragme dans les déplacements apparents des épanchements pleuraux. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril.)

Bäumler. Zur Diagnose der durch gewerbliche Staubinhalation hervorgerufenen Lungenveränderungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 avril.) — Diagnostic des lésions pulmonaires dues à l'inhalation professionnelle de poussières.

Bier (A.). Ueber die Ursachen der Herzhypertrophie bei Nierenkrankheiten. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 avril.) — Des causes de l'hypertrophie du cœur dans les affections rénales.

Bulletin de la Société de médecine de Rouen. 2e série. T. XIII (année 1899). In-8°, 178 p. avec fig. Rouen.

Bulletin des travaux de la Société médicale de l'arrondissement de l'Elysée (huitième arrondissement) à Paris, pendant l'année 1899. In-8°, 122 p. Clermont.

Cabot (R.). A remarkable case of probable thoracic aneurism presenting intermittently through the sternum. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.) — Anévrysme thoracique (?) faisant saillie d'une façon intermittente à travers le sternum.

Camus. Note sur un cas de pneumonie grippale permettant l'auscultation à distance. (*Echo méd. du Nord*, 1er avril.)

Contributions from the William Pepper Laboratory of clinical medicine [University of Pennsylvania]. In-8°, 479 p. avec fig. et planches en couleurs. Philadelphie.

Cornet (G.). Die acute allgemeine Miliartuberculose. In-8°, 61 p. Vienne.

Ebstein (W.) et **Schwalbe** (J.). Handbuch der praktischen Medicin. II. Band : Die Krankheiten des Blutes, der blutbereitenden Organe und der Verdauungsorgane. In-8°, XX-1264 p. avec fig. Stuttgart. — Traité de médecine pratique. T. II : les maladies du sang, des organes hématopoiétiques et du tube digestif.

Mäder (C.). Die stetige Zunahme der Krebserkrankungen in den letzten Jahren; eine vergleichende statistische Studie über die Frequenz der Todesfälle an Krebs und an Tuberculose in Preussen, Sachsen und Baden. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infektionskr.*, XXXIII, 2.) — Statistiques comparées sur le cancer et sur la tuberculose en Prusse, en Saxe et dans le Grand-duché de Bade, montrant une augmentation des affections cancéreuses.

Neumann. Zur Uebertragung der Tuberculose durch die rituelle Circumcision. (*Wien. med. Presse*, 25 mars.) — Transmission de la tuberculose par la circoncision rituelle.

MALADIES INFECTIEUSES

Aroustamov (M.). Epidémie de peste dans une steppe kirghize du gouvernement d'Astrakhan (en russe). (*Vratch*, 8 avril.)

Braun (L.). Ueber seltenere nervöse Störungen mit nachweisbarer anatomischer Grundlage beim Abdominaltyphus. (*Wien. med. Presse*, 15 avril.) — De quelques troubles nerveux rares avec lésions anatomiques manifestes dans la fièvre typhoïde.

Courmont (P.). Signification des courbes leucocytaires chez les typhiques; rapport avec le pouvoir agglutinant. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Diamond (I.). Amebic dysentery. (*Philadelphia Med. Journ.*, 7 avril.)

Edelmann (M.). Ein Fall von kryptogenetischer Sepsis. (*Pest. med.-chir. Presse*, 29 avril.)

Etienne (G.). Double récidive de la fièvre typhoïde. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 avril.)

Guinon (L.). Endopéricardite au cours de la fièvre typhoïde. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, mai.)

Harris (H.) et **Arnold** (W.). Bubonic plague. (*Philadelphia Med. Journ.*, 7 avril.) — La peste bubonique.

MacLeod (K.). On « washing » dysenteric stools. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril.) — Le « lavage » des selles dysentériques.

Marsden (R.). Inoculation with typhoid vaccine as a preventive of typhoid fever. (*Brit. Med. Journ.*, 28 avril.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Akopenko (A.). Des troubles mentaux dus à l'abus du chloral (en russe). (*Vratch*, 29 avril.)

Arnaud (S.). Contributo alla psicoterapia del morfinismo. (*Supplem. al Policlinico*, 14 avril.)

Bailey (P.). Traumatic hemorrhages into the spinal cord. (*Med. Record*, 7 avril.)

Bálint (R.). Beiträge zur Aetiologie und pathologischen Anatomie der multiplen Sclerose. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVI, 5-6.)

Bechterev (V. von). Ueber objective Symptome localer Hyperästhesie und Anästhesie bei den sogenannten traumatischen Neurosen und bei Hysterie. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars.)

Brodmann (K.). Kritischer Beitrag zur Symptomatologie der isolirten Serratuslähmung nebst Bemerkungen über die erwerbsschädigenden Folgen derselben. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVI, 5-6.) — La paralysie isolée du grand dentelé considérée au point de vue séméiologique et de ses conséquences pour l'aptitude au travail.

Carrière (G.) et **Huygue** (L.). Sur une forme mixte et complexe de diplégie cérébrale. (*Nord méd.*, 1er mai.)

Cascella (F.). Contributo alle psicopatie blenorragiche. (*Riforma med.*, 5 avril.)

HYGIÈNE

Abba (F.). Guida della pratica delle disinfezioni pubbliche e private. In-8°, 112 p. avec fig. Turin.

Causse (H.). Sur la présence de la cystine dans les eaux contaminées des puits de la Guillotière, des Brotteaux et dans l'eau du Rhône. (*Lyon méd.*, 18 mars.)

Eulenberg (H.) et **Bach** (Th.). Schulgesundheitslehre : das Schulhaus und das Unterrichtswesen vom hygienischen Standpunkte. 2e éd. 10e fasc. In-8°, p. 1265 à 1388. Berlin. — Hygiène scolaire.

Kröhnke (O.). Die Reinigung des Wassers für häusliche und gewerbliche Zwecke. In-8°, 138 p. avec fig. Stuttgart. — L'épuration des eaux.

Pastega (A.). Contributo alla patogenesi dell'insolazione. (*Ann. di med. navale*, avril.)

Statistik der Sanitätsverhältnisse der Mannschaft des k. u. k. Heeres im Jahre 1898. In-4°, LVI-287 p. Vienne. — Statistique sanitaire de l'armée autrichienne pour l'année 1898.

Villain (L.). Les viandes insalubres. In-18, 104 p.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Bergeron (H.). Médecine légale et jurisprudence médicale (travaux, rapports, jugements, etc., publiés en 1899). In-8°, 356 p.

Combemale (F.). Quelques réflexions à propos d'un cas de caféisme chronique. (*Echo méd. du Nord*, 11 mars.)

Emmert (C.). Lehrbuch der gerichtlichen Medicin mit Berücksichtigung der deutschen, österreichischen und bernischen Gesetzgebungen. In-8°, 539 p. Leipzig. — Traité de médecine légale.

Krafft-Ebing (R. von). Médecine légale des aliénés. Fasc. 1er : partie criminelle. (Trad. de l'allemand et annotée par le professeur A. Rémond.) In-8°, 544 p. Toulouse. Gimet-Pisseau.

Sachs (W.). Die Kohlenoxyd-Vergiftung in ihrer klinischen, hygienischen und gerichtsärztlichen Bedeutung. In-8°, IX-236 p. avec fig. (1 planche en couleurs). Brunswick. F. Vieweg et fils. — L'intoxication par l'oxyde de carbone.

Stern (K.). Ueber Vergiftung durch äusserliche Anwendung von β-Naphtol. (*Therap. Monatsh.*, mars.) — De l'intoxication par l'usage externe du β-naphtol.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Cosma (G.) et **Clinceano**. Traitement du rhumatisme articulaire aigu et subaigu par le salicylate de méthyle administré à l'intérieur. In-8°, 64 p. A. Maloine.

Jacobæus (H.). Forelæsninger over moderne terapi. In-8°, 231 p. Copenhague.

Reynaud (G.). La saignée et la transfusion saline hypodermique dans les maladies toxiques et infectieuses graves. (*Arch. provinc. de méd.*, mars, avril, mai et juin.)

Squire (P.). Pharmacopœias of thirty London hospitals. 7e éd. In-12, 414 p. Londres.

Strauss (H.). Ueber Klystiere und Suppositorien von Heidelbeerextract zur Behandlung von colitischen Processen. (*Therap. Monatsh.*, mars.) — Traitement de la colite par les lavements et les suppositoires à l'extrait de myrtille.

Venturini (B.). Del bromoformio nella cura della pertosse. (*Gazz. degli Osped.*, 18 mars.)

BACTERIOLOGIE

Feinberg. Ueber den Bau der Bakterien. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 31 mars.) — Structure des bactéries.

Gabritchevsky (G.). Recherches sur les mouvements actifs des bactéries (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, mars.)

Nösske (H.). Neue Untersuchungen über den Bacillus pyocyaneus und die Gesetze der Farbstoffbildung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 1.) — Recherches sur le bacille pyocyanique et sur les lois présidant à la formation de la substance colorante.

Scuderi (F.). Sull'antagonismo batterico; nota riassuntiva. (*Gazz. med. lombarda*, 27 mai.)

Stühlern (V.). Beitrag zur Bakteriologie der lobären Typhus-Pneumonieen. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 23 mars.)

Weleminsky (F.). Ueber die mechanische Gewinnung bactericider Leucocytenstoffe. (*Prag. med. Wochensch.*, 1er et 8 mars.)

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Haberkorn. Medicinische Bildung im Zeitalter Homers. In-8°, 14 p. Berlin. — L'éducation médicale au temps d'Homère.

Husemann (Th.). Weitere Beiträge zur chirurgischen Anästhesie im Mittelalter. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LIV, 5-6.) — L'anesthésie chirurgicale au moyen âge.

Occhiuzzi (A.). Guido Baccelli nella Clinica (1857-97). In-8°, 70 p. Rome.

Pagel (J.). Biographisches Lexikon hervorragender Aerzte des 19. Jahrhunderts. Fasc. 1er. In-8°, 384 p. avec fig. Vienne.

Peters (H.). Der Arzt und die Heilkunst in der deutschen Vergangenheit. In-4°, 136 p. avec fig. Leipzig. — La médecine d'autrefois en Allemagne.

Scharffenberg (J.). Det militære sanitetsvæsen i Norge i midten af det 17de aarhundrede, navnlig under Hannibalsfeiden 1643-1645. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juin.) — La médecine militaire en Norvège au milieu du dix-septième siècle.

GÉNÉRALITÉS

Béal (A.). Passe-temps d'un praticien d'Auvergne; causeries sur l'hygiène.... et autres sujets joyeux, rédigées conformément aux us et coutumes régionales. In-18, 338 p.

Gulland (G. L.) et **Hodgson** (J.). Edinburgh hospital reports. T. VI. In-8°, 518 p. avec fig. Edimbourg.

Jahresbericht des Landes-Medicinal-Collegiums über das Medicinalwesen im Königreiche Sachsen auf das Jahr 1898. In-8°, 392 p. Leipzig. — Rapport sur les affaires médicales dans le royaume de Saxe pendant l'année 1898.

Medical and surgical report of the Presbyterian Hospital in the City of New York. T. IV. In-8°, 223 p. avec fig. New-York.

Ughetti (G. B.). Zwischen Aerzten und Clienten; Erinnerungen eines alten Arztes. (Trad. de l'italien par G. Galli.) 2e éd. In-8°, 163 p. Vienne. — Médecins et clients.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

A propos de l'admission des femmes dans les Facultés de médecine en Allemagne et en Autriche.

Après de longues hésitations et même de véritables protestations de la part des professeurs et des autorités universitaires, le gouvernement allemand décida l'année dernière d'admettre les femmes pourvues du certificat de maturité aux examens de médecine. Dernièrement, le Conseil fédéral est allé encore un peu plus loin: pour régler la situation des étudiantes en médecine de nationalité allemande qui s'étaient fait immatriculer dans les Facultés de médecine suisses, il a autorisé le chancelier de l'empire à dispenser du certificat de maturité, après avis conforme de l'autorité compétente de l'Etat respectif, les étudiantes pourvues d'un certificat de maturité délivré par un pays étranger et ayant commencé leurs études médicales à l'étranger avant le semestre d'été 1899; en outre, les études médicales suivies d'un examen devant une Faculté étrangère avant le semestre d'hiver 1900-1901 seront à valoir sur les quatre semestres d'études exigés par le règlement allemand.

En présence de ces faits, l'Autriche, elle aussi, a décidé d'ouvrir ses Facultés de médecine aux femmes. A cet effet, le ministre de l'instruction publique vient de signer un arrêté aux termes duquel les étudiantes justifiant des études classiques exigées pour les étudiants seront admises aux études médicales et aux examens dans les mêmes conditions que les hommes, à partir de la prochaine année scolaire (1900-1901).

Ce résultat est conforme aux desiderata de notre époque. Il n'est que juste de voir les deux sexes admis aux mêmes études, quand ils sont pourvus des mêmes brevets et soumis aux mêmes examens. Mais il ne faudrait pas, comme cela se passe dans quelques pays, sans en excepter la France, que les juges fussent influencés par des conditions de personne et portés à une indulgence que les étudiants connaissent rarement.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Athènes. — M. le docteur Constantin Savas est nommé professeur ordinaire d'hygiène et de bactériologie.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Richard Stern, privatdocent de médecine interne, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Copenhague. — M. le docteur Oscar Wanscher, privatdocent de chirurgie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine d'Erlangen. — M. le docteur Oscar Schulz est nommé privatdocent de chimie physiologique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE PARIS

Anel (J.). De l'endocardite gonococcique.

Baudelot (G.). Ostéo-arthropathie avec contracture dans la syphilis héréditaire tardive.

Brajnikoff (O.). Remarques sur quelques cas de délire alcoolique aigu à tendance systématique.

Canuet (E.). Méningite cérébro-spinale épidémique (méningocoque).

Capgras (J.). Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présénile.

Carre (F.). Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire et infantilisme.

Conso. La pseudo-paralysie générale arthritique.

Coyon (A.). Flore microbienne de l'estomac; fermentations gastriques.

Dabasse (E.). Contribution à l'étude des ulcères d'origine phlébitique (étude clinique).

Daubret (M.-V.). Sur l'oblitération congénitale de l'orifice postérieur des fosses nasales.

Dufour (E.). Contribution à l'étude des présentations de l'épaule.

Ferrand (A.). Du cloisonnement transversal incomplet d'origine congénitale du col et du segment inférieur de l'utérus.

Gouliaieff (Mlle R.). Contribution à l'étude du prurigo gestationis.

Kauffmann. Comment doit-on actuellement comprendre le syndrome coliques hépatiques? Etude pathogénique et clinique; indications thérapeutiques.

Legrand (H.-C.). De la faible natalité en France (étude d'hygiène sociale).

Lesage (L.). Contribution à l'étude des névrites sensitivo-motrices de la tuberculose pulmonaire; historique, étiologie, pathogénie, symptomatologie.

Lucas (A.). Sur un cas de surdité rapporté à faux au séjour dans l'air comprimé (étude médico-légale).

Luquel (C.). Les lésions des coronaires et la mort subite.

Mayer (A.). Essai sur la soif; ses causes et son mécanisme.

Mignot (R.). Contribution à l'étude des troubles pupillaires dans quelques maladies mentales.

Montfort (A.). Traitement des troubles urinaires du vieillard par la résection totale des cordons.

Ouvrier (L.). Sur une forme particulière de l'utérus pendant les premiers mois de la gestation.

Perlis (Mme). Contribution à l'étude du traitement de l'incontinence d'urine des enfants par le rhus aromatica.

Phellipon (G.). Des hématomes de la vulve et du vagin au cours de la puerpéralité.

Quentin (A.). Accidents pulmonaires infectieux du cancer de l'estomac; leur fréquence au cours des interventions chirurgicales.

Rambaud (M.). La péri-arthrite scapulo-humérale.

Rechniewska (Mlle W. C.). Contribution à l'étude du prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la femme.

Rouault (E.). De l'intervention prophylactique et précoce dans la rétention des membranes après l'accouchement à terme.

Roupin-Hagopian. De l'emploi de l'eau oxygénée dans les infections urinaires.

Tabary (O.). La lutte contre la tuberculose dans la classe ouvrière.

Tessier (G.). Application de la mécanothérapie à l'hygiène thérapeutique des cardioscléreux avec angine de poitrine.

Vigier (P.). Le nucléole; morphologie, physiologie.

Zerlaut (A.). Fièvre typhoïde abortive confirmée par le sérodiagnostic.

Zlatoff (K.). Etude sur la fièvre herpétique à localisation cutanée.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Kimura (A.). Ueber Knochenatrophie und deren Folgen, Coxa vara, Ostitis und Arthritis deformans. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, XXVII, 2 et 3.) — L'atrophie osseuse et ses conséquences: la coxa vara, l'ostéite et l'arthrite déformante.

La Rosa (G.). Nuovi mestrui per la numerazione dei globuli rossi secondo il metodo Thoma-Zeiss. (*Riforma med.*, 27 avril.)

Marcuse (B.). Ueber Leber-Lymphome bei Infectionskrankheiten. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLX, 1.) — Des lymphomes du foie dans les maladies infectieuses.

Orth (J.). Pathologisch-anatomische Diagnostik, nebst Anleitung zur Ausführung von Obductionen, sowie von pathologisch-histologischen Untersuchungen. 6e éd. In-8o, 730 p. avec fig. Berlin.

Schmidt (M.). Ueber das Verhältnis der Fettgewebsnekrose zu den Erkrankungen des Pancreas. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 mai.) — Rapports de la nécrose du tissu graisseux avec les affections du pancréas.

Soukhanoff (S.). Sur l'état variqueux des dendrites corticales. (*Arch. de neurol.*, avril.)

Terrile (E.). Contributo allo studio delle alterazioni renali nella febbre tifoide. (*Pammatone*, IV, 1.)

MÉDECINE

Cornet (G.). Die Scrophulose. In-8o, 232 p. Vienne.

Ebstein (W.). Zur Behandlung der Fettleibigkeit. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 et 26 avril.) — Du traitement de l'obésité.

Fleiner (W.). Neue Beiträge zur Pathologie der Speiseröhre. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 et 24 avril.) — Des affections de l'œsophage.

Freeland (E.). On backache as a symptom of rectal disorder. (*Lancet*, 21 avril.) — La douleur lombaire comme symptôme d'affections du rectum.

Gallenga (P.). Tachicardia parossistica e dilatazione acuta di cuore da malaria. (*Supplem. al Policlinico*, 7 et 14 avril.)

Hellendall (H.). Zur Technik der Abdominal- und Pleurapunction. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 avril.)

Heller (R.), **Mager** (W.) et **Schrötter** (H. von). Luftdruck-Erkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten Caissonkrankheit. In-8o, 1230 p. avec fig. Vienne. — Les maladies dues à la pression de l'air: la maladie des caissons.

Herzfeld (K.). Beitrag zur Lehre von der Enteroptose. (*Wien. med. Wochensch.*, 7 et 14 avril.)

Hoppe-Seyler (G.). Ueber die Glycosurie der Vaganten. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 avril.)

Jung (F.). A contribution to the diagnosis of diverticula in the lower part of the œsophagus. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.) — Diagnostic des diverticules du segment inférieur de l'œsophage.

Jürgensen (Th. von). Erkrankungen der Kreislaufsorgane: Endocarditis. In-8o, 177 p. avec fig. Vienne.

Kelling (G.). Endoscopy of the œsophagus and stomach. (*Lancet*, 28 avril.)

Klippel (M.). De la soif pathologique en général, et en particulier de la soif brightique. (*Arch. gén. de méd.*, avril.)

Kobler (G.). Zur klinischen Bedeutung der Harncylinder. (*Wien. med. Wochensch.*, 31 mars.) — De la signification clinique des cylindres urinaires.

MALADIES INFECTIEUSES

Münzer. Ueber langdauernde Fieberzustände unklaren Ursprungs (Endocarditis septica). (*Prag. med. Wochensch.*, 26 avril.) — Des états fébriles prolongés d'origine obscure (endocardite septique ?).

Remlinger (P.). De la desquamation dans la fièvre typhoïde chez l'adulte. (*Rev. de méd.*, mai.)

Roger (H.). Etude clinique sur quelques maladies infectieuses d'après les observations recueillies à l'hôpital d'isolement de la porte d'Aubervilliers pendant l'année 1899. (*Rev. de méd.*, avril et mai.)

Schwalbe (C.). Beiträge zur Malaria-Frage. II. Heft: Das Impfen der Malariakrankheiten; die Malariakrankheiten der Tiere. In-8o, p. 21 à 73. Berlin.

Stchtéglov (M.). Résultats de l'examen bactériologique dans sept cas de méningite cérébro-spinale épidémique (en russe). (*Méd. Obozr.*, avril.)

Trevelyan (E.). On diphtherial stomatitis. (*Brit. Med. Journ.*, 14 avril.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Ceni (C.). Nuovo contributo allo studio della patogenesi del delirio acuto. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXVI, 1.)

Cestan (R.). La polynévrite syphilitique. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril.)

Clarke (J.). Epileptic attacks preceded by subjective auditory and taste sensations, probably due to a tumour of the left temporo-sphenoidal lobe. (*Lancet*, 21 avril.) — Accès épileptiques précédés de sensations auditives et gustatives et dus vraisemblablement à une tumeur du lobe temporo-sphénoïdal gauche.

Crocq (J.). Un cas de sclérose en plaques avec fou-rire. (*Journ. de neurol.*, 20 avril.)

De Buck (D.) et **De Moor** (L.). Syringomyélie ou atrophie musculaire progressive? (*Journ. de neurol.*, 20 avril.)

Decroly. Parésie des quatre membres, contractures, exagération des réflexes et phénomène de Babinski à la suite d'une chute sur le dos. (*Journ. de neurol.*, 20 mars.)

Democh (Ida). Ein Beitrag zur Lehre von der spastischen Spinalparalyse. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 1.)

Dubois (P.). Deux cas de névralgie du sciatique et de ses branches d'origine grippale. (*Journ. de neurol.*, 5 avril.)

Duprat (G.-L.). Les causes sociales de la folie. In-18, 209 p.

Dydynski (L. von). Tabes dorsalis bei Kindern, nebst einigen Bemerkungen über Tabes auf der Basis der Syphilis hereditaria. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er avril.) — Le tabes chez les enfants et ses rapports avec la syphilis héréditaire.

Elzholz (A.). Ueber Beziehungen der Korsakoff'schen Psychose zur Polioencephalitis acuta haemorrhagica superior. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 avril.)

Ferrari (G.). Alterazioni della sensibilità tattile e termica in seguito a lesione di un ramo digitale volare del nervo mediano. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXVI, 1.)

Fürstner. Ueber Behandlung der Epilepsie. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 1.) — Du traitement de l'épilepsie.

Gibert. Les arthropathies tabétiques et la radiographie. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril.)

Gonzales (P.). Contributo allo studio della pazzia indotta. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXVI, 1.)

Gumpertz (K.). Beitrag zu den im Kindesalter auftretenden Seelenstörungen. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 1.) — Les troubles psychiques des enfants.

Heiligenthal. Beitrag zur Pathologie des Halssympathicus. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 1.)

Hirschberg (N.). Zur Lehre von den Erkrankungen des Conus terminalis. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVI, 5-6.) — Des lésions de la queue de cheval.

Jacob (P.). Beiträge zur Apparatotherapie bei Erkrankungen des Centralnervensystems. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 avril.) — L'emploi d'appareils pour le traitement des maladies du systèmes nerveux central.

Jacquin (G.). Epilepsie; trépanation accidentelle. (*Arch. de neurol.*, avril.)

Kauffmann (O.). Gastro-intestinal self-intoxication as a factor in nervous diseases. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Angeloni. L'idroa generalizzata nei suoi rapporti coll'eritema polimorfo; osservazioni cliniche, critiche, istologiche. (*Policlinico*, 1er mars et 1er avril.)

Augagneur. Sur un cas de dermatite bulleuse congénitale. (*Province méd.*, 28 avril.)

Bachmann. Heilungen von Unterschenkel-Geschwüren und -Ekzemen durch den Dyes'schen Aderlass. (*Therap. Monatsh.*, avril.) — La cure des ulcères et de l'eczéma de jambe au moyen de la saignée.

Batut. Phlébite blennorrhagique, gangrène partielle du gland, du corps caverneux et de l'urèthre. (*Lyon méd.*, 29 avril.)

Colombini (P.). Un caso di stomatite gonococcica. (*Riforma med.*, 14, 16 et 17 avril.)

Finger (E.). La syphilis et les maladies vénériennes. (Trad. de l'allemand par A. Doyon et P. Spillmann.) 2e éd. In-8o, 390 p. avec planches en couleurs.

Herbert (H.). Die jungen Plasmazellen oder Lymphocyten bei der chronischen Entzündung. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er avril.) — Les lymphocytes dans l'inflammation chronique.

Holländer (E.). Zur Behandlung des Blutschwammes und verwandter angeborener Gefässneubildungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 23 avril.) — La cure des nævi vasculaires par l'air surchauffé.

Homberger (E.). Zur Gonokokkenfärbung. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 20 avril.) — Des procédés de coloration des gonocoques.

Huber (A.). Ueber Atrophia idiopathica diffusa progressiva cutis im Gegensatze zur senilen Atrophie der Haut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LII, 1.) — Des différences existant entre l'atrophie idiopathique diffuse et progressive de la peau et l'atrophie cutanée sénile.

Jessner (S.). Kompendium der Hautkrankheiten einschliesslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik. 2e éd. In-8o, 318 p. Königsberg. — Manuel des maladies de la peau.

Jordan (A.). Ueber Syphilisbehandlung mit Mercuriol. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LI, 3.)

Khitrovo (A.). Chancre mou du rectum (en russe). (*Méd. Obozr.*, avril.)

PARASITOLOGIE

Bukovsky (J.). Ein Beitrag zur Kenntnis der experimentellen und klinischen Eigenschaften des Achorion Schönleinii. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LI, 3.)

Craig (Ch.). The parasites of estivo-autumnal (remittent) malarial fever. (*Philadelphia Med. Journ.*, 7 avril.)

Löwit (M.). Weitere Untersuchungen über die Parasiten der Leukämie. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 20 avril.)

Schüller (M.). Beitrag zur Aetiologie der Geschwülste. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 20 avril.) — Recherches sur l'étiologie des tumeurs.

Topsent (E.). Sur un cas de pseudoparasitisme chez l'homme de *Gordius violaceus* Baird. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, IX, 1.)

CHIRURGIE

Aue (H.). Plastische Deckung von Trachealdefecten. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 1.) — Occlusion autoplastique des pertes de substance de la trachée.

Baracz (R. von). Zur Technik des Verschlusses des Darmlumens. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 21 avril.) — Technique de l'occlusion artificielle de l'intestin.

Blanc et **Ovize**. Traitement de l'hydrocèle vaginale par le chlorure de zinc : méthode de Polaillon. (*Loire méd.*, avril.)

Capurro (M.). Ueber den Wert der Plastik mittelst quergestreiften Muskelgewebes. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 1.) — Valeur du tissu musculaire strié pour les opérations autoplastiques.

Chalot (V.). Traité élémentaire de chirurgie et de médecine opératoires. 4e éd. In-8o, 1323 p. avec fig.

Cornet (M.). Pratique de chirurgie courante. In-18, 554 p. avec fig.

Cushing (H.). A method of total extirpation of the Gasserian ganglion for trigeminal neuralgia by a route through the temporal fossa and beneath the middle meningeal artery. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 avril.) — Extirpation du ganglion de Gasser, pour névralgie du trijumeau, par une voie frayée à travers la fosse temporale près de l'artère méningée moyenne.

Davis (G.). Method of exposing the Gasserian ganglion : removal of the superior maxillary nerve. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 avril.)

Delanglade. De l'intervention chirurgicale dans les déformations consécutives à la paralysie infantile et en particulier des indications de l'ostéotomie. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, avril.)

Dercum (X.), **Keen** (W.) et **Spiller**. Endothelioma of the Gasserian ganglion; two successive resections of the ganglion : first, by the extradural (Hartley-Krause) operation, and secondly, by an intradural operation. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 avril.)

Duplay (S.), **Rochard** (E.) et **Demoulin** (A.). Manuel de diagnostic chirurgical. 2e éd. In-18, 780 p. avec fig.

Eiselsberg (von) et **Ludloff** (K.). Atlas klinisch wichtiger Röntgen-Photogramme, welche im Laufe der letzten drei Jahre in der königlich-chirurgischen Universitäts-Klinik zu Königsberg in Preussen aufgenommen wurden. In-8o, 37 planches avec texte explicatif. Berlin.

Fenwick (W. S.). Perigastric and periduodenal abscess. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril.)

Fisk (A.). Surgery in the presence of sugar in the urine. (*Ann. of Surgery*, avril.) — Des interventions chirurgicales chez les glycosuriques.

Fontan (J.). Migrations thoraciques des abcès du foie; leur traitement chirurgical. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, mars-avril.)

Fowler (G.). Diffuse septic peritonitis, with special reference to a new method of treatment, namely, the elevated head and trunk posture, to facilitate drainage into the pelvis, with the report of nine consecutive cases of recovery. (*Med. Record*, 14 avril.) — La position élevée de la tête et du tronc dans le traitement post-opératoire de la péritonite septique généralisée; guérison de 9 cas.

Franke (F.). Die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 270.) — Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac.

Gasne (G.) et **Guillain** (G.). Angiome segmentaire. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril.)

Göpel (R.). Ueber die Verschliessung von Bruchpforten durch Einheilung geflochtener fertiger Silberdrahtnetze (Silberdrahtpeloten). (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 28 avril.) — De l'occlusion des orifices herniaires au moyen de treillis en fils d'argent abandonnés dans les tissus.

Gorbounov (G.). Administration du chloroforme sans évacuation préalable du tube digestif (en russe). (*Vratch*, 29 avril.)

Gross (G.). Fracture de la malléole tibiale, avec chevauchement, simulant une luxation du pied en dedans. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mars.)

Keen (W.) et **Spiller** (W.). Peripheral resection of fifth nerve. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 28 avril.) — Résection périphérique du nerf de la cinquième paire.

UROLOGIE

Boari (A.). Chirurgia dell'uretere; studio sperimentale e clinico; anatomia chirurgica; corso d'operazioni; cateterismo ureterale nell'uomo e nella donna. In-8o, 450 p. avec fig. Rome.

Cohnheim (P.). Ein Fall von enormer (über mannskopfgrosser) Blasenerweiterung mit vorwiegend dyspeptischen Symptomen. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 25 avril.) — Troubles dyspeptiques dans un cas de dilatation considérable de la vessie.

Halpern (J.). Ein Fall von Cystitis bei einem zweijährigen Kinde. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LII, 1.) — Cystite chez un enfant âgé de deux ans.

Kolischer (G.). Das retrostrikturale Oedem der weiblichen Blase. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 28 avril.) — L'œdème de la vessie consécutif à un rétrécissement de l'urèthre chez la femme.

Kövesi (G.) et **Róth-Schulz** (W.). Ueber Störungen der wassersecernirenden Thätigkeit diffus erkrankter Nieren. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 avril.) — Des troubles de l'excrétion aqueuse dans les affections rénales diffuses.

Noble (G.). Nephro-ureterectomy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

Pryor (W.). A new method of treating the ureter in tubercular disease of the kidney and ureter. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

Rafin. Anurie calculeuse; néphrotomie; guérison. (*Lyon méd.*, 8 avril.)

Schenk (F.) et **Austerlitz** (L.). Weitere Untersuchungen über den Keimgehalt der weiblichen Urethra. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 avril.) — Nouvelles recherches sur la flore bactérienne de l'urèthre de la femme.

OPHTALMOLOGIE

Borel (G.). Hystérotraumatismes oculaires et pseudo-hystérotraumatismes oculaires. (*Ann. d'oculist.*, janv. et avril.)

Bourdon (B.). La distinction locale des sensations correspondantes des deux yeux. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, IX, 1.)

Fromaget. Mélanose conjonctivale et lentigo malin. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 8 avril.)

Lissitzyne (I.). De l'hémorrhagie expulsive après l'extraction de la cataracte sénile et de la prophylaxie de cette complication (en russe). (*Méd. Obozr.*, avril.)

Oliver (Ch.). Gumma of the iris and ciliary body; recovery with normal vision. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Silberschmidt (W.). Ueber zwei Fälle von Pilzmassen im unteren Thränenkanälchen. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 20 avril.) — Streptothrix dans le canal lacrymal inférieur.

Stöhr (A.). Binoculare Figurenmischung und Pseudoskopie. In-8o, 113 p. avec fig. Vienne.

Wolff (H.). Ueber eine neue Untersuchungsmethode des Augenhintergrundes im aufrechten und im umgekehrten Bilde mit einem neuen electrischen Augenspiegel. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 avril.) — Sur un procédé d'examen de l'image directe ou renversée du fond de l'œil au moyen d'un nouveau miroir électrique.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Beyea (H.). Dermoid cystoma of the pelvic connective tissue : with the report of a case. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris. T. II (année 1899). In-8o, 439 p.

Chazan (S.). Die specifischen Lebenserscheinungen im weiblichen Organismus. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 269.)

Chrobak (R.) et **Rosthorn** (A. von). Die Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. T. Ier, 2e partie. In-8o, p. 199 à 507, avec fig. Vienne. — Les maladies des organes génitaux de la femme.

Delore (X.). Traitement de l'anus colo-vaginal. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, mars-avril.)

Ehrendorfer (E.). Zu Alexander's inguinaler Verkürzung und Befestigung der runden Mutterbänder bei Rückwärtslagerung des Uterus. (*Wien. klin. Wochensch.*, 5 avril.) — L'opération d'Alexander contre les rétrodéviations utérines.

Fournier (C.). Précis de gynécologie pratique. In-16, 312 p. avec fig.

Freund (H. W.). Die Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane zu anderen Organen. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 274.)

Goullioud (P.). Mikulicz vaginal. (*Lyon méd.*, 18 mars.)

Haultain (F.). Pathological amenorrhœa from other than constitutional causes, with illustrative cases. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril.) — De l'aménorrhée d'origine non constitutionnelle.

20e ANNÉE. — N° 40. Vingt centimes le numéro. 26 SEPTEMBRE 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur N. Buccelli, privatdocent à la Faculté de médecine de Naples, est nommé privatdocent de neurologie et d'électrothérapie.

Faculté de médecine de Halle. — M. le docteur Armin Tschermak, privatdocent à la Faculté de médecine de Leipzig, est nommé privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Helsingfors. — M. le docteur Tigerstedt, professeur à la Faculté de médecine de Stockholm, est nommé professeur de physiologie.

Faculté de médecine de Kiel. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Fr. Klein, privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Modène. — M. le docteur Giuseppe Palazzi est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur Moritz Hofmann est nommé professeur extraordinaire de médecine légale.

Faculté de médecine de Naples. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs Alberto Solaro (*pathologie médicale*); Domenico Ventra (*psychiatrie*); Nicola Sorrentino (*dermatologie et syphiligraphie*).

Faculté tchèque de médecine de Prague. — M. le docteur Karl Kuffner, professeur extraordinaire de neurologie et de psychiatrie, est nommé professeur ordinaire.

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Livio Herlitzka est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Université de Cambridge. — M. le docteur G. H. F. Nuttall est nommé lecteur de bactériologie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE PARIS

Audy (P.). Etude critique sur un signe précoce d'adénopathie bronchique (signe d'Eustace Smith).

Balabane (Mlle S.). La suralimentation dans la fièvre typhoïde chez les enfants.

Barbavara (A.). Une forme particulière de paralysie obstétricale : monoplégie brachiale double avec amyotrophie; syndrome de Little aux membres inférieurs.

Benoist (J.). Médication cacodylique; son application à la thérapeutique infantile (tuberculose, chorée).

Berton (J.). Tuberculose et lithiase rénales; essai sur leur diagnostic différentiel.

Blanchard (L.-F.). Contribution à l'étude clinique de certains muscles synergiques (médians et symétriques) au cours de l'hémiplégie organique (parallèle avec les muscles asynergiques).

Bloch (M.). De la conduite à tenir dans le cas de dystocie pelvienne d'origine rachitique.

Borsch (J.-L.). Le traitement chirurgical de l'astigmie.

Bréger. Contribution à l'étude du traitement des déviations dentaires par les ligatures.

Brunet (G.). Essai sur une forme spéciale d'épiploïte chronique et sur la torsion de l'épiploon.

Caquille (P.-U.-L.). Du traitement des végétations vulvaires par l'acide phénique pur.

Cassuto (E.). Les abcès du foie d'origine typhique.

Castaigne (J.). Epreuve du bleu de méthylène et perméabilité rénale.

Charlot (G.). Les hématémèses dans l'appendicite.

Chary (V.). La mortalité par diphtérie en Europe avant et après l'application de la sérothérapie (étude statistique).

Chéruy (J.). Etude sur les abcès aréolaires du foie.

Cœurderoy (P.). Contribution à l'étude de l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur.

Damour (F.). Louise Bourgeois; sa vie, son œuvre.

Davet (D.). De la dystocie due à la contracture du muscle releveur de l'anus.

Denis. Etude sur un cas anormal de perforation crânienne congénitale.

Desvaux (J.). De la procidence du cordon et de ses rapports avec les rétrécissements pelviens.

Dumont (A.). Phlébite prétuberculeuse et phlébite précoce des tuberculeux.

Dupuy-Dutemps (L.). Pathogénie de la stase papillaire dans les affections intracrâniennes.

Fumey (P.). Contribution à l'étude du traitement des rétrodéviations de l'utérus (raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds — procédé de M. Doléris).

Giannetti (S.). Du massage dans les fractures para-articulaires.

Godeau (G.). Les otites et leurs complications mastoïdiennes dans la grippe.

Gorovitz (M.). De la tuberculose génitale chez la femme.

Green. Leucémie aiguë.

Grognot (H.). Contribution à l'étude des cyclites infectieuses.

Herrenschmidt (H.). Contribution à l'étude de la streptococcie péritonéale par apport vasculaire.

Jacque (L.). Contribution à la pathogénie des accidents qui accompagnent l'éruption des dents en général.

Kowler. Considérations sur le traitement de la conjonctivite granuleuse.

Lacaille (H.-E.-J.). De l'incontinence d'urine dite essentielle et de son traitement par l'électrisation localisée.

Lanthier (J.). Considérations sur un cas de névrite typhique périphérique localisée à un membre supérieur.

Le Brigand (H.). Contribution à l'étude de la pyélo-néphrite pendant la grossesse.

Le Falher (L.). Les milieux de culture du gonocoque.

Le Sourd (F.). Contribution à l'étude de la contagion de la rougeole.

Lipinska (Mlle M.). Histoire des femmes médecins.

Michel (F.-L.). Technique des appareils plâtrés (spécialement pour l'orthopédie).

Milly (L. de). De l'influence des maladies des fosses nasales sur les affections des voies lacrymales.

Moreau (C.-E.). Sur un cas récent de disjonction traumatique de la symphyse pubienne.

Morinière (V.). Sur la myomectomie abdominale.

Nicolaïdi (J.). Contribution à l'étude de l'acidité urinaire chez l'homme sain et chez les malades.

Ossovetsky (Y.). Les nouveaux dérivés de la morphine : héroïne, péronine, dionine.

Perietzeanu (J.). Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'hémiathétose.

Prime (J.). Des accidents toxiques produits par l'éosinate de sodium.

Prudhomme. Fractures et enfoncements du crâne chez le fœtus au cours de l'accouchement.

Przeciszewska (Mlle R.). Insuffisance ovarienne.

Rachid (K.). Etude sur les variations du chlore dans l'organisme.

Raffour (L.-F.). La médecine chez les Mexicains précolombiens.

Rigot (P.). Considérations sur l'appendicite et plus particulièrement sur son traitement.

Sallard (B.). Des effets curatifs de la laparotomie dans certaines affections hépatiques.

Sandoz (A.-A.). Etude sur l'emploi thérapeutique de l'acide cacodylique dans la tuberculose pulmonaire chronique.

Schotte (L.-A.). Etude générale sur la résection du genou dans la tumeur blanche chez l'adulte.

Sentoux (J.-A.). Du diagnostic des luxations traumatiques de l'épaule et des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus chez les enfants.

Simionesco (C.). Les microbes des méningites cérébro-spinales.

Surtouques (Ch.). Etude sur les modifications de l'œil et la détermination de la date de la mort.

Tobolowska (J.). Etude sur les illusions du temps dans les rêves du sommeil normal.

Valency (J.-L.). De l'accouchement spontané dans les bassins rétrécis rachitiques (étude clinique, statistique et pronostique).

Voizot (L.). Sur un cas d'hydronéphrose intermittente chez l'homme par déplacement du rein.

Wateau (R.-M.). De la tachycardie chez les tuberculeux.

Wulff (Mme). Des accouchements spontanés après la symphyséotomie.

MÉDECINE

Leichtenstern (O.). Ueber Kehlkopferkrankungen im Verlaufe des Diabetes (« Laryngitis diabetica »). (*Münch. med. Wochensch.*, 17 et 24 avril.)

Lèques (G.). Six observations de contusions de l'abdomen; guérison dans les six cas par la médication purement médicale. (*Marseille méd.*, 1er avril.)

Le Roy (L.). Thérapeutique, clinique et bactériologie de l'appareil respiratoire. In-12, XVI-155 p. avec fig.

Lohnstein (Th.). Ueber das Vorkommen von Traubenzucker im Harn der Nicht-Diabetiker auf Grund einer neuen Methode zur quantitativen Bestimmung kleinster Mengen von Glykose im Urin. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 14, 18, 21 et 25 avril.) — Sucre e raisin dans les urines de sujets non diabétiques, constaté au moyen d'un nouveau procédé de dosage de quantités minimes de glycose.

Lyon (G.). L'entérocolite muco-membraneuse. In-8°, 40 p.

Mayet (L.). Etude sur la fréquence du goitre aux différents âges. (*Lyon méd.*, 15 avril.)

Michaelis (L.). Klinische Beobachtungen über die Ammoniakausscheidung durch den Harn. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 avril.) — Recherches cliniques sur l'élimination de l'ammoniaque par les urines.

Noorden (C. von). Ueber die Indicationen der Wasserbeschränkung bei Entfettungscuren. (*Therapie der Gegenwart*, avril.) — Indications de la réduction de la ration d'eau dans la cure de l'obésité.

Patel. Tuberculose génitale coïncidant avec une poussée de douleurs articulaires, simulant le rhumatisme articulaire aigu. (*Province méd.*, 31 mars.)

Pierallini (G.). Ueber alimentäre Oxalurie. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLX, 1.)

Pitres (A.). Les signes physiques des épanchements pleuraux [leçons faites à l'hôpital Saint-André de Bordeaux et recueillies par L. Prioleau]. In-8°, 216 p. avec fig. Bordeaux.

Roger (H.) et **Garnier** (M.). Des lésions de la glande thyroïde dans la tuberculose. (*Arch. gén. de méd.*, avril.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Kirchgässer (G.). Beiträge zur Kindertetanie und den Beziehungen derselben zur Rachitis und zum Laryngospasmus nebst anatomischen Untersuchungen über Wurzelveränderungen im kindlichen Rückenmark. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVI, 5-6.) — Des rapports de la tétanie avec le rachitisme et le spasme laryngé, et des lésions des racines médullaires chez les enfants.

Kohn (E.). Ein Fall von Pseudobulbärparalyse. (*Prag. med. Wochensch.*, 26 avril.)

König (W.). Ueber die bei Reizung der Fusssohle zu beobachtenden Reflexerscheinungen mit besonderer Berücksichtigung der Zehenreflexe bei den verschiedenen Formen der cerebralen Kinderlähmung. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 1.) — Des phénomènes réflexes provoqués par le chatouillement de la surface plantaire et en particulier du réflexe des orteils dans les diverses formes de la paralysie cérébrale infantile.

Konrád (E.). Der abnorme Schädelbau als « Signum dispositionis ». (*Pest. med.-chir. Presse*, 18 mars, 1er et 8 avril.) — La forme anomale du crâne comme signe de prédisposition morbide.

Lückerath (M.). Beitrag zu der Lehre von der Korsakow'schen Psychose. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 avril.)

Meyer (E.). Einseitige Zellveränderung im Halsmark bei Phlegmone am Unterarm nebst weiteren Bemerkungen über die Pathologie der Ganglienzelle (Einfluss des Fiebers, etc.). (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 1.) — Altérations cellulaires d'une moitié de la moelle cervicale dans un cas de phlegmon du bras.

Popoff (S.). Zur Casuistik des Morbus Basedowii. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 avril.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Köbner (H.). Zwei Fälle von syphilitischen Primäraffecten mit abnormem Sitz, bezw. Verlauf; zugleich ein Beitrag zur Prophylaxe der Syphilisübertragung durch Eheschliessung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 avril.) — Sur deux cas de lésion syphilitique primitive à localisation et évolution insolites et sur la prophylaxie de la syphilis conjugale.

Lanz (A.). Ueber die Lagerung der Gonococcen im Trippersecret. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LII, 1.) — De la distribution des gonocoques dans l'écoulement blennorrhagique.

Lereboullet (P.) et **Bernard** (H.). Deux cas d'ankylose vertébrale d'origine blennorrhagique. (*Arch. gén. de méd.*, avril.)

Lesser (E.). Encyklopädie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. In-8°, 548 p. Leipzig F. C. W. Vogel. — Encyclopédie des maladies cutanées et vénériennes.

Michaelsen (O.). Ueber Epidermolysis bullosa hereditaria. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 avril.)

Moreau. Nouveau traitement de l'épithélioma cutané et des tumeurs de la peau par l'ignipuncture interstitielle profonde suivie de badigeonnages à l'ammoniol. (*Ann. de la policlinique de Toulouse*, mars.)

Moreira (J.). Ein neuer pathologisch-anatomischer und klinischer Beitrag zur Kenntnis des Ainhums. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 avril.)

CHIRURGIE

Gräupner. Ein Beitrag zur Kasuistik der Beckenechinokokken. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 21 avril.) — Kyste hydatique intrapelvien.

Hahn (O.). Ueber einen Fall von Carcinom der Kopfhaut, in direktem Anschluss an ein Trauma entstanden. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 3.) — Cancer du cuir chevelu à la suite d'un traumatisme.

Hoffa (A.). Zur Behandlung des Pes valgus. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 avril.) — Sur le traitement du pied valgus.

Huntington (Th.). The surgery of gastric ulcers. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Italia (E.). Sarcoma primitivo della testa del pancreas. (*Policlinico*, 15 avril.)

Kayser. Experimentelle Studien über Schussinfektion. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 2.) — Recherches expérimentales sur les processus infectieux provoqués par les projectiles des armes à feu.

Keetley (C.). Coxa vara. (*Lancet*, 21 avril.)

Klemm (P.). Zur Frage der Osteomyelitis, speciell über die centrale gummöse (syphilitische) Osteomyelitis der langen Röhrenknochen. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 273.)

Knaak. Die subkutanen Verletzungen der Muskeln. In-8°, 123 p. Berlin. — Les lésions musculaires sous-cutanées.

Knaggs (R. L.). On volvulus in association with hernia. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Kocher (A.). Ueber Complicationen der Cholelithiasis. Wann soll man bei Cholelithiasis operieren? (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er avril.) — Des complications de la cholélithiase et du moment opportun pour l'intervention opératoire dans cette affection.

Koudriachov (A.). Une pince pour l'arrachement de l'ongle incarné (en russe). (*Vratch*, 4 avril.)

Krause (F.). Der Weg zum Ganglion Gasseri. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 21 avril.) — L'accès au ganglion de Gasser.

Lange (F.). Ueber periostale Sehnenverpflanzungen bei Lähmungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 avril.) — De la transplantation périostique des tendons dans le traitement des paralysies.

Lanz (O.). Asepsis contra Antisepsis? (*Münch. med. Wochensch.*, 10 avril.)

Lauenstein (C.). Zur Catgut-Frage. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 avril.)

Le Dentu (A.) et **Morestin** (H.). Epithélioma des deux mamelles avec noyaux dermiques secondaires coïncidant avec une péritonite tuberculeuse. (*Rev. de chir.*, avril.)

Leuw (C.). Ein durch Laparotomie geheilter Zwerchfellbruch. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 avril.) — Hernie diaphragmatique guérie par la laparotomie.

Lindfors (A.). Ueber primäre Geschwulstbildungen der Brustwarze und des Warzenhofs. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.) — Des tumeurs primitives du mamelon et de son aréole.

Lindner (H.). Zur chirurgischen Behandlung der chronischen Colitis und ihrer Folgezustände. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 3.) — Du traitement chirurgical de la colite chronique et de ses suites.

Linser. Ueber verkalkte Epitheliome und Endotheliome. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 3.) — Des épithéliomes et des endothéliomes calcifiés.

Lissiansky (V.). Technique de l'extirpation des lymphomes du cou (en russe). (*Vratch*, 29 avril.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Commandeur et **Prothon** (V.). Phlébite de la grossesse, compliquée d'embolies pulmonaires, traitée par la méthode des abcès de fixation. (*Province méd.*, 17 mars.)

Herrgott (A.). Un cas d'achondroplasie. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er avril.)

Herzfeld (K.). Zur Dekapitation mit dem Karl Braun'schen Schlüsselhaken. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 17 mars.)

Jellett (H.). The Dublin method of effecting the delivery of the placenta. (*Dublin Journ. of Med. Scienc.*, juin.)

Krönig (B.) et **Feuchtwanger** (J.). Die orthopädischen Resultate der Alexander-Adamsschen Operation. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mars et avril.)

Kurz (J.). Ueber eine Relation zwischen Sternum und Conjugata. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 14 avril.)

Küstner (O.). Ein operatives Palliativverfahren bei inoperablem Carcinoma uteri. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 avril.)

Landau (Th.). Krankhafte Blutungen und Ausfluss im Klimakterium. (*Therapie der Gegenwart*, avril.) — Des métrorrhagies et de la leucorrhée de l'âge critique.

Madlener (M.). Vaginale Operationen bei Extrauteringravidität. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.)

Maillart (H.). De l'influence favorable de la grossesse sur l'entéroptose. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril.)

PÉDIATRIE

Ausset (E.). A propos d'un cas d'astasie-abasie paralytique chez un enfant de dix ans. (*Echo méd. du Nord*, 8 avril.)

Birkenthal (C.). Beiträge zur Kenntnis der Beziehungen der Zahnkrankheiten des Kindesalters zur Rhachitis, Tuberkulose und Syphilis hereditaria. In-8°, 34 p. Berlin. — Les maladies des dents chez les enfants dans leurs rapports avec le rachitisme, la tuberculose et la syphilis héréditaire.

Finizio (G.). Su di un caso di ittiosi fetale grave. (*Pediatria*, mars.)

Fisher (Th.). Swelling of the eyelids with intermittent albuminuria in children. (*Brit. Med. Journ.*, 14 avril.) — La bouffissure des paupières avec albuminurie intermittente chez les enfants.

Giannelli (S.) et **Memmi** (G.). Contributo clinico alla produzione sottolinguale o « morbo del Riga ». (*Pediatria*, avril.)

Göppert (F.). Ueber Harnsäureausscheidung. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 4.) — De l'élimination de l'acide urique.

Gregor (K.). Zur Behandlung der Folliculitis abscedens, speziell der Hinterkopf-Folliculitis der Säuglinge. (*Zeitsch. f. prakt. Aerzte*, 10 avril.) — Du traitement de la folliculite suppurée (notamment à la nuque) chez le nourrisson.

Hockenjos (E.). Beitrag zu den cerebralen Affectionen im Verlaufe des Keuchhustens. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 4.) — Des affections cérébrales au cours de la coqueluche.

Joukovsky (V.). Vitiligo chez une petite fille âgée de trois jours (en russe). (*Méd. Obozr.*, avril.)

Kassowitz. Phosphor bei Rachitis. (*Therap. Monatsh.*, avril.)

Keller (A.). Ueber Nahrungspausen bei der Säuglingsernährung. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 21 avril.) — Des intervalles entre les tétées des nourrissons.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Andrews (J.). Trockne Luft bei der Behandlung der Mittelohr-Eiterung. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXVI, 4.) — Des insufflations d'air sec dans le traitement des otites moyennes purulentes.

Bezold et **Passow.** Verhandlungen der Versammlung deutscher Ohrenärzte und Taubstummenlehrer in München am 16. September 1899. In-8°, 60 p. avec fig. Berlin. — Comptes rendus de la réunion des otologistes allemands et des professeurs des institutions de sourds-muets.

Cholewa. Warum recidiviren Nasenpolypen? (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, mars.) — Sur les causes des récidives des polypes du nez.

Duel (A.). The value of electrolytic dilatation of the Eustachian tubes in chronic tubal catarrh and chronic catarrhal otitis media. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril.)

Froin. Tuberculose ulcéreuse subaiguë du pharynx et du larynx. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, mai.)

Gray (A.). The production of local anæsthesia in the ear. (*Lancet*, 21 avril.) — Sur un procédé perfectionné d'anesthésie cocaïnique de la membrane et de la caisse du tympan.

Heermann (G.). Die Syphilis in ihren Beziehungen zum Gehörorgane. In-8°, 53 p. Halle. — Syphilis et oreille.

Jaboulay. Ablation d'un cancer primitif de l'épiglotte. (*Lyon méd.*, 22 avril.)

Lannois (M.). La surdité ourlienne. (*Lyon méd.*, 8 avril.)

Lichtwitz (L.) et **Sabrazès** (J.). Etat du sang (formule hématologique) chez les adénoïdiens avant et après l'opération. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 22 avril.)

Liebmann (A.). Vorlesungen über Sprachstörungen. In-8°, 48 p. Berlin. — Leçons sur les troubles de la parole.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Apping (G.). Ein Fall von kryptogenetischer Septicaemie, geheilt durch Anti-Staphylococcenserum. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 1er avril.)

Brunard (A.). Traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse par l'eau oxygénée; guérison. (*Clinique*, 14 avril.)

Cavazzani (G.). L'*allium sativum* nella cura della tubercolosi polmonare. (*Supplem. al Policlinico*, 7 avril.)

Combemale (F.). Pleurésie aiguë séro-fibrineuse, traitée à son acmé par l'apocynum cannabinum. (*Echo méd. du Nord*, 22 avril.)

Loeper (M.) et **Oppenheim** (R.). La sérothérapie curative du tétanos traumatique. (*Arch. gén. de méd.*, avril.)

Mori (A.). La cura della ipertrofia splenica da malaria. (*Gazz. degli Osped.*, 15 avril.)

Nitzelnadel (E.). Therapeutisches Jahrbuch. Kurze diagnostische, therapeutische und pharmakologische Angaben, entnommen der deutschen medicinischen Journal- Literatur des Jahres 1899. In-12, 238 p. Vienne. — Annuaire de thérapeutique.

BACTÉRIOLOGIE

Cantani (A.). Sul reperto batteriologico nell'influenza. (*Riforma med.*, 6, 7 et 9 avril.)

Dreyer (G.). Bakterienfärbung in gleichzeitig nach van Gieson's Methode behandelten Schnitten. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 20 avril.) — De la coloration des bactéries sur des coupes traitées d'après la méthode de van Gieson.

Feinberg. Ueber das Wachstum der Bacterien. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 avril.) — Sur la croissance des bactéries.

Finkelstein. Ueber säureliebende Bacillen im Säuglingsstuhl. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 avril.) — Sur les bacilles acidophiles des matières fécales chez le nourrisson.

Korn (O.). Weitere Beiträge zur Kenntnis der säurefesten Bakterien. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 20 avril.) — Des bactéries réfractaires aux acides.

Rabinovitch (L.). Befund von säurefesten tuberkelbacillenähnlichen Bacterien bei Lungengangrän. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 avril.) — Présence de bacilles analogues à ceux de la tuberculose et résistant à l'action des acides au niveau des lésions de gangrène pulmonaire.

Ucke (A.). Zur Frage nach dem Erreger des Keuchhustens. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 25 mars.) — Recherches sur l'agent pathogène de la coqueluche.

20e ANNÉE. — N° 41. Vingt centimes le numéro. 3 OCTOBRE 1900.

LA
SEMAINE MÉDICALE
Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

CHRONIQUE

Sur l'organisation du prochain Congrès international de médecine.

« A peine un des Congrès internationaux de médecine a-t-il terminé ses travaux que commence la préparation du Congrès suivant » (1), lourde tâche pour le comité d'organisation. Convaincu que celui de Madrid s'en tirera pleinement à son honneur, je me permets de lui soumettre respectueusement quelques réflexions que me suggère l'expérience des Congrès fort nombreux auxquels j'ai déjà assisté.

Tout le monde, j'espère, est d'accord sur le point que si l'on veut conserver aux Congrès internationaux leur véritable esprit, celui qui a présidé à leur fondation, il importe de se préoccuper, avant tout, de leur organisation scientifique. Ainsi que l'a dit M. Chauffard, que je me plais encore à citer, « si le succès d'un Congrès se juge pour le public d'après le nombre de ses adhérents et l'éclat de ses fêtes, son utilité, et sa *valeur morale*, pour ainsi dire, se jugent par le programme de ses travaux ». Il ne faut donc pas trop tarder à désigner les questions qui seront à l'ordre du jour, et à nommer les rapporteurs. Ce qui suit montrera d'ailleurs l'utilité qu'il y a à ne pas différer.

(1) CHAUFFARD. Discours prononcé à la séance d'inauguration du treizième Congrès international des sciences médicales, le 2 août 1900.

L'usage s'est introduit de désigner deux, et, parfois même, trois rapporteurs. On ne peut qu'approuver la multiplicité des rapports; mais elle porterait davantage ses fruits si ces travaux n'étaient pas, en général, rédigés par leurs auteurs indépendamment les uns des autres. Je n'ai cessé de réagir contre cette habitude et, pour ma part, j'ai toujours communiqué à mon co-rapporteur, longtemps avant l'ouverture du Congrès, les rapports dont j'avais l'honneur d'être chargé. C'est ainsi que j'ai agi, en 1890, avec Grainger-Stewart, et, cette année, avec mon éminent collègue, M. le professeur Stockvis. Ce dernier, en me remerciant de ma communication, m'a écrit qu'il désirait ne prendre connaissance de mon rapport qu'après avoir rédigé le sien. Dans l'espèce, la chose avait peu d'importance. Mais je regretterais que la manière d'agir du savant professeur d'Amsterdam fût la règle. Il me semble, au contraire, que la science — et aussi l'intérêt du Congrès — gagneraient à ce que l'œuvre du premier rapporteur fût *critiquée* par le deuxième; et, dans le cas où existerait un troisième rapporteur, je le verrais avec plaisir prendre une connaissance très approfondie des deux premiers rapports. Leurs lacunes pourraient ainsi être comblées, les inexactitudes, s'il y en avait, rectifiées. Bref, la question arriverait devant le Congrès bien mise au point, grâce à la collaboration successive que je recommande.

Et ce n'est pas seulement à ses collègues qu'un rapporteur doit soumettre préalablement son œuvre, c'est au public médical tout entier (1), car il se peut que, malgré le choix éclairé de la commission organisatrice, les plus compétents sur la question n'aient pas été désignés. On pense, naturellement, aux savants les plus illustres; mais il arrivera souvent que tel jeune travailleur, moins célèbre parce que ses travaux seront plus récents, possédera mieux la question que ses devanciers. Il faut donc que le premier rapporteur *publie* son rapport six mois, au moins, avant l'ouverture du Congrès, et le second, deux mois plus tard. Cette publication n'offrira pas de difficultés; car il ne manque pas de journaux de médecine qui tiendront à honneur de donner l'hospitalité aux prémisses du Congrès. De plus, un *résumé*, au moins, du rapport, paraîtra, *avant le Congrès*, dans le volume préliminaire qui sera distribué aux adhérents.

De même, pour les communications originales, je suis d'avis qu'elles doivent être *préalablement* publiées, au moins en abrégé, par les soins du comité d'organisation, dans le volume préliminaire. Je laisse de côté la question de savoir si elles devront être publiées en plusieurs langues, comme elles l'ont été en 1881 à Londres; ou plutôt, j'estime qu'une publication en trois ou quatre langues complique beaucoup la tâche du comité d'organisation et grossit démesurément le volume préliminaire, sans nécessité véritable; car chacun saura bien trouver dans ce volume, s'il paraît quelques semaines ou même quelques jours avant l'ouverture du Congrès, la question qui l'intéresse, et traduire, ou faire traduire, le texte étranger; tandis qu'il ne pourra saisir exactement, en séance, le sens d'une communication faite dans une langue qu'il n'entend point.

Il n'y aurait donc de *nouveau* aux séances que les discussions. Mais, avec l'organisation que je viens d'esquisser, elles seraient bien plus importantes qu'elles ne sont aujourd'hui, parce qu'elles auraient pu être pleinement *préparées*, et en parfaite connaissance de cause. La publication anticipée que je préconise aura l'avantage d'intéresser à l'avance aux travaux du Congrès un grand nombre de médecins. En même temps elle remédiera aux inconvénients de la diversité des langues. Ces inconvénients seront probablement plus accusés à Madrid qu'à Paris, où la langue française a été de beaucoup la plus usitée, car l'espagnol sera certainement fort employé à Madrid, où afflueront les médecins de la péninsule et de l'Amérique du Sud; et, malheureusement, cette langue, belle entre toutes, n'est pas suffisamment familière à la plupart des médecins de l'Europe centrale. C'est un nouveau motif en faveur d'une organisation du travail, minutieuse et méthodique.

R. LÉPINE,
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

(1) Mon rapport sur le « Traitement de la fièvre » a paru cette année dans le numéro du 13 juin de ce journal (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 199-201).

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Carlo Tarchetti est nommé privatdocent de pathologie médicale.

Faculté de médecine de Halle. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Karl Grunert, privatdocent d'otologie.

Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro. — M. le docteur Antonio Bittencourt est nommé professeur suppléant de physique médicale et de chimie organique.

Faculté de médecine de Strasbourg. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten M. B. Schmidt (*anatomie pathologique*) et Dietrich Gerhardt (*médecine interne*).

Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur O. Sarwey, privatdocent de gynécologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine d'Utrecht. — M. le docteur Th. Ziehen, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine d'Iéna, est nommé professeur ordinaire de psychiatrie.

Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Alois Kreidl, privatdocent de physiologie, est nommé professeur extraordinaire.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Lartail, chirurgien-adjoint des hôpitaux de Marseille. — M. le docteur E. Albert, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Vienne. — M. le docteur Abraham Kuhn, professeur extraordinaire d'otologie et de rhinologie à la Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le professeur Alexandre Zarewicz, privatdocent de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Cracovie. — M. le docteur William Henry Lowe, ancien président du Collège royal des médecins d'Edimbourg. — M. le docteur Arthur Wynne Foot, ancien professeur de médecine au Collège royal des chirurgiens de Dublin. — M. le docteur Jacob M. Da Costa, ancien professeur de médecine au Jefferson Medical College de Philadelphie. — M. le docteur A. W. Griggs, ancien professeur de médecine à l'Atlanta Medical College.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE LYON

Allard (C.). Le volvulus de l'anse oméga.

Bablon (G.). Vésicatoire et révulsion.

Batanoff (S.). Contribution à l'étude de la gastro-entéro-anastomose postérieure transmésocolique.

Bertucat (A.). Contribution à l'étude du traitement de la cystocèle vaginale.

Blanc-Salètes (A.). Contribution à l'étude de la réceptivité vaccinale aux différents âges.

Bois (C.). Emploi des injections iodoformées dans le traitement des arthrites tuberculeuses et en particulier dans les formes fongueuses.

Bonnard (Ch.). Influence de la vaccine sur l'évolution de la variole.

Bonnaymé (E.). Des troubles cardiaques d'origine gastrique.

Boulin (E.). De la valeur pronostique des taches rosées lenticulaires; forme exanthématique de la fièvre typhoïde infantile.

Carre (J.). Des défaillances musculaires chez les tabétiques et du traitement de Frenkel.

Casse (G.). Voûte plantaire; essai sur sa formation, sa constitution, sa mensuration pratique.

Clavel (A.). Du traitement de la tuberculose du genou chez l'enfant par l'arthrectomie; résultats éloignés.

Clerc (A.). Contribution à l'étude de la position élevée de l'omoplate.

Coste-Labaume (S.). Etude sur les rapports de la syphilis et du tabes.

Do (P.). De l'épididymo-orchite typhique (épididymo-orchite survenant dans le cours et dans la convalescence de la fièvre typhoïde).

Domage (L.). De la cystostomie sus-pubienne précoce comme traitement curatif de la tuberculose vésicale.

Dussaut (A.-T.-Ch.). Contribution à l'étude de l'organisation des services d'hygiène et de salubrité publique dans le département de l'Ardèche.

Eméric (E.). Les papillomes de la cavité buccale.

Foata (J.-C.). Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement des malformations congénitales de l'anus et du rectum.

Forge (J.-M.). Contribution à l'étude du traitement de la conjonctivite granuleuse par les scarifications.

Forget (H.). Des ostéites primitives de la rotule d'origine tuberculeuse; diagnostic et traitement.

Garnaud (G.). Déchirures sous-cutanées directes et traumatiques des vaisseaux fémoraux et poplités sans autre lésion.

Gaubert (C.). De la dilatation ano-rectale comme traitement des douleurs du cancer inopérable de l'utérus.

Gaunet (M.). Contribution à l'étude des fonctions hépatiques et rénales dans la tuberculose pulmonaire.

Genevet (E.). Etude anatomo-pathologique du rhabdomyome en général et en particulier du rhabdomyome malin.

Gorvitz-Rubinstein (Véra). Traitement de l'hématocèle rétro-utérine par l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur.

Grilliat (F.). Des ruptures des tendons sus et sous-rotuliens.

Ladevèze (F.). Etude clinique et traitement de l'ulcère du duodénum.

Laferrière (H.). Des abcès dysentériques tardifs du foie et du poumon.

Léard (L.). Contribution à l'étude de l'épithélioma adamantin.

Léothaud (P.). De l'ablation simultanée du calcanéum et de l'astragale ou postéro-tarsectomie totale; ses résultats éloignés.

Lépine (J.). Etude sur les hématomyélies.

Malaussena (L.). Etude médico-légale des blessures du cœur par instruments piquants, tranchants; survivance; intervention chirurgicale.

MÉDECINE

Schott. Herzkrankheiten auf diabetischer Basis und ihre Behandlung. (*Wien. med. Wochensch.*, 21 et 28 avril.) — Des affections cardiaques chez les diabétiques et de leur traitement.

Schütz (R.). Schleimkolik und membranöser Dickdarmkatarrh. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 avril.) — Colite muqueuse et entérite membraneuse.

Seegen (J.). Die Zuckerbildung im Thierkörper; ihr Umfang und ihre Bedeutung. 2e éd. In-8°, 282 p. Berlin. — La glycogénie animale, son importance et sa signification.

Senator (H.). Ueber einige ausgewählte Punkte der Diagnose und Therapie der Lungentuberculose. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 9 et 16 avril.)

Sigaud. Traité clinique de la digestion et du régime alimentaire, d'après les données de l'exploration externe du tube digestif. T. Ier. In-8°, 216 p.

Strasburger (F.). Ueber den Nachweis von Tuberkelbacillen in den Faeces. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 avril.) — Sur la recherche des bacilles de la tuberculose dans les matières fécales.

Tallqvist (T.). Méthode pratique d'évaluation directe de la quantité d'hémoglobine du sang. (*Arch. gén. de méd.*, avril.)

Teissier (J.). Les albuminuries curables. In-8°, 96 p.

Tesdorpf (P.). Beitrag zur Lehre von der « symmetrischen Gangrän ». (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 1.) — De la gangrène symétrique des extrémités.

Weber (F. P.). Reflex salivation from abdominal disorders. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Oppenheim (H.). Zur Psychotherapie der Schmerzen. (*Therapie der Gegenwart*, mars.) — La psychothérapie des douleurs.

Pariser (C.). Chronische nervöse Diarrhöen und ihre Behandlung. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 19 avril.) — Les diarrhées chroniques d'origine nerveuse et leur traitement.

Pichler (R.). Ueber einen Fall von Cysticerken im Rückenmarke des Menschen. (*Prag. med. Wochensch.*, 19 avril.) — Cysticerques de la moelle.

Pieraccini (A.). L'assistenza dei pazzi nel manicomio e nella famiglia (istruzioni elementari per infermieri ed infermiere). In-8°, 261 p. Milan. U. Hoepli. — L'assistance des aliénés à l'asile et dans la famille.

Redlich (E.). Ueber senile Epilepsie. (*Wien. med. Wochensch.*, 24 et 31 mars et 7 avril.)

Rothmann (M.). Ueber die Pyramiden-Kreuzung. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 1.) — De l'entrecroisement des pyramides.

Sacquépée (E.) et **Dopter** (Ch.). Des névrites palustres. (*Rev. de méd.*, avril et juin.)

Singer. Ueber den Schwindel. (*Prag. med. Wochensch.*, 15, 22 et 29 mars et 5 avril.) — Du vertige.

Steinhausen. Ueber Lähmung des vorderen Sägemuskels, zugleich ein Beitrag zur Physiologie der Schultermuskeln. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVI, 5-6.) — De la paralysie du muscle grand dentelé.

Thöle. Mechanik der Bewegungen im Schultergelenk beim Gesunden und bei einem Manne mit doppelseitiger Serratus- und einseitiger Deltoideuslähmung in Folge typhöser Neuritis. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 1.) — Du mécanisme des mouvements dans l'articulation de l'épaule chez l'homme sain et dans un cas de paralysie double des muscles dentelés et de paralysie unilatérale du deltoïde par névrite typhoïdique.

Van Gehuchten (A.) et **Le Mort** (H.). Un cas de tumeur cérébrale avec autopsie. (*Journ. de neurol.*, 5 avril.)

Wernicke (C.). Psychiatrische Abhandlungen. Fasc. 10 à 15. In-8°, 242 p. Breslau.

Westphal (A.). Ueber Gehirnabscesse. (*Arch. f. Psychiatrie*, XXXIII, 1.) — Des abcès du cerveau.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Paul (G.). Studie über die Aetiologie und Pathogenese der sogenannten generalisirten Vaccine bei Individuen mit vorher gesunder oder kranker Haut. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LII, 1.) — Etiologie et pathogénie de la vaccine dite généralisée.

Sabouraud (R.). Etude clinique et bactériologique de l'impétigo. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, janv., mars et avril.)

Scholtz et **Raab.** Recherches sur la nature parasitaire de l'eczéma et de l'impétigo contagiosa. (*Ann. de dermatol. et de syph.*, avril.)

Schüller. Beitrag zur Kenntnis der Syphilis-Aetiologie. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 20 avril.)

Schütz. Ein Beitrag zur Therapie und Aetiologie des Lichen chronicus circumscriptus hypertrophicus (Lichen ruber verrucosus, Lichen corneus). (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LII, 1.)

Unna (P.). Ichthyolkollodium gegen Gefässmäler der Säuglinge. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er mars.) — Le collodion ichtyolé contre les nævi vasculaires chez le nourrisson.

Woodson (R.). The methods of control of leprosy in the Hawaiian Islands, with a description of the leper settlement of Molokai. (*Philadelphia Med. Journ.*, 7 avril.)

CHIRURGIE

Loison (E.). Des suppurations intra et péri-hépatiques d'origine typhlo-appendiculaire. (*Rev. de chir.*, avril.)

Lorenz (A.). Ueber die Heilung der angeborenen Hüftgelenks-Verrenkung durch unblutige Einrenkung und functionelle Belastung. In-8°, 400 p. avec fig. Vienne. — Traitement orthopédique de la luxation congénitale de la hanche.

Lotheissen (G.). Ueber die Gefahren der Aethylchloridnarkose. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er mai.) — Des dangers de l'anesthésie générale au moyen du chlorure d'éthyle.

Machard (A.) et **Bergalonne** (C.). Trois cas de collection purulente de la région hépatique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, avril.)

MacLaren (A.). The relationship between cholecystitis, jaundice and gallstones. (*Ann. of Surgery*, avril.) — Des rapports existant entre la cholécystite, l'ictère et les calculs biliaires.

Mahler (F.). Ueber die in der Heidelberger Klinik 1887-1897 behandelten Fälle von Carcinoma mammae. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 3.) — Des cas de cancer du sein traités à la clinique de Heidelberg de 1887 à 1897.

Maier (C.). Ein primäres myelogenes Plattenepithelcarcinom der Ulna. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 3.)

Michel (G.) et **Hoche** (L.). Une observation de tuberculose ganglionnaire pseudo-lymphadénique. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er avril.)

Molco (E.). Galactocèle axillaire. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, fév. et mars.)

Moullin (M.). Preventive operation in acute inflammation of the appendix. (*Edinburgh Med. Journ.*, avril.)

Müller (G.). Die Massage in der Skoliosenbehandlung. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 21 avril.)

Nicoletti (V.). L'anestesia cocainica del midollo spinale mercè iniezione sotto-aracnoidea lombare. (*Arch. ital. di ginecol.*, août.)

Picqué (L.) et **Dartigues.** Scapulectomie ou ablation primitive et totale de l'omoplate avec conservation du membre supérieur dans les tumeurs malignes de cet os; indications, résultats, statistiques et technique opératoire. (*Rev. de chir.*, avril.)

Pupovac (D.). Ein Beitrag zur sogenannten retrograden Incarceration. (*Wien. klin. Wochensch.*, 12 avril.) — De l'étranglement herniaire dit rétrograde.

Reed (R.). Traumatisms inflicted by animals. (*Ann. of Surgery*, avril.) — Des blessures faites par les animaux.

Robinson (A.). Observations on the treatment of cancer. (*Med. Record*, 31 mars.)

Rochet. Valeur de la voie d'approche antérieure pour certaines résections de la hanche. (*Rev. de chir.*, avril.)

Schanz (A.). Ueber Spondylitis typhosa. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 1.)

Schoemaker (J.). Etagennaht ohne verlorene Fäden. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 7 avril.) — Suture à étages sans fils perdus.

Spellissy (J.). Excision of the external two-thirds of a Gasserian ganglion, by the Hartley-Krause method, after preliminary ligation of the external carotid artery. (*Ann. of Surgery*, avril.) — Excision des deux tiers externes du ganglion de Gasser suivant la méthode de Hartley-Krause et après ligature de la carotide externe.

Steinbach (L.). On the use of fixation plates in the treatment of fractures of the leg. (*Ann. of Surgery*, avril.)

Stierlin (R.). Schädelbasisfractur mit Lähmungen im Gebiete des X. und XII. Hirnnerven. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 1.) — Fracture de la base du crâne avec paralysies dans le domaine des dixième et douzième nerfs crâniens.

Toubert (J.). Précis de chirurgie d'armée. In-16, 527 p. avec fig.

Wallace (J. S.). Cause and prevention of decay in teeth: investigation into causes of the prevalence of dental caries; suggestions on its prevention. In-8°, 102 p. Londres. — Etiologie et prophylaxie de la carie dentaire.

Weinberger (A.). Die rachitische, habituelle und rachitisch-habituelle Scoliose. Beitrag zur Lehre der häufigsten Rückgratverkrümmungen. (*Wien. med. Wochensch.*, 24 et 31 mars, 7, 14 et 21 avril.)

Weir (R.). On the formation of an artificial anus. (*Med. Record*, 21 avril.)

Wilson (H.) et **Rugh** (J.). Two cases of anomalous spinous process of seventh cervical vertebra articulating with the scapula. (*Ann. of Surgery*, avril.) — Apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale s'articulant avec l'omoplate.

Würz (K.). Ueber die traumatische Entstehung von Geschwülsten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 3.) — De l'origine traumatique des tumeurs.

Wuth (A.). Ueber die Alkoholtherapie des Rankenangioms. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 3.) — Traitement des angiomes ramifiés par les injections interstitielles d'alcool.

Wyss (M.). Ueber kongenitale Duodenal-Atresien. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 3.)

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Ostermann (H.). Zur Behandlung der Gebärmutterblutungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 29 mars et 5 avril.) — Du traitement des hémorrhagies utérines [par les applications locales d'un mélange d'antipyrine et de salol].

Pozzi (S.). Note sur quatre nouveaux cas de torsion de la trompe kystique; pyosalpinx unilatéral; pyosalpinx bilatéral; grossesse tubaire. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, mars-avril.)

Reverdin (A.). La traction sur l'utérus fibromateux au cours de l'hystérectomie abdominale totale. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, mars-avril.)

Stapler (D.). Hysterectomia rapida. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 7 avril.)

Stinson (J.). Abdominal hystero-salpingo-oöphorectomy by a new method for multiple fibroids of the uterus, fibroids of the ovary, congenital malformation of the vagina, etc. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, avril.)

Terrier (F.) et **Reymond** (E.). Fibrome utérin à pédicules multiples. (*Rev. de chir.*, avril.)

Theilhaber (A.). Die Ursachen der klimakterischen Blutungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 3 avril.) — Les causes des hémorrhagies de l'âge critique.

Van der Feltz (G.). Zur Kenntnis der Placentartumoren. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.)

Van Engelen. Suppurations pelviennes chez la femme; étude clinique des indications des modes opératoires. In-8°, 362 p. Bruxelles.

Wunderli (H.). Ueber bakteriologisch nachgewiesene Infektion von Ovarialcysten. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 3.)

PÉDIATRIE

Lahmer. Zur Behandlung der Melaena neonatorum. (*Prag. med. Wochensch.*, 19 avril.) — Traitement du melæna des nouveau-nés.

Legrand (H.). La mortalité des nourrissons par diarrhée à Amiens. In-8°, 39 p.

Nobécourt (P.). De l'élimination par les urines de quelques sucres introduits par la voie digestive ou la voie sous-cutanée chez les enfants. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, avril.)

Perrin (L.). Dermatoses prurigineuses des enfants. (*Marseille méd.*, 1er mai.)

Politzer (A.). Die Prophylaxe der Rachitis. (*Wien. med. Presse*, 8 avril.)

Ranke (H. von). Ueber Eselmilch als Säuglingsernährungsmittel. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er mai.) — Le lait d'ânesse pour l'alimentation des nourrissons.

Rocaz. Etude comparative du tubage du larynx et de la trachéotomie dans le croup. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 29 avril, 6, 13 et 20 mai.)

Rommel (O.). Beitrag zur Behandlung frühgeborener Kinder. (*Münch. med. Wochensch.*, 13 mars.) — Des soins à donner aux enfants nés avant terme.

Sternfeld (A.). Ueber die sogenannte frühzeitige Extraction des sechsjährigen Molaren. In-8°, 62 p. avec planches. Vienne.

Virchillo (V.). L'influence exercée par l'ingestion de beurre sur la sécrétion du suc gastrique chez les enfants (en russe). (*Vratch*, 4 avril.)

Volpe (A.). Rapporti tra la putrefazione intestinale e la sterilizzazione del latte nell'alimentazione artificiale dei bambini. (*Policlinico*, 1er avril.)

Zuppinger. Der Darmkrebs im Kindesalter. (*Wien. klin. Wochensch.*, 26 avril.) — Le cancer intestinal chez les enfants.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Lublinski (W.). Die Syphilis der Zungentonsille nebst Bemerkungen über ihr Verhältnis zur glatten Atrophie der Zungenbalgdrüsen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 5 et 12 avril.) — Les lésions syphilitiques de l'amygdale linguale dans leurs rapports avec l'atrophie lisse des glandes de la base de la langue.

Malioutine (E.). Trouble des fonctions des cordes vocales, consécutif à une déformation du palais (en russe). (*Vratch*, 4 avril.)

Müller (R.). Zur Indicationsstellung für Mastoidoperationen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 avril.)

Schmidt (W.). Die Behandlung der Retropharyngealabscesse. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 1-2.) — Du traitement des abcès rétropharyngiens.

Schröder (W.). 130 Hammer-Amboss-Extractionen, ein Beitrag zur Behandlung der chronischen Mittelohreiterungen. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLIX, 1.) — 130 extractions du marteau et de l'enclume.

Schwendt (A.). Scharf umschriebene Tondefecte in den Hörfeldern einiger Taubstummen. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXVI, 4.) — Lacunes nettement délimitées pour la perception des sons musicaux dans les champs auditifs de certains sourds-muets.

Suchannek. Ueber gehäuftes Vorkommen von Talgdrüsen in der menschlichen Mundschleimhaut. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 avril.) — Présence d'amas de glandes sébacées au niveau de la muqueuse buccale.

Sugár (M.). Erkrankungen des Gehörorganes bei Influenza, insbesondere bei Influenza cerebralis. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLIX, 1.) — Affections de l'oreille au cours de l'influenza, notamment de la grippe à forme cérébrale.

Tomka (S.). Die Beziehungen des Nervus facialis zu den Erkrankungen des Gehörorgans. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLIX, 1.) — Les rapports du nerf facial avec les affections de l'oreille.

Treitel. Ueber Hörstummheit. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXVI, 4.) — Incapacité de parler des sourds-muets, malgré l'existence de certaines perceptions auditives.

Trnka. Eine praktische Methode der Tracheoplastik mit gedoppeltem Hautlappen. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 14 avril.) — Un procédé pratique de trachéoplastie à double lambeau cutané.

Zeroni. Ueber das Carcinom des Gehörorganes. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLVIII, 3-4.) — Sur le cancer de l'oreille.

HYGIÈNE

Allan (J.W.). Lectureships on trade diseases. (*Glasgow Med. Journ.*, mai.) — L'utilité de cours spéciaux sur les maladies professionnelles.

Barthé. Notice sur l'assainissement de la ville de Pau. In-8°, 30 p. Pau.

Brouardel. Mortalité par tuberculose en France. In-8°, 119 p. avec fig. Melun.

Entwurf eines Gesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten. In-4°, 68 p. Berlin. — La loi allemande sur la prophylaxie des maladies contagieuses.

General-Bericht über die Sanitäts-Verwaltung im Königreich Bayern (1898). In-8°, 377 p. Munich. — Rapport sur l'administration sanitaire en Bavière pendant l'année 1898.

Hilbert (P.). Ueber den Wert der Hankin'schen Methode zum Nachweis von Typhusbacillen im Wasser. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 20 avril.) — Valeur de la méthode de Hankin pour déceler la présence du bacille d'Eberth dans l'eau.

Jourdan (G.). Pouvoirs des maires en matière de salubrité des habitations. 3e éd. In-12, 220 p.

Lucas (Ch.). Etude sur les habitations à bon marché en France et à l'étranger. In-8°, 354 p. avec fig.

Pfeiffer (A.). Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene (1898). In-8°, 519 p. Brunswick. — Compte rendu annuel des progrès et des travaux relatifs à l'hygiène.

Pineau (H.). L'hygiène de la femme et de l'enfant. In-12, 358 p.

Romme (R.). La diminution de la tuberculose en Angleterre. (*Rev. gén. des sciences pures et appliquées*, 30 mai.)

Villiers (A.) et **Collin** (E.). Traité des altérations et falsifications des substances alimentaires. In-8°, 1172 p. avec fig.

GÉNÉRALITÉS

Bielefeldt. Die Heilbehandlung der gegen Unfall und Invalidität versicherten Arbeiter in Deutschland. In-8°, 56 p. Berlin. — Traitement des ouvriers assurés contre les accidents et l'invalidité en Allemagne.

Boyce (R.) et **Sherrington** (C.S.). The Thompson Yates laboratories report. Vol. I: Reprints, 1898-1899. In-4°, 238 p. avec fig. Liverpool.

Cazalis (H.). La science et le mariage; étude médicale. In-18, 189 pages.

Drexelius (J.). La chair humaine comme remède en Chine. (*Mercure de France*, mai.)

Mugdan (O.). Das Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juli 1883 in der Fassung der Novelle vom 10. April 1892 und die mit der Krankenversicherung zusammenhängenden Bestimmungen anderer Reichsgesetze, nebst einem Anhange, enthaltend Entwurf eines Kassenstatuts, Verträge zwischen Aerzten und Krankenkassen, Satzungen und Instruktion eines Vereins freigewählter Kassenärzte. In-8°, 282 p. Leipzig. — La législation allemande des caisses d'assurance contre la maladie et les rapports des médecins avec ces caisses.

Recueil des travaux de la Société de médecine du Loiret (année 1899, 2e semestre). In-8°, p. 49 à 119, avec fig. Orléans.

Salkowski (E.). Practicum der physiologischen und pathologischen Chemie, nebst einer Anleitung zur anorganischen Analyse für Mediciner. 2e éd. In-8°, 310 p. avec fig. Berlin.

Schober (P.). Medicinisches Wörterbuch der deutschen und französischen Sprache. II. Band: Deutsch-französisches medicinisches Wörterbuch. In-8°, 120 p. Stuttgart. — Dictionnaire médical français-allemand. T. II: allemand-français.

20e ANNÉE. — N° 42. Vingt centimes le numéro. 10 OCTOBRE 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.

Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine d'Athènes. — M. le docteur N. S. Alivisatos est nommé professeur agrégé de pathologie externe.

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur M. Nitze, privatdocent d'urologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Bologne. — M. le docteur Bartolo Nigrisoli, privatdocent à la Faculté de médecine de Turin, est nommé privatdocent de chirurgie et de médecine opératoire.

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Paul Jensen est nommé privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Budapest. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten Alexander von Korányi (*médecine interne*) et Emil von Grósz (*ophtalmologie*).

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Giuseppe Strazza, privatdocent à la Faculté de médecine de Turin, est nommé privatdocent d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Kharkov. — M. le docteur Sokolov, privatdocent à la Faculté de médecine de Moscou, est nommé professeur extraordinaire de pathologie externe.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Rudolf Arndt, professeur extraordinaire de psychiatrie et de neurologie à la Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur Richard Sarell, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Constantinople. — M. le docteur Rallis, professeur agrégé à la Faculté de médecine d'Athènes. — M. le docteur Lewis Albert Sayre, ancien professeur de chirurgie orthopédique au Bellevue Hospital Medical College de New-York. — M. le docteur Hunter Holmes Mc Guire, ancien professeur de chirurgie au Medical College of Virginia de Richmond. — M. le docteur Alfred Stillé, ancien professeur de médecine au Medical Department of the University of Pennsylvania de Philadelphie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE LYON

Aboulker. De l'ostéite apophysaire du tibia pendant la croissance.

Achard (L.). Contribution à l'étude des affections multiples des nerfs crâniens compliquant le zona (considérations étiologiques).

Alquier (C.). Contribution à l'étude des nécroses du maxillaire inférieur.

Aroud. Contribution à l'étude de l'appendicite à gauche.

Arsac (P.). Contribution à l'étude du redressement brusque des gibbosités pottiques par la méthode de Calot.

Azy (L.). De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire à forme d'appendicite aiguë et à répétition.

Barbaroux. De la leucocytose au double point de vue quantitatif et qualitatif dans la dothiénentérie.

Barraud. Ostéomyélite costale aiguë des adolescents.

Berchoud. Cure radicale de la hernie inguinale chez les enfants.

Blanchet. Contribution à l'étude des enchondromes du bassin.

Bondet. De la radiographie et des pseudo-fractures simples des malléoles.

Bonin (A.). De la correction des courbures rachitiques du tibia et du péroné chez l'enfant par l'ostéotomie.

Bourguignon (A.). Contribution à la pathogénie des exostoses ostéogéniques.

Carle (M.). Du drainage abdomino-vaginal.

Carrel-Billiard. Le goitre cancéreux.

Cattan (A.). Traitement du pied bot paralytique.

Charasse. La médication arsenicale par le cacodylate de soude.

Charet dit **Chalet** (E.-A.). Des pseudarthroses de l'enfance.

Colin (F.). Sensibilité comparée des réactifs chimiques et physiologiques de la strychnine.

Derain (E.). Amblyopies et amauroses consécutives aux hémorrhagies gastro-intestinales.

Dessaigne. Etude clinique des formes du cancer de la vésicule biliaire et en particulier de la forme pseudo-pylorique.

Espezel. Traitement du spasme de l'œsophage par la faradisation.

Fabre (L.). Des arthrites blennorrhagiques (anatomie pathologique; traitement).

Faure (E.). Du sérum artificiel en aliénation mentale.

Favre-Gilly (A.). Du syndrome de Weill chez les enfants.

Forissier (E.). De l'albuminurie chez les tuberculeux; forme grave de cette albuminurie.

Gailly (E.). Du cancer de l'utérus gravide; conduite à tenir pendant la grossesse.

Gallavardin (L.). De la dégénérescence graisseuse du myocarde considérée comme surcharge graisseuse de la fibre cardiaque.

Gallet. Des luxations congénitales de la rotule.

Gaubert. Traitement de l'éclampsie à la clinique obstétricale de Lyon.

Gillot (V.). Etude médicale de l'empoisonnement par les champignons.

Gondrand (H.). De la thyroïdectomie par évidement comme traitement des goitres parenchymateux.

Michaud (L.). Contribution à l'étude des délires transitoires séniles.

Perrot (C.). Contribution à l'étude des fibromes utérins inclus dans les ligaments larges.

Sourd (R.). Traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'antipyrine; sa supériorité sur le salicylate de soude; son action préventive sur les localisations cardiaques.

Vincent (J.). Des tumeurs sous-unguéales douloureuses.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Hauck (L.). Untersuchungen zur normalen und pathologischen Histologie der quergestreiften Muskulatur. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 1-2.) — Recherches histologiques sur les muscles striés.

Reich (C.). Ueber die Entstehung des Milzpigments. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLX, 2.) — De l'origine du pigment splénique.

Sata (A.). Ueber das Vorkommen von Fett in der Haut und in einigen Drüsen, den sog. Eiweissdrüsen. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, XXVII, 3.) — La graisse dans la peau et dans certaines glandes.

Török (A. von). Ueber ein neueres Verfahren bei Schädelcapacitäts-Messungen, sowie über eine methodische Untersuchung der Fehler bei Volumens- und Gewichts-Bestimmungen des Füllmateriales. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLIX, 2 et 3.) — Sur un nouveau procédé de mensuration de la capacité crânienne et sur la recherche méthodique des erreurs dans la détermination du volume et du poids du matériel employé à cet effet.

Vogt (O.). Valeur de l'étude de la myélinisation pour l'anatomie et la physiologie du cerveau. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Woltke (W.). Recherches histologiques sur le tissu élastique de l'utérus et de l'ovaire (en russe). (*Méd. Obozr.*, mai.)

Yamagiva (K.). Eine neue Färbung der Neuroglia; zugleich ein kleiner Beitrag zur Kenntnis der Natur von den Glia-Fasern. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLX, 2.) — Sur un nouveau procédé de coloration de la névroglie et sur la nature des fibres névrogliques.

PHYSIOLOGIE

Aron (E.). Der intrapleurale Druck beim lebenden, gesunden Menschen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLX, 1.) — La pression intrapleurale chez l'homme sain.

Beddies (A.) et **Tischer** (W.). Ueber die Verdaulichkeit verschiedenartiger Eiweissnahrung in Gegenwart von specifischen Medicamenten. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VI, 2.) — De la digestibilité des divers aliments protéiques en présence de substances médicamenteuses spécifiques.

Bocci (B.) et **Moscucci** (A.). L'ascoltazione del primo tono nei suoi rapporti col tracciato della pressione ventricolare. (*Policlinico*, 1er mai.)

Dhéré (Ch.). L'élimination du fer par l'estomac. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Dubois (R.) et **Couvreur** (E.). Leçons de physiologie expérimentale. In-8°, 384 p. avec fig.

Galesescu (P.). Cercetari asupra terminatiunilor nervóse din cord. In-8°, 115 p. avec planches en couleurs. Bucharest. — Recherches sur l'innervation du cœur.

Liebig (von). Die Muskelkraft unter dem erhöhten Luftdruck. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er mai.) — Les modifications de la force musculaire sous l'influence d'une haute pression atmosphérique.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Busse (O.). Das Sektions-Protokoll. In-8°, 114 p. avec fig. Berlin.

Engel (C.). Ueber einen Fall von perniciöser Anämie mit gelbem Knochenmark in den Epiphysen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 1-2.) — Anémie pernicieuse avec présence de moelle osseuse jaune au niveau des épiphyses.

Engert (F.). Ueber Geschwülste der Dura mater. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLX, 1.) — Des tumeurs de la dure-mère.

Faber (K.) et **Bloch** (C.). Ueber die pathologischen Veränderungen am Digestionstractus bei der perniciösen Anämie und über die sog. Darmatrophie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 1-2.) — Des lésions anatomo-pathologiques du tube digestif dans l'anémie pernicieuse et de l'atrophie de l'intestin.

Fibiger (J.). Om tuberkulöse tyndtarmstrikturer og deres forvexling med syfilitiske forsnevringer. (*Hospitalstidende*, 27 juin, 4, 11 et 18 juillet.)

Fischer (B.). Ueber Entzündung, Sklerose und Erweiterung der Venen mit besonderer Berücksichtigung des elastischen Gewebes der Gefässwand. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, XXVII, 3.) — Les modifications du tissu élastique dans l'inflammation, dans la sclérose et la dilatation des veines.

Forssman (J.). Zur Kenntnis des Neurotropismus. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, XXVII, 3.)

Fütterer (G.). Die intracellulären Wurzeln des Gallengangs-Systems, durch natürliche Injection sichtbar gemacht, und die ikterische Nekrose der Leberzellen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLX, 2.) — Les racines intracellulaires des voies biliaires, rendues visibles au moyen de l'injection naturelle, et la nécrose ictérique des cellules hépatiques.

Gianni (G.). Contributo allo studio anatomopatologico delle distrofie muscolari progressivi. (*Riforma med.*, 5, 7 et 8 mai.)

Hamel. Ueber die Beziehungen der körnigen Degenerationen der rothen Blutkörperchen zu den sonstigen morphologischen Veränderungen des Blutes mit besonderer Berücksichtigung der Bleiintoxication. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVII, 3-4.) — Rapports de la dégénérescence granuleuse des hématies avec les autres altérations morphologiques du sang, notamment dans l'intoxication saturnine.

Harbitz (F.). Om tromboselæren og dens nuværende standpunkt. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, août.)

Jores (L.). Zur Kenntnis der Regeneration und Neubildung elastischen Gewebes. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, XXVII, 3.) — De la régénération et de la néoformation du tissu élastique.

Kottmann (W.). Ueber Kern-Veränderungen bei Muskelatrophie. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLX, 1.) — Altérations des noyaux dans l'atrophie musculaire.

Lewy (B.). Die Beziehungen der Charcot-Leyden'schen Krystalle zu den eosinophilen Zellen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 1-2.) — Des rapports existant entre les cristaux de Charcot-Leyden et les cellules éosinophiles.

Maximow (A.). Die histologischen Vorgänge bei der Heilung von Eierstocks-Verletzungen und die Regenerations-Fähigkeit des Eierstocksgewebes. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLX, 1.) — Recherches histologiques sur le mécanisme de la cicatrisation des blessures de l'ovaire et sur la régénération du tissu ovarien.

Nägeli (O.). Ueber rothes Knochenmark und Myeloblasten. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 mai.) — Moelle rouge des os et myéloblastes.

Nedjelsky (W.). Ueber die amitotische Theilung in pathologischen Neubildungen, hauptsächlich Sarkomen und Carcinomen. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, XXVII, 3.) — De la division amitosique dans les néoformations pathologiques, notamment dans les sarcomes et les carcinomes.

Oriani Zen (G.). Delle modificazioni che avvengono nella costituzione del midollo delle ossa lunghe in alcuni stati morbosi. (*Gazz. degli Osped.*, 27 mai.)

Pirone (R.). Ueber die Veränderungen der Nervenelemente bei verschiedenen Infectionen. (*Wien. med. Wochensch.*, 19 mai.) — Les altérations des éléments nerveux dans les processus infectieux.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bunch (J.). On the mechanism of the intestinal movements, and on reversal of the intestine. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.) — Du mécanisme des mouvements intestinaux et de l'inversion de l'intestin.

Caselli (A.). Ipofisi e glicosuria; nota preventiva sulla fisiopatologia della glandola pituitaria. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. legale*, XXVI, 1.)

Chanoz. Contribution à l'étude de la tri-acétylmorphine. (*Lyon méd.*, 20 mai.)

Cluzet (J.). Réaction de dégénérescence expérimentale due à des injections de strophantine. (*Arch. d'électricité méd.*, mai.)

Della Rovere (D.). Alterazioni istopatologiche nella morte per freddo; ricerche sperimentali. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 1.)

Ehrlich (P.) et **Morgenroth** (J.). Ueber Hæmolysine; dritte Mitteilung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 21 mai.)

Fieschi (D.). Innesto delle carotidi; ricerche sperimentali. (*Riforma med.*, 24 mai.) — Recherches expérimentales sur la greffe des carotides.

Heerfordt (C. F.). Studier over musculus dilatator pupillæ med angivelse af fællesmærke for nogle tilfælde af epithelial muskulatur. (*Thèse de Copenhague.*)

Pane (N.). Sul meccanismo dell'azione del siero antidifterico contro la tossina nell'organismo animale. (*Riforma med.*, 15, 16 et 17 mars.)

Probst. Zur Anatomie und Physiologie experimenteller Zwischenhirnverletzungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 1-2.) — Recherches anatomiques et physiologiques sur les lésions expérimentales du mésocéphale.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Bonne (G.). Das seborrhoische Ekzem als Constitutionsbasis der sogenannten Skrophulose, des adenoïden Habitus oder der lymphatischen Constitution, sowie in seinem Zusammenhange mit Asthma, Gicht und Carcinom; ein Beitrag zur Lehre von den Constitutionen, mit besonderer Berücksichtigung der Therapie. In-8°, 108 p. Munich.

Charrin (A.). Toxicité urinaire, auto-intoxication et pathologie cellulaire. (*Journ. de physiol. et de pathol gén.*, juillet.)

Courmont (P.) et **Barbaroux**. Leucocytose et polynucléaires dans la fièvre typhoïde. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Dungern (von). Beiträge zur Immunitätslehre. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 mai.)

Heinz (R.). Ueber die Herkunft des Fibrins und die Entstehung von Verwachsungen bei acuter adhäsiver Entzündung seröser Häute. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLX, 2.) — De l'origine de la fibrine et du mode de production des adhérences dans les phlegmasies plastiques des séreuses.

Hofmann (A.). Die Rolle des Eisens bei der Blutbildung; zugleich ein Beitrag zur Kenntnis des Wesens der Chlorose. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLX, 2.) — Du rôle du fer dans l'hématopoïèse et de la nature intime de la chlorose.

Piéry. Note statistique sur l'immunité vaccinale et sa transmission intra-utérine. (*Lyon méd.*, 13 mai.)

Salkowski (E.). Ueber Entstehung und Ausscheidung der Oxalsäure. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 mai.) — Formation et élimination de l'acide oxalique.

MÉDECINE

Blake (E.). Constipation and some of its associated disorders. 2e éd. In-8°, 304 p. Londres.

Blumenreich (R.). Ueber die Thymus-Dämpfung. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLX, 1.) — De la matité du thymus.

Boysen (I.). Om galdestenens struktur og patogenese. In-8°, 108 p. avec fig. Copenhague. — Structure et pathogénie des calculs biliaires.

Cohnheim (P.). Eine neue, allgemein anwendbare Formel zur Restbestimmung im Magen (Verallgemeinerung der Mathieu'schen Methode). (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 5 mai.) — Une nouvelle formule générale (généralisation de la méthode de Mathieu) pour déterminer le résidu stomacal.

Deschamps. Intoxication fécale aiguë. (*Arch. gén. de méd.*, mai.)

Determann (H.). Die Beweglichkeit des Herzens bei Lageveränderungen des Körpers (Cardioptose). (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 1-2.)

Douglas (C.). Some practical observations on the early diagnosis of cancer of the stomach. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.) — A propos du diagnostic précoce du cancer de l'estomac.

Elting (A.). The acute pneumonic form of tuberculosis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Freudweiler (M.). Ein Vorschlag zur graphischen Registrirung der physikalischen Lungenveränderungen. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVII, 3-4.) — Sur l'enregistrement graphique des résultats de l'examen physique des poumons.

Gerhardt (C.). Lehrbuch der Auskultation und Perkussion, mit besonderer Berücksichtigung der Besichtigung, Betastung und Messung der Brust und des Unterleibes zu diagnostischen Zwecken. 6e éd. par D. Gerhardt. In-8°, 381 p. avec fig. Tubingue.

Grote (G.). Die Varietäten der Arteria temporalis in ihrer Beziehung zu Blutdruckbestimmungen; vorläufige Mitteilung. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 mai.) — Des variétés de l'artère temporale dans leurs rapports avec la détermination de la pression sanguine.

Guérin. Le bleu de méthylène et la perméabilité des séreuses dans la pleurésie et dans l'ascite. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 mai.)

Hoffmann (A.). Acute Herzdilatation und Cor mobile. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 mai.) — Dilatation cardiaque aiguë et cœur mobile.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Bouquet (J.). Le médecin et la nouvelle loi sur les accidents (loi du 9 avril 1898, mise en vigueur le 1er juillet 1899). (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.)

Dietrich. Ueber chronische Sulfonalvergiftung. (*Therap. Monatsh.*, avril.) — De l'intoxication chronique par le sulfonal.

Friedländer (A.). Zur Klinik der Intoxicationen mit Benzol-und Toluol-Derivaten, mit besonderer Berücksichtigung des sogenannten Anilinismus. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 fév. et 1er avril.)

Giuffrida-Ruggeri (V.). Importanza del prognatismo e utilità delle misure lineari dello scheletro facciale per la determinazione del sesso. (*Riv. sperim. di freniatria e di med. leg.*, XXVI, 1.)

Hirschfeld (M.). Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität. 2. Jahrgang. In-8°, 483 p. avec fig. Leipzig.

Morache (G.). L'expertise et le choix des experts. (*Ann. d'hyg. publ.*, avril.)

Rapmund (O.). Die gesetzlichen Vorschriften über die Schutzpockenimpfung. Reichs-Impfgesetz nebst den dazu gehörigen Bundesrats-Beschlüssen und den in den einzelnen Bundesstaaten erlassenen Ausführungsbestimmungen. In-8°, 79 p. Leipzig.— Législation allemande sur la vaccination.

Rudeck (W.). Syphilis und Gonorrhoe vor Gericht. Die sexuellen Krankheiten in ihrer juristischen Tragweite nach der Rechtsprechung Deutschlands, Oesterreichs und der Schweiz. In-8°, 148 p. Iéna.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Otto. Ueber die Behandlung rheumatischer Affectionen mit jodsaurem Natron. (*Therap. Monatsh.*, avril.) — De l'iodate de soude dans le traitement des affections rhumatismales.

Peters. Die neuesten Arzneimittel und ihre Dosierung inclusive Serum-und Organtherapie in alphabetischer Reihenfolge. 2e éd. In-12, 235 p. Vienne.

Seibert (A.). Das Ichthyol in der Scharlachbehandlung. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 3.) — L'ichtyol dans le traitement de la scarlatine.

Weiss (J.) et **Schweiger** (S.). Therapeutische Indikationen für interne Krankheiten. 2e éd. In-8°, 320 p. Munich.

Wells (W.). Indications for constitutional treatment of catarrhal affections of the upper air passages. (*Med. Record*, 21 avril.) — Indications pour le traitement constitutionnel des affections des voies respiratoires supérieures.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Allaire (G.). La cataphorèse appliquée au traitement du rhumatisme chronique et les résultats obtenus suivant les différentes formes. (*Gaz. méd. de Nantes*, 7 avril.)

Béclère (A.). La mesure indirecte du pouvoir de pénétration des rayons de Röntgen à l'aide du spintermètre. (*Arch. d'électricité méd.*, avril.)

Foveau de Courmelles. Formulaire électrothérapique. In-32, 225 p.

Gabrilovitch (I.) et **Finkelstein** (L.). Des applications thérapeutiques de la lumière électrique (en russe). (*Vratch*, 1er et 8 avril.)

Guilleminot. Précision de l'incidence en radiologie; méthode complète simplifiée par l'emploi du radiogoniomètre. (*Arch. d'électricité méd.*, avril.)

Kessler (D.). Des applications thérapeutiques de la lumière électrique par incandescence (en russe). (*Vratch*, 8 avril.)

Morton (W.). The use of electricity in chronic rheumatism. (*Med. Record*, 21 avril.)

Zimmern (A.). Traitement des fibromes par l'électricité : technique, manuel opératoire, résultats. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, mars-avril.)

BALNÉOLOGIE, CLIMATOLOGIE

Bonnet (S.-R.). Châtel-Guyon ; étude médicale sur ses eaux thermales, gazeuses et polymétalliques. In-8°, 170 p.

Bouyer (A.). La cure des affections chroniques des voies respiratoires à Cauterets. 2e éd. In-16, 132 p.

Buxbaum (B.). Lehrbuch der Hydrotherapie. In-8°, 381 p. Leipzig.

Emond (E.). Le Mont-Dore et ses eaux minérales (étude médicale). 4e éd. In-18, 252 p.

Erb (W.). Winterkuren im Hochgebirge. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 271.) — La cure d'hiver à la montagne.

Gibelli (G.). Idroterapia. In-8°, 237 p. avec fig. Milan. U. Hoepli.

Matthes (M.). Lehrbuch der klinischen Hydrotherapie. In-8°, 410 p. avec fig. Iéna.

Saabner-Tuduri (A.). Apele minerale si statiunile climaterice din România. In-8°, 430 p. Bucharest. — Eaux minérales et stations climatériques de Roumanie.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Adler (H.) et **Kronfeld** (A.). Medicinische Chronik des XIX. Jahrhunderts. In-12, 223 p. Vienne.

Cheinisse (L.). Histoire de la découverte de la circulation du sang (en russe). (*Mir bojy*, juillet.)

Haguenot (M.-A.). Une famille de médecins à Montpellier (de 1605 à 1818). In-8°, 51 p. Montpellier.

Pamard. Un contemporain de Daviel : les œuvres de Pierre-François-Bénézet Pamard, chirurgien et oculiste (1728-1793), éditées pour la première fois, d'après ses manuscrits, par son arrière-petit-fils, le docteur A. Pamard et le docteur P. Pansier. In-8°, 419 p. avec fig.

Teissier (J.). Les médecins à l'Académie de Lyon depuis sa fondation jusqu'à nos jours (rapport présenté à l'occasion du deuxième centenaire de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Lyon). In-4°, 50 p. avec fig. Lyon.

BACTÉRIOLOGIE

Le Dantec. Note sur la présence de spirilles dans les mucosités dysentériques. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 29 avril.)

Rodet (A.). Action du sérum-coli sur le bacille d'Eberth, et réciproquement, et action croisée des sérums à l'égard des races bacillaires diverses. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Scheib (A.). Meningitis suppurativa bedingt durch « Bacterium lactis aerogenes (Escherich) ». (*Prag. med. Wochensch.*, 12 avril.)

Schenk (F.) et **Zaufal** (G.). Bacteriologisches zur mechanisch-chemischen Desinfection der Hände. (*Münch. med. Wochensch.*, 10 avril.) — Recherches bactériologiques sur la désinfection des mains.

Tizzoni (G.) et **Centanni** (E.). Sulla produzione della tetano-lisina. (*Riforma med.*, 2, 3 et 4 avril.)

20e ANNÉE. — N° 43. Vingt centimes le numéro. 17 OCTOBRE 1900.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Copenhague. — M. le docteur I. C. Bock est nommé professeur ordinaire de pharmacologie.

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Theodor Pfeiffer est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Greifswald. — M. le docteur Philipp Jung est nommé privatdocent d'obstétrique et de gynécologie.

Faculté de médecine d'Iéna. — M. le docteur Fr. Schulz, privatdocent de chimie physiologique, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Kiel. — M. le docteur Hans Hensen est nommé privatdocent de médecine interne.

Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur Sandor Kästner, privatdocent d'histologie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Munich. — M. le docteur Oskar Eversbusch, professeur à la Faculté de médecine d'Erlangen, est nommé professeur ordinaire de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. A. von Rothmund, démissionnaire.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Carmelo Addario, privatdocent à la Faculté de médecine de Catane, est nommé privatdocent d'ophtalmologie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE LYON

Giraud (F.). De l'appendicite à canal ouvert; pathogénie des accidents appendiculaires.

Grollier. De la gastro-duodénostomie sous-pylorique.

Guéneau (L.). Des données radiographiques dans les ostéotrophies nerveuses.

Guérinot. Recherches sur les conditions de la douleur.

Janakieff (N.). Etude sur les paralysies post-pneumoniques.

Joanny de Rochely. Neuf années de scarlatine à l'hôpital de la Charité (1891-1900).

Jurie des Camiers (E.). Variations quotidiennes de certaines albuminuries.

Latour (J.). Des exostoses infectieuses (recherches cliniques et expérimentales).

Lhote. Etiologie de l'épilepsie dite essentielle.

Mardellis. Etude anatomo-pathologique et clinique des lésions du nerf optique dans les fractures de la base du crâne.

Maurizot (A.). Contribution à l'étude des fractures du maxillaire supérieur.

May (G.). Complications auriculaires des oreillons.

Michaut (V.). Contribution à l'étude pharmacologique, physiologique et thérapeutique de l'eau oxygénée.

Molard (E.). De l'omphalectomie et de la suture abdominale à plans séparés (technique et applications).

Morey (A.). Tuberculose expérimentale de quelques poissons et de la grenouille.

Moussard (M.). De la résection simultanée totale des deux maxillaires supérieurs.

Murgue (C.). Etude clinique sur le traitement des épanchements pleurétiques par l'antipyrine.

Nicolas (A.). Contribution à l'étude du cancer latent de la vessie.

Nurdin (L.). De l'ectopie congénitale du rein au point de vue chirurgical.

Pané dit Deville (V.). La fièvre typhoïde et son séro-diagnostic à l'hôpital civil de Toulon.

Parini (G.). Traitement des fistules colo-vaginales rebelles.

Pautet (G.). De l'hémi-mimie faciale d'origine otique.

Péhu (M.). De la température dans le tétanos expérimental.

Perrot (H.). De la nature parasitaire du psoriasis.

Petit (A.). De la luxation du pied en avant par fracture de l'astragale.

Pichon (J.). Lithiase biliaire et fièvre typhoïde.

Pignod (J.). Des troubles oculaires de la femme non diathésiques, coïncidant avec les troubles de la menstruation et la ménopause.

Ponthieu (J.). La variole à Marseille en 1899; essai de traitement de la variole par la sérothérapie artificielle.

Randon (E.). Des fistules intestino-vaginales après les interventions sur les annexes par le vagin.

Rigollet. Contribution à l'étude de l'hémianesthésie organique.

Romand-Monnier (L.). La scoliose dans le mal de Pott.

Romieu (F.). Du zona dans le cancer du sein.

Rondet (J.). De l'anesthésie locale par infiltration (méthode de Schleich).

Roques (Z.). Contribution à l'étude des kystes hématiques du mésentère.

Sachnine (H.). Etude sur l'influence de la durée du travail quotidien sur la santé générale de l'adulte.

Saint-Martin (T.). Etude expérimentale et clinique de l'éther diacétique de la morphine.

Saint-Pierre (M.). Contribution à l'étude des arthropathies de la syphilis héréditaire tardive.

Samocovlieff (B.). Des congestions pulmonaires non tuberculeuses localisées au sommet et simulant la tuberculose.

Schmitt (L.). De la maturation artificielle de la cataracte.

Sénat (L.). Contribution à l'étude du tissu conjonctif du testicule.

Ser (A.). La médication thyroïdienne dans les retards de consolidation des fractures.

Sourd (A.). Contribution à l'étude des hémothorax traumatiques; traitement.

Spick (A.). De la spécificité de la botryomycose (étude bactériologique et anatomo-pathologique).

Stoïtchoff (C.-K.). Contribution à l'étude des ruptures de l'urèthre pénien par traumatisme.

Talon (A.). Les polyadénomes de l'intestin; dégénérescence polypeuse.

Termier (J.). Contribution à l'étude de la chirurgie du sympathique dans les névralgies et syndromes douloureux.

Théodoroff (A.-I.). Extraction des corps étrangers métalliques (éclats de fer ou d'acier) du globe de l'œil par l'électro-aimant.

Verdan-Minod (L.). Essai sur les différents sièges du spasme de l'urèthre chez l'homme.

Villa (F.). Contribution à l'étude pharmacodynamique et clinique de l'orthoforme.

Vincent. La tuberculose du sac lacrymal et son traitement.

MÉDECINE

Holm (Th.). Om lumbalpunkturen som diagnostisk hjælpemiddel. In-8°, 235 p. Copenhague.

Jaksch (R. von) et **Herrnheiser** (I.). Beiträge zur inneren Medicin. Festschrift aus Anlass des Congresses für innere Medicin in Karlsbad im April 1899. In-8°, 355 p. Vienne.

Killian (G.). Zur diagnostischen Verwertung der oberen Bronchoskopie bei Lungencarcinom. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 14 mai.) — Le diagnostic du cancer du poumon au moyen de la bronchoscopie.

Linossier (G.). Hygiène du dyspeptique. In-16, 388 p.

Lipowski. Beiträge zur Pathologie des Blutes. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 mai.) — La pathologie du sang.

Machado (V.). O exame do coração no vivo pelos raios X. In-4°, 14 p. Lisbonne.

Morison (A.). A clinical study of the causes of the first sound of the heart. (*Lancet*, 19 mai.) — Sur les causes du premier bruit du cœur.

Morse (J.). An analysis of 51 cases of pneumothorax. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Paffrath (J.). Lässt sich eine Pneumonie koupiren? (*Deutsche Med.-Ztg.*, 24 mai.) — Peut-on juguler une pneumonie?

Reale (E.). Ricerche sulle sostanze indacoformatrici e sull'acido glicuronico nell'urina. (*Riforma med.*, 9 mai.)

Reichard. Drei Fälle von tödtlicher parenchymatöser Magenblutung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 mai.) — Trois cas mortels d'hémorrhagie gastrique parenchymateuse.

Richter (A.). Ueber nervöse Complicationen der chronischen Gastritis. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VI, 2.)

Rosanow (V.). Un cas de myxœdème avec goitre (en russe). (*Méd. Obozr.*, mai.)

Rosenbach (O.). Ueber cerebrales und cardiales Asthma nebst Bemerkungen über Stenocardie, Albdrücken und verwandte Zustände. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 et 22 mai.)

Schüler (L.). Die semiotische Bedeutung der Kohlehydratverdauung für die Diagnostik der Hyperaciditas gastrica. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 mai.) — La digestion des substances amylacées comme élément de diagnostic de l'hyperacidité gastrique.

MALADIES INFECTIEUSES

Abramov (D.). Traitement de la variole par la vaccination intensive (en russe). (*Méd. Obozr.*, mai.)

Astros (L. d') et **Engelhardt** (G.). Méningites cérébro-spinales à méningocoques. (*Marseille méd.*, 15 mai.)

Clemow (F.). The clinical aspect of plague; with illustrative cases. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, avril et mai.) — Le tableau clinique de la peste.

Coste (M.). Contribution à l'étude de l'immunité vaccinale (la variole chez les non-vaccinés, les vaccinés et les revaccinés avec ou sans succès, les anciens varioleux; rôle de l'immunité vaccinale dans les varioles modifiées; effets de l'âge sur la réceptivité variolique; prophylaxie de la variole). In-8°, 90 p. avec fig.

Cruz (O.-G.). Relatorio ácerca da molestia reinante em Santos. In-8°, 29 p. avec fig. Rio-de-Janeiro. — Rapport sur la peste bubonique à Santos.

Depasse (E.). Scarlatine hyperthermique très grave; guérison. In-8°, 6 p.

Engelbach (P.). Note sur deux cas de manifestations cutanées dans le cours de maladies infectieuses du tube digestif. (*Rev. méd. de Normandie*, 10 mai.)

Gosio (B.). La malaria di Grosseto nell'anno 1899; contributo epidemiologico e profilattico. (*Policlinico*, 1er mai.)

Hänel (H.). Nephritis bei Varicellen. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 12 mai.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Apert (E.) et **Gandy** (Ch.). Epilepsie jacksonnienne; tumeur cérébrale de diagnostic difficile, probablement parasitaire. (*Arch. gén. de méd.*, mai.)

Baccarani (U.). Ipercromia simmetrica e atrofie cicatriziali della cute perimalleolare da antichi stravasi sanguigni, in un caso di irritazione spinale. (*Gazz. degli Osped.*, 20 mai.)

Ballet (G.) et **Bernard** (H.). Des amyotrophies diffuses, consécutives aux traumatismes légers de l'extrémité des membres. (*Arch. gén. de méd.*, mai.)

Bechterev (V. von). Ueber den Scapulo-Humeralreflex. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mars.)

Bernardini (C.). Epilessia traumatica con sintomi pseudo-paralitici da alcoolismo. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 1.)

Bruno (A.). Contributo clinico alle localizzazioni cerebrali della sifilide. (*Riforma med.*, 17, 18, et 19 mai.)

Caro. Ueber die Bezichungen epileptischer Anfälle zur Harnsäureausscheidung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 mai.) — Des rapports entre les attaques épileptiques et l'élimination de l'acide urique.

Crocq (J.). Polynévrite; incontinence d'urine et des matières fécales; tachycardie; hoquet; guérison. (*Journ. de neurol.*, 5 avril.)

De Buck (D.) et **Van der Linden** (O.). Lésion cérébrale par contre-coup. (*Journ. de neurol.*, 20 avril.)

De Sanctis (S.) et **Longarini** (P.). Neologismi e pseudo-neologismi nei neurastenici. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 1.)

Donaggio (A.). I canalicoli del citoplasma nervoso e il loro rapporto con uno spazio perinucleare. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 1.)

Elder (W.). The clinical varieties of visual aphasia. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.)

Flatau (G.). Ueber den diagnostischen Wert des Gräfe'schen Symptoms und seine Erklärung. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 1-2.) — Valeur diagnostique et explication du symptôme de Gräfe.

Francine (A.). Two cases of tabes dorsalis in negroes-husband and wife. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.) — Tabes dorsal chez deux nègres, mari et femme.

Giese (O.). Ueber eine neue Form hereditären Nervenleidens (Schwachsinn mit Zittern und Sprachstörung). (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 1-2.) — Sur une nouvelle forme de troubles nerveux héréditaires (faiblesse mentale avec tremblement et troubles de la parole).

Gilles de la Tourette. Les états neurasthéniques (formes cliniques; diagnostic; traitement). 2e éd. In-16, 100 p.

Gumpertz (K.). Ueber einen ungewöhnlichen Fall von Poliomyelitis anterior acuta adultorum auf infectiöser Grundlage. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 avril.)

Hänel (H.). Ueber den Scapulo-Humeralreflex. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mai.)

Heim (P.). Das Verhalten des Blutdruckes bei neuropathischen Kindern. (*Deutsche med. Wochensch.*, 17 mai.) — L'état de la pression sanguine chez les enfants névropathes.

Hofmann (A.). Ein Fall cerebraler sensibler und sensorieller Hemianästhesie und Hemiplegie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 1-2.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Alexander (A.). Zur Uebertragung der Thierkrätze auf den Menschen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LII, 2.) — Transmission à l'homme de la gale des animaux.

Colombini (P.). Beitrag zum Studium der Epidermolysis bullosa hereditaria. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 mai.)

Csillag (J.). Beitrag zum Wesen der secundären epidermidalen Cysten. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LII, 2.)

Einhorn (M.). Ueber Syphilis des Magens. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VI, 2.) — Syphilis de l'estomac.

Gareiso (A.). Un caso de purpura reumática (peliosis reumática, Schönlein). (*Anales del Circulo méd. argentino*, mai-juin.)

Glück (L.). Zur Klinik der Lepra des männlichen Geschlechtsapparates. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LII, 2.) — Lèpre des organes génitaux chez l'homme.

Haslund (A.). Zona som akut infektionssygdom. (*Hospitalstidende*, 2 mai.)

Jordan (A.). Kéloide au niveau des cicatrices provenant de lésions syphilitiques (en russe). (*Méd. Obozr.*, avril.)

Joseph (M.) et **Löwenbach** (G.). Dermato-histologische Technik. 2e éd. In-8o, 125 p. Berlin.

Mibelli (V.). Maculae atrophicae bei einem Syphilitiker. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er mai.)

Michaïkov (G.). Contagion syphilitique extragénitale (en bulgare). (*Spis. na sofiisk. médic. drouj.*, juillet et août.)

Niessen (M. von). Beiträge zur Syphilis-Forschung (en allemand et en français). 1er fasc. In-4o, 31 p. avec planches. Wiesbaden.

Okamura (T.). Ueber die Entwickelung des Nagels beim Menschen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LII, 2.) — Le développement de l'ongle chez l'homme.

Paggi (E.). Sopra un caso di lupus tubercolare nella regione anteriore del ginocchio. (*Gazz. med. lombarda*, 8 avril.)

Pini (G.). Bromoderma nodosum fungoides. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LII, 2.)

Reiner (S.). Die Erfolge der an vierundsiebzig Lupuskranken ausgeführten Radicalexstirpation. (*Wien. med. Presse*, 8, 15, 22 et 29 avril et 6 mai.) — Résultats de la cure radicale de 74 cas de lupus.

PARASITOLOGIE

Annaratone (C. A.). Un caso di meningismo da elmintiasi. (*Giorn. med. del R. Esercito*, mars.)

Askanazy (M.). Ueber Art und Zweck der Invasion der Anguillula intestinalis in die Darmwand. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 4 mai.) — Mode et but de l'invasion de la paroi de l'intestin par l'anguillule intestinale.

Bullitt (J.). Report of a case of actinomycosis hominis of the lungs. (*Ann. of Surgery*, mai.) — Actinomycose des poumons.

Kopfstein (V.). Pripad kozni aktinomykosy. (*Casopis lékaru ceskych*, 21 juillet.) — Actinomycose de la peau.

Kurimoto (T.). Diplogonoporus grandis (R. Blanchard). Beschreibung einer zum ersten Male im menschlichen Darm gefundenen Art Botriocephalus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 1-2.) — Description d'une espèce particulière de bothriocéphale, trouvé pour la première fois dans l'intestin de l'homme.

Nélaton (Ch.). Actinomycose mammaire gauche survenue dans le cours d'un phlegmon actinomycosique pleuro-lombaire du même côté. (*Lyon méd.*, 6 mai.)

Soloviev (N.). Un cas de dysenterie chronique avec présence d'amibes dans les selles (en russe). (*Vratch*, 6 mai.)

CHIRURGIE

Alivisatos (N. S.). Περι θεραπειας του ποττειου κακου και ιδια, της αποτομου ευθυασεως της κυφωσεως υπο το χλωροφορμιον δι'ενος νεου ορθοπαιδικου μηχανηματος. In-8o, 80 p. avec fig. Athènes. — Traitement du mal de Pott et redressement brusque de la gibbosité sous le chloroforme, au moyen d'un nouvel appareil orthopédique.

Bircher (H.). Les effets des projectiles d'artillerie. In-8o, 75 p. avec planches. Aarau.

Bliesener. Ueber die durch die Bardenheuer'sche Extensionsmethode an den Brüchen der unteren Gliedmaassen erhaltenen functionellen Ergebnisse. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 3-4.) — Les résultats fonctionnels de la méthode d'extension de Bardenheuer dans les fractures des membres inférieurs.

Boari (A.). Stenosi benigne pilorico-duodenali di origine biliare (colecistenterostomia e gastroenterostomia nella medesima seduta). In-8o, 45 p. avec fig. Rome.

Brigham (Ch.). Dislocation at the shoulder complicated by fracture through the anatomical neck of the humerus. (*Ann. of Surgery*, mai.) — Luxation de l'épaule avec fracture du col anatomique de l'humérus.

Burckhardt (H. von). Ueber acute fortschreitende Peritonitis und ihre chirurgische Behandlung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 3-4.) — De la péritonite aiguë à marche progressive et de son traitement chirurgical.

Butlin (H. T.) et **Spencer** (W. G.). Diseases of the tongue. In-8o, 488 p. avec fig. Londres. — Les affections de la langue.

Cafferata (J. F.). Contribución al estudio de los quistes hidatídicos del cerebro. (*Thèse de Buénos-Ayres.*)

Cohn (Th.). Ueber subcutane Milzruptur. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er mai.) — De la rupture sous-cutanée de la rate.

David (M.). Grundriss der orthopädischen Chirurgie. In-8o, 212 p. avec fig. Berlin.

Delatour (H. B.). A contribution to the surgery of the stomach, including wounds, gastrostomy, gastro-enterostomy, and gastrectomy. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Del Vecchio (S.). Contribuzione sperimentale alla cura ed al processo di guarigione delle ferite dell'esofago. (*Giorn. dell'Assoz. napol. dei medici e natural.*, X, 3.)

Elsberg (C.). Ein neues und einfaches Verfahren der Katgutsterilisation. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 26 mai.) — Un procédé nouveau et simple de stérilisation du catgut.

Enderlen. Ueber die Deckung von Magendefecten durch transplantirtes Netz. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 3-4.) — De l'occlusion des pertes de substances de l'estomac par la transplantation du mésentère.

Gerulanos (M.). Ein Beitrag zu den Dermoiden des Penis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 3-4.)

Goubarev (A.). Des avantages de l'opération effectuée sans ligature préalable des vaisseaux (en russe). (*Journ. akouch. i jénsk. boliézn.*, mars.)

Grothe (C.). Zur Behandlung der habituellen Schultergelenksluxation. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 mai.) — Traitement de la luxation habituelle de l'épaule.

Hägler (C.). Ueber den Verschluss des Darmlumens mit der Tabaksbeutelnaht. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 19 mai.) — De l'occlusion des sections de l'intestin au moyen d'une suture en bourse.

Halstead (A.). Report of a case of recovery after ligation of the first portion of the right subclavian artery for aneurism of the third portion. (*Ann. of Surgery*, mai.) — Ligature du premier segment de l'artère sous-clavière droite pour anévrysme du troisième segment de ce vaisseau; guérison.

Henle (A.). Conservative treatment of tubercular joint disease and cold abscess, as carried out at Breslau by J. von Mikulicz. (Trad. de l'allemand par Ch. W. Cathcart.) In-8o, 110 p. Londres. — Traitement non sanglant des arthrites tuberculeuses et des abcès froids à la clinique de Mikulicz.

UROLOGIE

Bruni (C.). Gli Italiani ed i progressi recenti nella chirurgia delle vie urinarie. In-4o, 19 p. Naples.

Harrison (R.). Remarks on vasectomy relative to enlarged prostate and bladder atony. (*Lancet*, 5 mai.)

Korányi (A. von). Zwei Fälle von Nierentuberculose. (*Monatsb. über die Krankh. des Harn- und Sexual-Apparates*, V, 5.) — Deux cas de tuberculose rénale.

Koslinsky (A.). Ruptura spontanea a vesicei in urma retentiunei urinara si flegmon pelvien consecutiv infiltratiunei; laparotomie si sutura vesicei; vindecare. (*Revista de chirurgie*, juillet.) — Rupture spontanée de la vessie, consécutive à la rétention; phlegmon pelvien; laparotomie avec suture de la vessie; guérison.

Kraft (L.). Anuria calculosa og reflexanuri. (*Hospitalstidende*, 22 et 29 août et 5 sept.)

OPHTALMOLOGIE

Alt (A.). Original contributions concerning the glandular structures appertaining to the human eye and its appendages. In-8o, 23 p. avec planches. Saint-Louis.

Asher (W.). Repetitorium der Augenheilkunde. In-8o, 209 p. avec fig. Leipzig.

Bock (E.). Ueber Trachom. Mit besonderer Berücksichtigung seines Vorkommens in Krain. In-8o, 43 p. avec fig. Vienne.

Collin et **Eymeri**. Cellulite orbitaire consécutive à un empyème ethmoïdo-frontal; mort rapide par méningite suppurée. (*Ann. d'oculist.*, mai.)

Cruz (M. F. da). Contribuição para o estudo semiotico da pupilla nas affecções oculares. (*Thèse de Lisbonne.*)

Cuénod et **Remlinger**. Un cas de lèpre oculaire. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, avril.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Alexandrov (Th.). 10 cas d'hystérectomie totale pour cancer du col (en russe). (*Journ. akouch. i jénsk. boliézn.*, mars.)

Aschoff (L.). Die Beziehungen der tubaren Placenta zum Tubenabort und zur Tubenruptur. (*Arch. f. Gynäkol.*, LX, 3.)

Ballin. Zur Behandlung des Nabelschnurrestes nach Martin. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 mai.) — Traitement du cordon ombilical d'après le procédé de Martin.

Beckmann (W.). Die puerperale Uterusgangrän. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 3.)

Beuttner (O.). Zur Behandlung des unvollständigen Abortus nebst einigen Bemerkungen über Atmokausis, Uterusperforation und Hysteroskopie. (*Wien. Klinik*, mai.) — Traitement de l'avortement incomplet.

Bondarev (P.). Quelques observations sur l'accouchement dans les présentations de la face (en russe). (*Journ. akouch. i jénsk. boliézn.*, fév.)

Bourcart (M.). De l'injection intra-utérine du sérum gélatineux de Lancereaux en gynécologie. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai.)

Deckart. Die Hystereuryse in der Praxis. (*Münch. med. Wochensch.*, 24 avril et 1er mai.)

Dirmoser (E.). Therapie der Hyperemesis gravidarum. (*Wien. med. Wochensch.*, 5 mai.)

Dührssen (A.). Ueber conservative Behandlung von eiterhaltigen Adnextumoren (Pyosalpinx und Pyoovarium) durch vaginale Incisionsmethoden. (*Arch. f. Gynäkol.*, LX, 3.)

Ehrendorfer (E.). Beitrag zur serösen Infiltration des parauterinen Bindegewebes und deren Ausdehnung in weitere Gebiete des Cavum subserosum an der Lebenden. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, avril.) — L'infiltration séreuse du tissu conjonctif péri-utérin et son extension à d'autres parties de l'espace sousséreux chez la femme vivante.

Fabre (J.). De la position à donner au sujet pour obtenir une bonne épreuve radiographique de la partie antérieure du sacrum. (*Province méd.*, 25 août.)

Garioni (A.). Speculum ginecologico. (*Arch. ital. di ginecol.*, fév.)

20e ANNÉE. — N° 44. Vingt centimes le numéro. 24 OCTOBRE 1900.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Ce numéro comprend 28 pages avec 5 planches en couleurs et 7 figures en noir.

De tous les journaux de médecine, français ou étrangers, la **Semaine Médicale** est celui qui a le plus grand nombre d'abonnés.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — M. le docteur Moritz Litten, privatdocent de médecine interne, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Christiania. — M. le docteur F. G. Harbitz est nommé professeur d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Fribourg. — M. le docteur W. Autenrieth, privatdocent de chimie médicale, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Gênes. — M. le docteur Camillo Rota est nommé privatdocent de médecine légale.

Faculté de médecine de Gœttingue. — Le titre de professeur a été conféré à MM. les docteurs Ludwig Aschoff et Rudolf Beneke, privatdocenten d'anatomie pathologique.

Faculté de médecine de Halle. — Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten Paul Eisler (*anatomie*); von Herff (*obstétrique et gynécologie*).

Faculté de médecine de Messine. — M. le docteur Giuseppe Garbini, privatdocent à la Faculté de médecine de Rome, est nommé privatdocent d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Parme. — M. le docteur Vittorio Mibelli, professeur extraordinaire de dermatologie, est nommé professeur ordinaire.

Faculté de médecine de Pise. — M. le docteur Cesare Paderi est nommé privatdocent de matière médicale et de pharmacologie.

Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le docteur Friedrich Weleminsky est nommé privatdocent d'hygiène.

Faculté de médecine de Vienne. — Le titre de professeur extraordinaire a été conféré à MM. les privatdocenten : Jakob Pal (*médecine interne*); Emil Redlich (*neurologie*); Salomon Ehrmann (*dermatologie et syphiligraphie*); A. Elschnig et Leopold Königstein (*ophtalmologie*).

Ecole supérieure de médecine de Florence. — M. le docteur Angelo Nannotti, privatdocent à la Faculté de médecine de Sienne, est nommé privatdocent de pathologie chirurgicale.

Medical Department of the University of Buffalo. — M. le docteur Frederick Busch est nommé professeur de physiologie, en remplacement de M. Julius Pohlman.

NÉCROLOGIE

M. le docteur D. E. Siegenbeek van Heukelom, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Leyde. — M. le docteur Maximino Teijeiro, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Santiago (Espagne). — M. le docteur Eugène Kotliar, privatdocent de pharmacologie à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg. — Sir Henry W. Acland, ancien professeur de médecine à l'Université d'Oxford. — M. le docteur John Frederick France, ancien lecteur d'ophtalmologie à Guys Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur Alfred Shewen, lecteur de médecine à l'Université de Sydney. — M. le docteur William Webb Browning, professeur d'anatomie au Long Island College Hospital de Brooklyn.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE BORDEAUX

Albier. De la métrite de subinvolution.

Andérodias. Diphtérie et gravidisme; recherches cliniques et expérimentales.

Ayraud. La tuberculose conjonctivale primitive.

Barneff. Contribution à l'étude de l'ophtalmoplégie congénitale.

Bétoulières. Psychologie de l'expertise médico-légale.

Bourges. Contribution à l'étude des anévrysmes artérioso-veineux des vaisseaux fémoraux.

Bouyer. Céphalées et intoxications.

Bronislawski (V.). Contribution à l'étude de l'amusie et de la localisation des centres musicaux.

Broustet. Contribution à l'étude des angiomes sous-cutanés et profonds de la paume de la main.

Buard. De la séro-réaction tuberculeuse; cultures du bacille agglutinable; étude spéciale chez l'enfant.

Caboureau. La paralysie générale chez les religieux (contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale).

Cazères. Quelques recherches sur la fréquence de la récidive dans le zona au point de vue de ses rapports avec l'étiologie de cette affection.

Chanaud. Contribution à l'étude des tumeurs mélaniques de la conjonctive.

Clavé. Indications et contre-indications de l'intervention dans les fibromes utérins chez les sujets atteints d'affections cardiaques.

Dague. Contribution à l'étude clinique des paralysies diphtériques dans leurs rapports avec la sérothérapie.

Darrigan. Etude médicale du glycérophosphate de quinine.

Delarras. Contribution à l'étude du délire des inventions.

Deu. Quelques recherches sur la proportion des anciens syphilitiques parmi les vieillards.

Elosu. De l'occlusion intestinale par torsion du mésentère.

Fontaine. Sur l'allaitement et l'alimentation artificielle des nouveau-nés dans les principales espèces domestiques.

Gallet de Santerre. Asphyxie par irruption de ganglions tuberculeux dans les voies respiratoires.

Gontier-Lalande. Etude pratique des réactifs colorants employés en technique microscopique.

Joly. Etude clinique et expérimentale sur les luxations dorsales internes du gros orteil.

Julliard. Contribution à l'étude de la thérapeutique obstétricale des bassins rachitiques.

Kantzel (Mme). Du curettage palliatif comme traitement de l'épithélioma inopérable du col de l'utérus.

Lafarelle. Sur la gastro-entérostomie.

Lalanne. Du traitement au sanatorium de Cap-Breton des lésions scrofuleuses et des affections qui accompagnent le plus souvent la scrofule.

Larrodé. Contribution à l'étude de la porokératose de Mibelli.

Lassalle. Diagnostic de la scoliose et ses rapports avec quelques états pathologiques.

Laubie. Etude expérimentale sur les fractures indirectes de la base du crâne.

Le Merle. La sensibilité oculaire à la pression et ses modifications dans le tabes.

Lesson. Examen du sang dans quatre cas de néphrite aiguë (avant et après la guérison); influence du régime lacté absolu sur l'état du sang d'un sujet normal.

Lonjarret. Contribution à l'étude de l'action musculaire et nerveuse comparée dans les systèmes sympathique et cérébro-spinal.

Lorans. De l'appendicite chez la femme.

Lucas. Le pavillon de l'oreille.

Martinet. Des embolies pulmonaires consécutives à l'hystérectomie abdominale totale.

Mayeux. Contribution à l'étude de l'hippocratisme chez l'enfant.

Oudard. Le délire d'auto-accusation (étude médico-légale).

Pecresse. Contribution à l'étude des sections et résections du nerf sciatique et de ses branches.

Piettre. Etude d'hygiène sur la ville de Cahors.

Pradel. Recherches sur la toxicité des vapeurs naphtaliniques.

Proust. Délires systématisés secondaires (étude psychologique, pathogénique et clinique).

Railliard. Des interventions chirurgicales dans la tuberculose vésicale.

Reboul. Essai sur la pathogénie du suicide.

Ricard. Contribution à l'étude de la descendance des paralytiques généraux.

Rondani. Contribution à l'étude des plaies pénétrantes de l'abdomen par armes blanches et instruments tranchants et piquants.

Ropers. De la valeur comparée des traitements de la tuberculose testiculaire.

Rousseau. De la canitie subite émotionnelle.

Savin. Etude comparée de la thoracentèse avec ou sans aspiration.

Sibéril. Histoire médicale de Jean-Jacques Rousseau.

Tchilinguiroff. De l'ostéome de l'orbite.

Vallandé (de). Contribution à l'étude des kératites à hypopyon.

Vergne. L'angiome sénile.

Videau. Des raideurs articulaires consécutives à l'immobilisation prolongée dans le traitement des fractures.

Virolleaud. Essai sur la pathogénie de quelques dermopathies médicamenteuses.

MÉDECINE

Achard (C.) et **Castaigne** (J.). L'examen clinique des fonctions rénales par l'élimination provoquée. In-8°, 40 p.

André (E.-L.). A propos de la congestion pulmonaire « a frigore ». (*Rev. méd. de l'Est*, 1er oct.)

Ayerza (A.). Radiografía del neumotórax. (*Rev. de la Soc. méd. argentina,* août.)

Chatin (P.) et **Piéry**. Emphysème sous-cutané généralisé dans un cas de granulie. (*Lyon méd.*, 7 oct.)

Dopter (Ch.). Sur un cas de compression de la veine cave supérieure par une ectasie aortique d'origine syphilitique; guérison; diagnostic radiographique. (*Rev. de méd.*, sept.)

Ebstein (W.). Diabetes mellitus, Unterleibskoliken und Oedeme in ihren Wechselbeziehungen. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 3-4.) — Des rapports existant entre le diabète sucré, les coliques abdominales et les œdèmes.

Engelhardt (A.). Neuritis optica bei Chlorose; Krankheitsverlauf und Tod unter den Symptomen eines Hirntumors. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 sept.) — Un cas mortel de chlorose avec névrite optique et autres symptômes de tumeur cérébrale.

Gallavardin (L.). Deux observations d'accidents périphériques au cours du rétrécissement mitral : un cas d'embolie de l'artère mésentérique supérieure; un cas de thrombose de la veine sous-clavière et de la jugulaire externe gauches. (*Lyon méd.*, 2 sept.)

Gebauer (E.). Ist die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen ausschlaggebend für die Differenzialdiagnose zwischen Aortenaneurysma und intrathoracischem Tumor ? (*Deutsche med. Wochensch.*, 30 août.) — L'examen radioscopique a-t-il une valeur décisive pour le diagnostic différentiel entre un anévrysme de l'aorte et une tumeur intra-thoracique ?

Hasenclever. Zur Hanot'schen Cirrhose. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 1-4.)

Hayem (G.). Leçons sur les maladies du sang. In-8°, 701 p. avec planches en couleurs.

Jolles (A.). Ueber eine neue volumetrische Methode zur quantitativen Bestimmung der Purinbasen im Harn. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 8 sept.)

Kehrer (F.). Ein eigenartiger Fall von Azoospermie. (*Münch. med. Wochensch.*, 4 sept.) — Un cas insolite d'azoospermie.

Masciangioli (L.). Della bronchite fibrinosa acuta da influenza. (*Riforma med.*, 27 sept.)

Méndez (J.). Colitis pseudomembranosa; patogenia y tratamiento. (*Rev. de la Soc. méd. argentina,* août.)

Rosenheim (Th.). Beiträge zur Kenntnis der Divertikel und Ektasien der Speiseröhre. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 1-4.) — Des diverticules et des dilatations de l'œsophage.

Salomon (M.). Ueber Angina pectoris. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 sept.)

Stuart-Low (W.). A note on the pathology and treatment of gastric ulcer. (*Lancet*, 8 sept.)

Tarchetti (C.). Die Supraclaviculardrüsen in der Diagnose der abdominellen Carcinome. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVII, 5-6.) — Les ganglions sus-claviculaires dans le diagnostic des tumeurs cancéreuses de l'abdomen.

Tatusescu (D.). Sifilisul cardiac. (*Spitalul*, 1er juin.)

Thompson (W. G.). Text-book of practical medicine. In-8°, 1012 p. avec fig. Londres.

Wybauw (R.). On the limits of the heart dulness in cases of anæmia and chlorosis. (*Lancet*, 6 oct.) — Les limites de la matité cardiaque chez les anémiques et les chlorotiques.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Adamkiewicz (A.). Zur Mechanik des Gedächtnisses. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 5-6.) — Sur le mécanisme de la mémoire.

Bonfigli (R.). Contribuzione allo studio della diagnosi differenziale fra paralisi progressiva e follia a doppia forma. (*Riv. mens. di neuropatol. e psichiatr.*, juillet.)

Bourcy (P.) et **Laignel-Lavastine**. Un cas de maladie de Recklinghausen. (*Arch. gén. de méd.*, sept.)

Brousse et **Ardin-Delteil**. Syphilis médullaire précoce avec syndrome de Brown-Séquard (hémiparaplégie avec hémianesthésie croisée). (*Rev. de méd.*, sept.)

Brown (A.). Jacksonian epilepsy due to cerebral abscess following upon typhoid fever. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept.)

Centeno (A. M.). Afasia y agrafia por embolia consecutiva á una neumotomía. (*Rev. de la Soc. méd. argentina,* août.)

Courmont (P.) et **Cade**. Sur un cas d'hémorrhagie méningée sous-arachnoïdienne. (*Arch. de neurol.*, juillet.)

Féré (Ch.). L'épilepsie et les tics. (*Journ. de neurol.*, 5 sept.)

Figini (C.). Monoplegia facciale destra senza afasia d'origine corticale traumatica. (*Pammatone*, IV, 2.)

Frank (D.). Zur Symptomatologie der Paralysis agitans. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, sept.)

Frölich (Th.). Bidrag til studiet af chorea minor's ætiologi. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, sept.)

Giudiceandrea (V.). L' « adiposis dolorosa » (malattia di Dercum). (*Riv. di patol. nervosa e mentale,* août.)

Grasset. Un type spécial de paralysie alterne motrice (type Foville) : paralysie des quatre membres d'un côté, du facial total et de l'hémioculomoteur rotateur des yeux de l'autre. (*Rev. neurol.*, 15 juillet.)

Greidenberg (B.). Des psychoses consécutives à l'intoxication oxy-carbonique. (*Ann. médico-psychol.*, juillet-août.)

Lannois (M.). Sur un essai de traitement de l'épilepsie par les toxines microbiennes. (*Lyon méd.*, 9 sept.)

Letulle (M.). Essai sur la psychologie du phtisique. (*Arch. gén. de méd.*, sept.)

Ley. Mesure et analyse de l'illusion de poids. (*Journ. de neurol.*, 20 août.)

Mannini (C.). Policlonia ed epilessia. (*Gazz. degli Osped.*, 30 sept.)

Martines (Ch. de). Recherches sur les troubles du goût et de l'odorat dans la paralysie générale progressive. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, août et sept.)

Mirto (D.). I cosidetti « deliri di espoliazione e di rivendicazione »; osservazioni cliniche e medico-legali. (*Pisani*, janv.-avril.)

Mohr (L.). Zur Symptomatologie der Facialislähmungen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 24 sept.) — Symptomatologie de la paralysie faciale [contractions dans le côté paralysé par l'excitation électrique des nerfs du côté sain].

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Aberastury (M.). Pseudopsorospermiosis folicular vegetante (enfermedad de Darier). (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, août.)

Barbe (C.). Diagnostic et traitement des maladies de la peau. In-18, 331 p.

Cazal (G.). Sur un cas de syphilis héréditaire rebelle à manifestations multiples. (*Ann. de la policlinique de Toulouse*, juin.)

Dönitz (W.). Behandlung der Lepra. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 sept.) — Deux cas de lèpre traités avec succès par l'huile de chaulmoogra.

Fordyce (J.) et **Holder** (O.). Some clinical observations on lupus erythematosus; the pathology of lupus erythematosus. (*Med. Record*, 14 juillet.)

Garnier (Ch.). Eczéma orbiculaire des lèvres, consécutif à l'emploi de préparations dentifrices au salol. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 sept.)

Gassmann (A.). Ueber die Betheiligung der Uterusschleimhaut bei der Vulvovaginitis gonorrhoica der Kinder. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 sept.) — Participation de la muqueuse utérine à la vulvo-vaginite blennorrhagique des petites filles.

Hodara (M.). Histologische Untersuchung über die Wirkung des Chrysarobins. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 janv. et 15 sept.) — Recherches histologiques sur les effets de la chrysarobine.

Katz (R.). Troubles de la parole observés dans deux cas de syphilis héréditaire (en russe). (*Vratch*, 9 sept.)

Liddell (J.). A case of lupus circumscriptus (nodularis). (*Brit. Journ. of Dermatol.*, sept.)

Matzenauer (R.). Ausfall der regionären Lymphdrüsenschwellung nach Excision des syphilitischen Primäraffectes. Zugleich ein Beitrag zur Frage: « Wann wird Syphilis constitutionell? » (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LII, 3.) — Absence d'adénite après excision du chancre.

Porges (F.). Ueber Dermatitis papillaris. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LII, 3.)

Respighi. Neuer Beitrag zur Hyperkeratosis centrifuga. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 sept.)

Shillitoe (A.). Note on a case of syphilis terminating in death. (*Ann. of Surgery*, juillet.) — Un cas de syphilis avec issue mortelle.

Unna (P.). Ueber die ätiologische Bedeutung der beim Ekzem gefundenen Kokken. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er sept.) — Du rôle étiologique des microcoques dans l'eczéma.

Zaffiro (A.). Toxidermie composte; tentativi di ricerche sull'uomo e sugli animali. (*Riforma med.*, 17, 18, 19 et 21 sept.)

CHIRURGIE

Avérous. Eclatement de la face produit à bout portant par coup de feu (fusil Lebel) tiré dans la région sus-hyoïdienne. (*Arch. de méd. navale*, juillet.)

Bergmann (von), **Bruns** (von) et **Mikulicz** (von). Handbuch der praktischen Chirurgie. 1. Band: Chirurgie des Kopfes. In-8°, 1120 p. avec fig. Stuttgart.

Berry (J.). Notes on 72 consecutive cases of removal of goitre by operation (extirpation or enucleation). (*Brit. Med. Journ.*, 7 juillet.)

Binnie (J. F.). A method of excision of the shoulder-joint. (*Ann. of Surgery*, août.) — Une méthode de désarticulation de l'épaule.

Blake (J.). The relative bearing of the conjoined tendon and the internal oblique muscle upon the radical cure of inguinal hernia. (*Med. Record*, 1er sept.) — Les rapports de l'insertion commune des fibres inférieures de l'oblique interne et du transverse de l'abdomen avec les résultats de la cure radicale des hernies inguinales.

Braun (H.). Stauungsblutungen nach Rumpfcompression. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVI, 1-2.) — Hémorrhagies par stase sanguine à la suite de la compression du tronc.

Calot (F.). Les maladies qu'on soigne à Berck. In-12, 443 p.

Cassanello (R.). Sulla patogenesi del lipoma arborescente delle guaine tendinee. (*Clinica moderna*, 4, 11 et 18 juillet.)

Domela-Nieuwenhuis (Th.). Ueber die retrobulbäre Chirurgie der Orbita. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 2 et 3.)

Dumont (F.). Zur Cocainisirung des Rückenmarkes. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er oct.) — Deux cas de cocaïnisation de la moelle.

Duret (H.). Leçons de clinique chirurgicale. In-8°, 190 p.

Eccles (W. McAdam). Hernia: etiology, symptoms, treatment. In-8°, 246 p. Londres.

Fiore (G.). Sull'uso dei fili d'oro nell'operazione radicale dell'ernia inguinale; contributo clinico. (*Riforma med.*, 28 août.)

Göbell (R.). Ueber intraparietale Leistenbrüche. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LVI, 1-2.) — Des hernies inguinales intrapariétales.

Hägler (C. S.). Händereinigung, Händedesinfektion und Händeschutz. Eine experimentelle und kritische Studie. In-8°, 211 p. avec fig. Bâle. — Purification, désinfection et protection des mains.

Herrera Vegas (M.) et **Aguilar** (D.). Sobre trasplantación de tendones. (*Rev. de la Soc. méd. argentina*, août.)

Julié. Note sur la cure radicale de l'ongle incarné; nouveau procédé économique. (*Loire méd.*, sept.)

Kalischer (O.). Die Urogenitalmuskulatur des Dammes mit besonderer Berücksichtigung des Harnblasenverschlusses. In-8°, 184 p. avec fig. Berlin. — La musculature du périnée.

Keetley (C. B.). Orthopædic surgery: a handbook. In-8°, 558 p. Londres.

Kouznetzov (M.). Recherches cliniques et expérimentales sur la cure de l'ascite dans la cirrhose du foie par la suture du grand épiploon à la paroi abdominale antérieure (en russe). (*Vratch*, 5 et 12 août.)

Kramer (S.). On the influence of anæsthesia on the effect produced on the circulation and respiration by irritation of a sensory nerve. (*Ann. of Surgery*, sept.)

Lacroix (F.). Des résultats mécaniques du décubitus dorsal sur le plan horizontal employé pour le traitement du mal de Pott. In-8°, 70 p. avec fig. A. Coccoz.

Lanz (O.). Castration oder Resection des Nebenhodens bei Epididymitis tuberculosa? (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 5-6.) — Doit-on pratiquer la castration ou la simple résection de l'épididyme pour épididymite tuberculeuse?

Le Moniet. Luxations irréductibles: luxation du coude en arrière, résection; luxation sous-astragalienne oblique en avant et en dehors, extirpation. (*Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, IX, 2.)

Levi (E.). Du traitement de l'ulcère de jambe par l'incision circulaire des téguments autour de la plaie (en russe). (*Vratch*, 26 août.)

Maselli (E.). Ferita penetrante nel ventricolo sinistro del cuore; sutura; contributo alla tecnica operativa. (*Supplem. al Policlinico*, 25 août.)

OPHTALMOLOGIE

Angelucci (A.). Gli effetti della simpatectomia e la sua applicazione nella cura del glaucoma. (*Riforma med.*, 15 sept.)

Aubaret (E.). Sur une série de scotomes par éclipse solaire; scotoma helieclipticum. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 1er juillet.)

Aubineau (E.). Blessure radiaire de l'iris par contusion. (*Gaz. méd. de Nantes*, 8 sept.)

Bourgeois. Quatre traumatismes intéressants. (*Ann. d'oculist.*, août.)

Jacqueau. La double hémianopsie homonyme. (*Lyon méd.*, 23 sept.)

Liepmann (H.) et **Kalmus** (E.). Ueber eine Augenmaassstörung bei Hemianopikern. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 17 sept.) — Sur un trouble de la perception visuelle des dimensions dans l'hémianopsie.

Nicolaï. Sur la théorie de l'accommodation de Tscherning. (*Ann. d'oculist.*, août.)

Parinaud (H.). Les troubles oculaires dans l'hystérie. (*Ann. d'oculist.*, juillet et sept.)

Puech (A.) et **Fromaget** (C.). Précis d'ophtalmologie journalière. In-18, 368 p. avec fig.

Schmidt-Rimpler (H.). Ueber Kalkverletzungen der Augen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 3 sept.) — Des brûlures de l'œil avec la chaux vive.

Senn (A.) et **Spirig**. Zur Aetiologie der chronischen sogen. idiopathischen Iridochoroiditis. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er sept.)

Trombetta (E.). Il nistagmo; nuova teoria patogenetica e nuovo metodo di cura. (*Clinica moderna*, 2, 8, 15, 22 et 29 août.)

Valude (E.). Des opérations sur l'orbite par la voie temporale (opération de Krönlein). (*Ann. d'oculist.*, août.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Ajello (A.). Sulla tubercolosi primitiva del collo dell'utero; studio clinico ed anatomo-patologico. (*Riforma med.*, 31 août, 1er et 3 sept.)

Andérodias (J.). Manifestations cardio-pulmonaires de la grippe pendant la grossesse. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 23 et 30 sept.)

Bar (P.). Leçons de pathologie obstétricale. 1er fasc. In-8°, 208 p. avec fig.

Commandeur. De la mobilisation de la tête fœtale à la fin de la grossesse chez les primipares, sous l'influence de la réplétion vésicale. (*Province méd.*, 22 sept.)

Cullen (T. S.). Cancer of the uterus: its pathology, symptomatology, diagnosis, treatment: pathology of diseases of the endometrium. In-8°, 710 p. avec fig. Londres.

Davidsohn (G.). Zur Kenntnis der Scheidendrüsen und der aus ihnen hervorgehenden Cysten. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXI, 2.) — Des glandes vaginales et des kystes auxquels elles donnent naissance.

Demelin (L. A.). Revues et mémoires d'obstétrique. In-8°, 904 p. avec fig.

Dolganov (V.). Un cas d'écoulement menstruel par le vagin et par la peau des paupières de l'œil gauche (en russe). (*Vratch*, 9 sept.)

Gottschalk (S.). Zur abdominalen Uretero-Cysto-Anastomosis bei Ureter-Genitalfisteln. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.)

Hofmeier (M.). Zur Verhütung des Kindbettfiebers. (*Münch. med. Wochensch.*, 11 sept.) — Sur la prophylaxie de la fièvre puerpérale.

Krevet. Retention einer in der normalen Gebärmutter am richtigen Ende der Schwangerschaft abgestorbenen Frucht bis zum 344. Tage. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXI, 2.) — Rétention pendant trois cent quarante-quatre jours d'un fœtus mort à terme dans un utérus normal.

Merttens (J.). Ueber Chorea und Leukaemie als Indication zur Einleitung des künstlichen Aborts. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.) — La chorée et la leucémie comme indication de l'avortement provoqué.

Modlinsky (P.). Péritonite par perforation consécutive à un coït trois mois après une hystéro-ovariectomie vaginale (en russe). (*Vratch*, 26 août.)

Nijhoff (G. C.). Over den invloed van gezonde en zieke ovaria op het organisme. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 14 juillet.)

Parodi (F.). Modificazioni ed alterazioni istologiche del rene nella gravidanza. (*Arch. ital. di ginecologia*, juin.)

Pazzi (M.). L'aborto interno; studio clinico-istologico con analisi storico-critico-bibliografica del « partus nullus » tanto nella specie umana quanto nei bruti. In-8°, 160 p. avec fig. Bologne.

Pobedinsky (N.). Zur Frage über die Behandlung der durch Myome des Uterus complicirten Schwangerschaft und Geburt. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.) — De la conduite à tenir dans les cas de grossesse et d'accouchement compliqués par l'existence de fibromyomes utérins.

20e ANNÉE. — N° 45. Vingt centimes le numéro. 31 OCTOBRE 1900.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Étranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Adolf Löwy, privatdocent de physiologie.

Faculté de médecine de Gratz. — M. le docteur Otto Barnick est nommé privatdocent d'otologie.

Faculté de médecine de Marbourg. — M. le docteur Ludwig Bach, privatdocent à la Faculté de médecine de Wurtzbourg, est nommé professeur ordinaire d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Moscou. — Sont nommés privatdocenten : MM. les docteurs P. Ouskov (*médecine interne*); V. Sykov (*chirurgie*).

Faculté de médecine de Parme. — M. le docteur Cesare Cattaneo, privatdocent à la Faculté de médecine de Padoue, est nommé privatdocent de pédiatrie.

Faculté allemande de médecine de Prague. — M. le docteur Hermann Schloffer est nommé privatdocent de chirurgie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE TOULOUSE

Amigues (E.). Contribution à l'étude du rachitisme tardif (étude clinique et pathogénique).

Baget (J.). Hépatoptose totale et hépatopexie totale.

Baillon (A.). Des chlorhydrates de quinine comme sels de choix.

Baïtcheff (J.). Considérations sur diverses causes de déterminisme dans le crime.

Béroff (D.). Etude clinique sur dix-huit observations d'épithélioma de la langue.

Bonsirven (H.). Contribution à l'étude des ostéomyélites typhoïdiques.

Bournaret (A.). De l'action de la lumière sur les bactéries.

Cassagne (A.). Contribution à l'étude du chancre simple ano-rectal.

Chadefaux (O.). Contribution à l'étude du traitement de l'ostéo-arthrite tuberculeuse fongueuse.

Cloupet (A.). Contribution à l'étude clinique des fonctions rénales à l'aide de la phloridzine.

Combarel (A.). Contribution à l'étude de quelques variétés cliniques de l'ulcère de l'estomac.

Coquaud (G.). De l'assistance médicale gratuite (notes et réflexions).

Dalbès (E.). Contribution à l'étude des abcès sous-phréniques.

Doméjean (J.). De la rectite blennorrhagique.

Dupin de Lafforcade (E.). Contribution à l'étude des liquides d'œdèmes.

Dupuy (P.). Du rôle de la vératrine dans les empoisonnements criminels.

Durban (H.). Statistique du service de la diphtérie à la clinique infantile de Toulouse du 1er novembre 1894 au 1er août 1900.

Fau (F.). Du céphalœmatome dans les présentations du siège.

Fédou (L.). Contribution à l'étude des hémorrhagies intestinales au cours de l'urémie.

Frézières (J.). Contribution à l'étude des cataractes traumatiques.

Galtier (A.). Des fistules vésicales persistantes consécutives à la taille sus-pubienne.

Garcie (I.). La tuberculose du système nerveux.

Giscard (J.). Essai sur le cancer primitif de l'appendice et sur ses rapports avec l'appendicite.

Gouret (L.). L'histoire de la psychiatrie (considérations sur les imperfections de l'assistance des aliénés).

Laguens (J.). De l'épistaxis.

Lamole (J.). Contribution à l'étude des abcès blennorrhagiques de la prostate et de leur traitement.

Larquier (J.). La fièvre typhoïde à l'asile d'aliénés de Braqueville (1897-1899).

Lebhar (E.). Contribution à l'étude clinique des arthropathies tabétiques.

Leloup (A.). Contribution à l'étude du diabète oxalurique.

Louët (M.). Mérycisme et dégénérescence.

Menvielle (J.). Etude sur le poison des flèches.

Parrot (J.). Aperçus critiques sur le traitement des maladies mentales dans les asiles publics d'aliénés.

Péré (V.). Les courbures latérales normales du rachis humain.

Portet (J.). Les microbes de la viande; leur rôle dans les intoxications alimentaires.

Prat-Carrabin (J.). De l'utilité du sérum artificiel dans les infections et de son emploi systématique dans la fièvre typhoïde sous forme d'entéroclyse.

Rascol (P.). De la mort subite dans la pleurésie à épanchements moyens.

Sarraute (A.). Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la tuberculose du testicule.

Soual (J.). Recherches sur l'urine des syphilitiques.

Stoïanoff (D.). Recherches sur la structure des voies biliaires chez le chien.

Verniolle (L.). Contribution à l'étude de l'intoxication aiguë par le sulfure de carbone.

Vial (Frédéric). Traitement des angiomes par l'électrolyse.

Vial (Joseph). Essai sur la perforation du crâne par les sarcomes qui évoluent dans l'orbite.

Vialle (F.). Contribution à l'étude de la transmissibilité de la fièvre aphteuse des animaux à l'homme.

Vivès (M.). Contribution à l'étude des néphrites graves de la période secondaire de la syphilis.

Zlataroff (A.). Etude sur la valeur séméiologique de quelques réflexes cutanés et muqueux.

MÉDECINE

André (Ch.). Un cas de pneumonie récidivante avec herpès confluent de la face. (*Province méd.*, 6 oct.)

Baïmakov (N.). De la pathogénie de l'atrophie jaune aiguë du foie (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, août)

Brodier (L.). Deux cas d'hémiplégie urémique avec autopsie. (*Arch. gén. de méd.*, oct.)

Cantani (A.). Sulle anchilosi della colonna vertebrale. (*Policlinico*, 1er août et 1er sept.)

Croner (W.). Ueber die Beziehungen zwischen Diabetes mellitus und Tabes dorsualis. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 1-4.) — Des rapports existant entre le diabète et le tabes.

Gérard (G.). De la persistance simple du canal artériel; étiologie, physiologie pathologique et symptomatologique. (*Rev. de méd.*, août et oct.)

Herschell (G.). La constipation habituelle et son traitement. (Trad. de l'anglais par M. Cohendy.) In-18, 94 p. avec fig.

Joslin (E.). Internal hydrocephalus following cerebro-spinal meningitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Le Noir (P.) et **Leven** (G.). Kyste hydatique évacué par l'intestin; ictère par rétention; avortement spontané; fièvre à grandes oscillations durant quarante jours; guérison. (*Arch. gén. de méd.*, oct.)

Mathieu (A.). Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin. In-8°, 1,000 p. avec fig.

Reale (E.). Ricerca delle piccole quantità di zucchero nell'urina e nei liquidi organici in generale; dimostrazione della glucosuria fisiologica; nota preventiva. (*Riforma med.*, 16 oct.)

Rostoski (O.). Untersuchungen über die Lage des Magens bei Chlorotischen. (*Münch. med. Wochensch.*, 2 oct.) — Recherches sur la position de l'estomac chez les chlorotiques.

Schlesinger (H.). Die Bewegungsphänomene in der Mund- und Rachenhöhle bei Insufficienz der Aortenklappen. (*Wien. klin. Wochensch.*, 4 oct.) — Le pouls intrabuccal et pharyngien dans l'insuffisance aortique.

Strauch. Aneurysma cordis; anatomisch-klinische Studie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 1-4.)

Supino (R.). Sul meccanismo di formazione del primo tono del cuore. (*Riforma med.*, 6 et 8 oct.)

Tsypkine (S.). Des auto-intoxications d'origine gastro-intestinale (en russe). (*Méd. Obozr.*, sept.)

MALADIES INFECTIEUSES

Barth (E.). Zur Pathologie und Therapie des Unterleibstyphus. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XLI, 1-4.) — Pathologie et traitement de la fièvre typhoïde.

Celli (A.). Malaria; according to new researches. (Trad. de l'italien par J. J. Eyre.) In-8°, 300 p. avec fig. Londres.

Conradi (H.). Bemerkungen zu einem Fall von multipler typhöser Periostitis. (*Deutsche med. Wochensch.*, 27 sept.)

Courmont (J.) et **Montagard** (V.). La mononucléose de la variole chez l'enfant et chez l'adulte. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Etienne (G.). Evolution de la fièvre typhoïde dans le cours de la syphilis active. (*Arch. gén. de méd.*, sept.)

Kruse (W.). Ueber die Ruhr als Volkskrankheit und ihren Erreger. (*Deutsche med. Wochensch.*, 4 oct.) — De la dysenterie endémique et de son agent pathogène.

Lie (H. P.) et **Looft** (C.). Om en liden epidemi af cerebrospinalmeningit i Bergen 1ste halvaar af 1900. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, oct.)

Mannini (C.). Sulla peritonite da propagazione dall'intestino nel corso della febbre tifoidea. (*Riforma med.*, 11, 12, 13 et 14 sept.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Bechterev (V. von). Les voies de conduction du cerveau et de la moelle. (Trad. de l'allemand par C. Bonne.) In-8°, 860 p. avec fig.

Boeri (G.) et **Simonelli** (L.). Sui disturbi della respirazione negli emiplegici. (*Gazz. degli Osped.*, 7 oct.)

Féré (Ch.). Hystérie et goitre exophtalmique alternes. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, sept.-oct.)

Mönkemöller (O.) et **Kaplan** (L.). Eine neue Methode der Fixirung von Fussspuren zum Studium des Ganges. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er sept.) — Sur un nouveau procédé d'enregistrement de la trace des pieds pour l'étude de la marche.

Mott (F. W.). The Croonian lectures on the degeneration of the neurone. In-8°, 118 p. avec fig. Londres. J. Bale and Danielsson.

Näcke (P.). Ueber einige makroskopische Gehirnbefunde bei männlichen Paralytikern. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVII, 5.) — Sur quelques lésions macroscopiques du cerveau chez les paralytiques généraux du sexe masculin.

Nery (M.). As psychoses icteroides. (*Brazil-medico*, 8 juillet.)

Oulmont (P.). Thérapeutique des névroses. 2e éd. In-18, 350 p.

Sano (F.). Contribution à l'étude de la pathologie de la cellule pyramidale et des localisations motrices dans le télencéphale. (*Journ. de neurol.*, 20 juin et 20 août.)

Séglas (J.). La démence paranoïde. (*Ann. médico-psychol.*, sept.-oct.)

Soukhanoff (S.) et **Geier** (F.). Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de l'histopathologie de la paralysie générale. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, sept.-oct.)

Vire (J.). Un cas d'hémosialémèse guéri par la suggestion. (*Province méd.*, 29 sept.)

Vysin (V.). O progressivni svalové atrofii. (*Casopis lékaru ceskych*, 23 et 30 juin, 7 et 14 juillet.) — L'atrophie musculaire progressive.

Williamson (R.). The clinical forms and pathological anatomy of spinal syphilis. (*Edinburgh Med. Journ.*, oct.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Combes (Ch.). Sur un cas d'hématidrose du cuir chevelu. In-8°, 16 p. Toulouse.

Donato (S.). Della tubercolosi verrucosa della cute; studio clinico ed istologico. (*Riforma med.*, 1er, 2, 3 et 4 oct.)

Dore (S.). Cutaneous affections occurring in the course of Graves's disease. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, oct.)

Drasche (A.), **Weiss** (J.) et **Brestowski** (A.). Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften : Venerische und Hautkrankheiten. In-8°, 860 p. Teschen. — Bibliothèque des sciences médicales : maladies cutanées et vénériennes.

Dufour. Erythème papuleux généralisé compliquant une lymphadénie ganglionnaire généralisée. (*Clinique*, 22 sept.)

Ivanov (V.). Ueber Hautsarcome. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIII, 2-3.) — Des sarcomes de la peau.

Ledermann (R.). Therapeutisches Vademecum der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 2e éd. In-8°, 246 p. avec fig. Berlin. O. Coblentz. — Manuel de thérapeutique des maladies cutanées et vénériennes.

Marschalkó (Th. von). Zur Kenntnis der multiplen Hautmyome. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er oct.) — Des fibromyomes multiples de la peau.

Montgomery (D.). A disease caused by a fungus: the protozoic dermatitis of Rixford and Gilchrist. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, oct.)

Simonelli (F.). Sullo sviluppo dell'ulcera molle e del bubone venereo in relazione con le stagioni; nota clinico-statistica. (*Riforma med.*, 13 et 15 oct.)

CHIRURGIE

Gangolphe (M.). Précis d'opérations d'urgence. In-18, 450 p. avec fig.

Helferich (H.). Atlas-manuel des fractures et luxations. (Trad. de l'allemand par P. Delbet.) 2e éd. In-16, 448 p. avec fig.

Jaboulay. Chirurgie du grand sympathique et du corps thyroïde (les différents goitres). In-8°, 360 p. avec fig.

Lagrange (F.). De l'ostéome de l'orbite. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 oct.)

Mikhaïlovsky (D.). La chirurgie à l'hôpital de Philippopoli pendant les années 1897-1899 (en bulgare). In-8°, 157 p. Sofia.

Morris (H.). Aneurysm of the renal artery. (*Lancet*, 6 oct.)

Okada (W.). Diagnose und Chirurgie des otogenen Kleinhirnabscesses. In-8°, 140 p. avec fig. Iéna. — Diagnostic et traitement chirurgical des abcès du cervelet d'origine otique.

Parlavecchio (G.). Ulteriore modificazione al processo proprio di cura radicale dell'ernia crurale. (*Policlinico*, 15 juin.)

Patel. Observation d'ostéomyélite aiguë de l'occipital. (*Province méd.*, 29 sept.)

Phelps (A.). The Phelps operation for hernia and method of closure of abdominal wounds. (*Med. Record*, 22 sept.)

Phocas et Griès. Rapport annuel sur le fonctionnement du service chirurgical au sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer. (*Nord méd.*, 1er oct.)

Rabassa Roig (A.). Absceso cerebral de origen traumático; evacuación expontánea por la caja del timpano; curación. (*Rev. balear de cienc. méd.*, 10 juin.)

Redard. Traité pratique des déviations de la colonne vertébrale. In-8°, 467 p. avec fig.

Redier (J.). Traité théorique et pratique de la carie dentaire. In-8°, 344 p.

Roncali (D.). Sopra un caso di epitelioma della mammella del maschio. (*Supplem. al Policlinico*, 13 oct.)

Sykoff (W.). Zur Frage der Knochenplastik am Unterkiefer. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 1er sept.) — De l'autoplastie osseuse à la mâchoire inférieure.

Tribondeau. Notes sur l'éléphantiasis du membre supérieur. (*Arch. de méd. navale*, août.)

UROLOGIE

Casper. Zur Pathologie und Therapie der Blasentuberkulose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 11 et 18 oct.) — Pathologie et traitement de la tuberculose de la vessie.

Claude (H.) et **Balthazard** (V.). Cryoscopie des urines dans les maladies des reins. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Colin (G.). Examen et massage de la prostate et des vésicules séminales; technique; indications; valeur diagnostique et thérapeutique. (*Rev. internat. de méd. et de chir.*, 25 juillet et 10 août.)

Curschmann. Ueber Cystitis typhosa. (*Münch. med. Wochensch.*, 16 oct.)

Noguès (P.). Notice sur l'organisation et le fonctionnement de la clinique des voies urinaires de la Faculté de médecine de Paris. In-4°, 39 p.

Pernice (L.). Ueber die Uretero-cysto-neostomie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept.)

Porosz (M.). Störungen der Harnentleerung. (*Wien. med. Wochensch.*, 8, 15, 22 et 29 sept., 6 et 13 oct.) — Les troubles de la miction.

Thumim (L.). Ureter-Doppelbildung und Ligatur in der Blase in cystoskopisch-photographischer Darstellung. (*Monatsb. über die Krankh. des Harn-u. Sexual-Apparates*, V, 10.) — Reproduction photographique d'images cystoscopiques relatives à un cas de dédoublement de l'uretère et de ligature intravésicale.

OPHTALMOLOGIE

Bourgeois (A.). Précis de thérapeutique oculaire usuelle, suivi de notions pratiques d'électrothérapie oculaire. 3e éd. In-18, 135 p.

Consalvo (G.). Su di un'epidemia di congiuntivite pneumococcica; ricerche cliniche, batteriologiche e sperimentali. (*Gazz. degli Osped.*, 30 sept.)

Dodd (H.). Bilateral resection of the superior cervical ganglion of the sympathetic for glaucoma. (*Lancet*, 13 oct.)

Gradle (H.). Scrofulous keratitis; observations on its etiology, and its treatment, especially by salicylate of sodium. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 11 août.)

Katz (R.). De l'action bienfaisante exercée par la lumière sur les yeux fatigués (en russe). (*Vratch*, 5 août.)

May (C. H.). Manual of diseases of the eye. In-8°, 422 p. avec fig. Londres.

Ovio (J.). Sur la nutrition du cristallin. (*Ann. d'oculist.*, août.)

Ziem (C.). Zur Lehre vom Trachom. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 et 18 oct.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Demelin (L.). Obstétrique d'urgence (suivie des laparotomies d'urgence pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, par E. Rochard et L. Demelin). In-18, 380 p. avec fig.

Gottschalk (S.). Zur Aetiologie der Uterusmyome. (*Samml. klin. Vorträge von Volkmann*, 275.)

Heinricius (G.). Ein Fall von Ovarialtumor, Hämatometra und Hämatokolpos bei Uterus bicornis unicollis rudimentarius und Vagina rudimentaria. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, oct.)

Kelly (H.). The evolution of my technique in the treatment of fibroid uterine tumors. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, sept.)

Poten (W.) et **Vassmer** (W.). Beginnendes Syncytiom mit Metastasen, beobachtet bei Blasenmolenschwangerschaft. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXI, 2.) — Syncytiome à la période de début avec métastases dans un cas de grossesse molaire.

Spinelli (P.). Primi tentativi di chirurgia conservatrice nei fibromiomi dell'utero. (*Arch. ital. di ginecologia*, juin.)

Thoma (R.). Ueber die Entstehung der falschen Knoten der Nabelschnur nebst Bemerkungen über die Bulbi und Varicen der Nabelgefässe. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXI, 1.) — Sur la production des faux nœuds du cordon et sur les sinus et les varices des vaisseaux funiculaires.

Van der Hoeven (P.). Een en ander over den oorsprong van de mola hydatidosa en het Z. G. deciduoma malignum. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 25 août.)

Voorhees (J.). Dilatation of the cervix by means of a modified Champetier de Ribes balloon. (*Med. Record*, 8 sept.)

Waldstein (E.). Ueber die Erfolge der operativen Behandlung des Gebärmutterkrebses. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXI, 1.) — Résultats du traitement opératoire du cancer de l'utérus.

Youriane (P.). Shock respiratoire et cardiaque consécutif au curettage utérin (en russe). (*Méd. Obozr.*, août.)

PÉDIATRIE

Borde. Grands accidents du sérum antidiphtérique; emploi de la morphine à hautes doses. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 7 et 14 oct.)

Bovaird (D.). Primary splenomegaly; endothelial hyperplasia of the spleen; two cases in children; autopsy and morphological examination in one. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.) — Deux observations de splénomégalie primitive par hyperplasie endothéliale chez l'enfant, avec autopsie dans un cas.

Budin (P.). Le nourrisson (alimentation et hygiène); enfants débiles; enfants nés avant terme. In-8°, 394 p. avec fig.

Fedele (N.). Un caso di gravissima erisipela in un bambino di sedici mesi, curata colle iniezioni ipodermiche di acido fenico, lontano dal focolaio d'infezione; guarigione. (*Pediatria*, sept.)

Freund (W.). Die Sterblichkeit der hereditärluetischen Säuglinge. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, fasc. suppl.) — La mortalité des nourrissons hérédo syphilitiques.

Looft (C.). Des souffles accidentels du cœur chez les petits enfants. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, oct.)

Moro (E.). Ueber « Staphylokokkenenteritis der Brustkinder ». (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, fasc. suppl.) — De l'entérite staphylococcique des enfants nourris au sein.

Neumann (H.). Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten. Briefe an einen jungen Arzt. 2e éd. In-8°, 373 p. Berlin. — Lettres à un jeune médecin sur la thérapeutique infantile.

Nicholson (W.). Report of a case of melæna neonatorum due apparently to an infection by the bacillus pyocyaneus. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, oct.)

Nolen (W.). Hysterie bij kinderen. In-8°, 79 p. Leyde. — L'hystérie infantile.

Passini (F.). Ueber den normalen Grosszehenreflex bei Kindern. (*Wien. klin. Wochensch.*, 11 oct.) — Sur le phénomène des orteils chez les enfants sains.

Szontagh (F. von). Ein Fall von eigenthümlicher Erkrankung nach Anwendung des Diphtherieheilserums. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVIII, 5-6.) — Troubles insolites dus à l'injection de sérum antidiphtérique.

Zweifel (P.). Aetiologie, Prophylaxis und Therapie der Rhachitis. In-8°, 188 p. Leipzig.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Arnozan (X.). Précis de thérapeutique. T. Ier : généralités; thérapeutique des maladies infectieuses et des maladies de la nutrition. In-18, 558 p.

Federici (N.). Fenoloterapia e sieroterapia nella cura della pustola carbonchiosa. (*Riforma med.*, 9 et 10 oct.)

Krämer (C.). Die Zimmtsäure und die Leucocytose in der Behandlung der Tuberculose. (*Therap. Monatsh.*, sept.) — L'acide cinnamique dans le traitement de la tuberculose.

Laborde (E.). De l'alimentation sous-cutanée par les matières albuminoïdes. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, sept.)

Loomis (H.). Some personal observations on the effects of intrapleural injections of nitrogen gas in tuberculosis. (*Med. Record*, 29 sept.)

Mouillé (J.). Sur une injection intraveineuse de gélatine et les accidents consécutifs. (*Gaz. méd. de Nantes*, 20 oct.)

Roussel (J.). La morue et l'huile de foie de morue. In-8°, 112 p.

Sadoul. Note sur le traitement sénégalais de la fièvre jaune. (*Arch. de méd. navale*, août.)

Vidal (E.). L'opothérapie entérique dans l'occlusion intestinale (étude expérimentale et clinique). (*Rev de chir.*, oct.)

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Adler (H.). Ein halbes Jahrtausend. Festschrift, anlässlich des 500jährigen Bestandes der Acta facultatis medicae Vindobonensis herausgegeben vom Wiener medicinischen Doctorencollegium. In-8°, 208 p. avec fig. Vienne.

Caton (R.). Temples and ritual of Asklepios at Epidauros and Athens. 2e éd. In-8°, 47 p. avec fig. Londres.

Hamonic (P.). La chirurgie et la médecine d'autrefois, d'après une première série d'instruments anciens renfermés dans mes collections [avec appendice]. In-8°, 195 p. avec fig. A. Maloine.

Lemerle (L.). Notice sur l'histoire de l'art dentaire depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, suivie du catalogue de l'exposition rétrospective de l'art dentaire organisé par l'Ecole dentaire de Paris à l'Exposition universelle de 1900. In-8°, 223 p. avec fig.

Marcuse (J.). Hydrotherapie im Altertum; eine historisch-medicinische Studie. In-8°, 44 p. Stuttgart. — L'hydrothérapie dans l'antiquité.

Payne (J. F.). Thomas Sydenham. In-8°, 280 p. Londres.

20e ANNÉE. — N° 46. Vingt centimes le numéro. 7 NOVEMBRE 1900.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

VARIA

Les différences dans la mortalité de la peste suivant les pays.

Au cours de l'année dernière, nous avons fait ressortir, à propos de l'épidémie de peste de Madagascar, la variabilité de la mortalité pesteuse suivant les races (Voir *Semaine Médicale*, 1899, Annexes, p. XCIV). Si l'on compare les cas de cette maladie avec les décès pendant une même période aux Indes, en Chine, en Egypte et en Angleterre, on trouve également une différence considérable.

Tandis que tous les cas de peste qui se sont produits à Calcutta, à Hong-Kong et à Alexandrie aux dates ci-dessous indiquées étaient mortels, comme le montre le tableau suivant :

Calcutta.		
Du 20 au 26 août........	51 cas	51 décès.
Du 27 août au 2 septembre...	50 —	49 —
Du 3 au 9 septembre........	24 —	24 —
Hong-Kong.		
Du 28 août au 3 septembre...	5 —	5 —
Du 4 au 10 septembre...	1 —	1 —
Du 11 au 17 —	5 —	5 —
Alexandrie.		
Du 29 août au 4 septembre...	3 —	3 —

ce n'est guère plus de la moitié des cas qui ont eu une issue fatale à Bombay. Ainsi :

Du 19 au 25 août........	88 cas	52 décès.
Du 26 août au 1er septembre	164 —	72 —
Du 2 au 8 septembre......	171 —	95 —

Enfin, la mortalité n'a atteint que le tiers des cas à Glasgow, puisque sur 31 pestiférés on a compté 11 décès.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

PHYSIOLOGIE

Grasset (H.). Le transformisme médical; l'évolution physiologique (thérapeutique rationnelle). In-18, 550 p.

Hoche (A.). Ueber Reizungsversuche am Rückenmarke von Enthaupteten. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 28 mai.) — Effets de l'excitation de la moelle chez les décapités.

Koch (E.). Zwei Stoffwechselversuche über die Wirkung der Oelklystiere. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1er oct.) — Deux expériences relatives à l'action exercée par les lavements huileux sur les échanges intra-organiques.

Langlois (J.-P.) et **Varigny** (H. de). Nouveaux éléments de physiologie. 2e éd. In-18, 916 p. avec fig.

Laulanié (F.). Eléments de physiologie. 2e fasc. : fonctions de nutrition (sécrétions, excrétions, sécrétions internes, fonction antitoxique). In-8o, p. 393 à 620, avec fig. Asselin et Houzeau.

Ranke (K. E.). Ueber die Einwirkung des Tropenklimas auf die Ernährung des Menschen, auf Grund von Versuchen im tropischen und subtropischen Südamerika dargestellt. In-8o, 95 p. Berlin. — Influence des climats tropicaux sur la nutrition.

Ricerche di fisiologia e di scienze affini dedicate al prof. Luigi Luciani nel venticinquesimo anno del suo insegnamento. In-4o, 400 p. Milan.

Sitzungsberichte der Gesellschaft für Morphologie und Physiologie in München (1899). In-8o, 160 p. Munich. — Comptes rendus des séances de la Société de morphologie et de physiologie de Munich.

Stewart (G. N.). Manual of physiology; practical exercises. 4e éd. In-8o, 894 p. avec fig. Londres.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

De Witt (Lydia M.). Myositis ossificans, with a report of 2 cases. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, sept.)

Poynton (F.). A study of the heart-wall in diphtheria, rheumatic fever, and chorea. (*Lancet*, 12 mai.) — Les lésions des parois du cœur dans la diphtérie, le rhumatisme aigu et la chorée de Sydenham.

Sano. Lésions anatomo-pathologiques de la rage chez l'homme et chez les animaux. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. d'Anvers*, avril 1899 et mars-avril.)

Schittenhelm (A.). Ueber Bronchitis fibrinosa mit besonderer Berücksichtigung der pathologischen Verhältnisse der Lunge. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVII, 3-4.) — Des lésions pulmonaires dans la bronchite fibrineuse.

Vittadini (A.). I corpuscoli del Löwit nella leucemia. (*Gazz. degli Osped.*, 27 mai.)

Walbaum (O.). Das Ependym der Hirnventrikel bei tuberkulöser Meningitis. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLX, 1.) — Sur l'état de l'épendyme ventriculaire dans la méningite tuberculeuse.

Zusch (O.). Ein Beitrag zur Lehre von den multiplen Fibromen und ihrer Beziehung zu den Neurofibromen. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLX, 2.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bellucci (O.). Le modificazioni del ricambio azotato nella trasfusione nervosa (organoterapia). (*Gazz. degli Osped.*, 14 oct.)

Giannettasio (N.). Contributo alla fisiopatologia del fegato; la secrezione biliare nei cani operati di fistola d'Eck. (*Policlinico*, 15 sept.)

Lapinsky (M.). Ueber acute ischämische Lähmung nebst Bemerkungen über die Veränderungen der Nerven bei acuter Ischämie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 5-6.) — De la paralysie ischémique aiguë et des altérations nerveuses dans l'ischémie aiguë.

Mouraïev (B.). Recherches expérimentales sur les effets de l'inoculation de la tuberculose des mammifères aux pigeons (en russe). (*Vratch*, 6 mai.)

Probst (M.). Experimentelle Untersuchungen über die Anatomie und Physiologie des Sehhügels. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, mai.) — Anatomie et physiologie des couches optiques.

Prus (J.). Ueber die Wiederbelebung in Todesfällen in Folge von Erstickung, Chloroformvergiftung und elektrischem Schlage. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 et 24 mai.) — Sur les moyens à employer contre la mort apparente due à l'asphyxie, à l'intoxication chloroformique et à la décharge électrique.

Wassermann (A.). Ueber neue Versuche auf dem Gebiete der Serumtherapie. (*Deutsche med. Wochensch.*, 3 mai.) — Recherches expérimentales sur un nouveau procédé sérothérapique.

MÉDECINE

Jacobson (O.). Zur Behandlung von Bronchialerkrankungen durch Lagerung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 8 oct.) — La méthode de Quincke dans le traitement de certaines affections des bronches.

Schulze-Vellinghausen (A.). Beitrag zur Kenntnis des primären Endothelkrebses der Pleura. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 mai.) — Du cancer endothélial primitif de la plèvre.

Steell (G.). Physical signs of pulmonary disease. 2e éd. In-8o, 100 p. Londres.

Strauss (H.). Zur Pathologie der Bronchitis fibrinosa chronica; nebst Bemerkungen über das färberische Verhalten der Charcot-Leydenschen Krystalle. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 mai.)

Tallqvist (T.). Ein einfaches Verfahren zur direkten Schätzung der Färbestärke des Blutes. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 1-2.) — Méthode pratique d'évaluation directe de la quantité d'hémoglobine du sang.

Talma (S.). Zur Untersuchung der Säuresecretion des Magens. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 mai.) — Examen de la sécrétion chlorhydrique de l'estomac.

Triboulet (H.) et **Coyon** (A.). Le rhumatisme articulaire aigu en bactériologie. In-16, 96 p. avec fig.

Vermel (C.). De l'asthme bronchique (en russe). (*Méd. Obozr.*, mai.)

Virchow (R.) et **Posner** (C.). Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin (1899). T. Ier, 1re partie. In-8o, 231 p. Berlin. — Compte rendu sur les progrès réalisés en médecine pendant l'année 1899.

Westphalen (H.). Ueber die chronische Obstipation : Die chronische atonische Obstipation. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VI, 2.)

Wilcox (R.). Senile bronchitis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Zunz (E.). Deux nouveaux procédés de dosage de l'acide urique. (*Journ. méd. de Bruxelles*, 31 mai.)

MALADIES INFECTIEUSES

Isleño (F.). Observaciones clínicas sobre la peste bubónica en el Rosario. (*Thèse de Buénos-Ayres.*)

Koch (R.). Dritter Bericht über die Thätigkeit der Malaria-Expedition. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 avril et 3 mai.) — Troisième rapport sur les travaux de la mission pour l'étude de la malaria.

Köhler (F.). Ergebnisse mit der Gruber-Widal'schen Reaction; ein Beitrag zur Agglutinationslehre. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVII, 3-4.)

Montagnon. Un cas de rougeole à forme anormale; hémoptysie et éruption retardée. (*Loire méd.*, mai.)

Nägeli (O.). Die Leukocyten beim Typhus abdominalis. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVII, 3-4.)

Pearse (T.). Observations on the epidemiology of plague. (*Lancet*, 5 mai.) — Sur l'épidémiologie de la peste.

Remlinger (P.). Recherches sur la mort dans la fièvre typhoïde, particulièrement sur la mort subite. (*Bull. de l'hôpital civil français de Tunis*, août-sept.)

Starck (von). Zur Beeinflussung des Varicellenausschlags durch Hautreize. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, fasc. suppl.) — Influence des irritations cutanées sur l'éruption de la varicelle.

Tartaro (G.). La diazoreazione dell'Ehrlich; osservazioni cliniche in condotta sopra scarlattina, rosolia, tifo e malaria. (*Rassegna internaz. della med. mod.*, 1er juin.)

Tatusescu (D.). Doue casuri de influenta (gripa) cu eruptiuni eritemo-urticariene urmate de lesiuni trofice. (*Spitalul*, 15 juin.)

Terni (C.). Lymphatite e peste bubonica. (*Brazil-medico*, 15 et 22 juin et 1er juillet.)

Thalmann. Zur Aetiologie des Tetanus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIII, 3.)

Trétrôp (E.). Le choléra d'Anvers. (*Echo méd. du Nord*, 13 mai.)

Van der Scheer (A.) et **Berdenis van Berlekom.** Malaria en muskieten in Zeeland. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 6 oct.)

Viannay (Ch.). Deux cas de brièveté extrême de l'immunité vaccinale. (*Lyon méd.*, 14 oct.)

Zaudy. Ein Fall von Rotz. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 mai.) — Un cas de morve.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Hösel (O.). Beiträge zur Markscheidenentwicklung im Gehirn und in der Medulla oblongata des Menschen. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, sept. 1899; avril et mai.) — Du développement des gaines myéliniques dans le cerveau et dans le bulbe.

Huguier (A.) et **Bernard** (H.). Syndrome de Brown-Séquard consécutif à un traumatisme médullaire, et suivi de guérison rapide. (*Rev. neurol.*, 30 avril.)

Jacquin (G.). Du sérum artificiel en psychiatrie. (*Ann. médico-psychol.*, mai-juin.)

König (W.). Ueber Lues als ätiologisches Moment bei cerebraler Kinderlähmung. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er avril.) — La syphilis comme facteur étiologique de la paralysie cérébrale infantile.

Krafft-Ebing (R. von). Ueber infantile familiäre spastische Spinalparalyse. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 1-2.)

Libertini (G.). L'inibizione nelle malattie mentali; studio clinico e sperimentale. In-8o, 80 p. Naples.

Liepmann (H.). Ein Fall von Echolalie. Beitrag zur Lehre von den localisirten Atrophieen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mai.)

Marchetti (G.) et **Dal Borgo** (P.). Ricerche sulla sensibilità elettrica della pelle a scopo diagnostico. (*Arch. ital. di med. interna*, III, 1-2.)

Menz (E.). Ein Fall von cerebraler Kinderlähmung mit wechselständiger Abducensparalyse. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 mai.) — Un cas de paralysie cérébrale infantile avec paralysie alterne des nerfs moteurs oculaires externes.

Meyer (E.). Ein Fall von systematischer Erkrankung der Seitenstränge bei Carcinose, klinisch unter dem Bild der spastischen Spinalparalyse verlaufend. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVI, 5-6.) — Lésions systématisées des cordons latéraux chez un cancéreux, évoluant comme une paralysie spinale spasmodique.

Mongeri (L.). Contributo allo studio della etiologia della paralisi progressiva. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 1.)

Monin (E.). Les névropathes; hygiène et traitement des névroses. In-18, 400 p.

Nawratzki (E.). Ein Fall von Sensibilitätsstörung im Gebiete des Nervus cutaneus femoris externus mit pathologisch-anatomischem Befunde. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 1-2.) — Troubles de la sensibilité dans le territoire du nerf fémoral cutané externe; autopsie.

Pick (A.). Ueber eine psychisch bedingte Störung der Defäcation. (*Wien. klin. Wochensch.*, 17 mai.) — Trouble de la défécation d'origine psychique.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Ravenel (M.). Three cases of tuberculosis of the skin due to inoculation with the bovine tubercle bacillus. (*Proceed. of the Pathol. Soc. of Philadelphia*, oct.) — Trois cas de tuberculose de la peau chez l'homme, due à l'inoculation de bacilles de la tuberculose bovine.

Rouslov (I.). Traitement de la furonculose par l'usage interne du soufre (en russe). (*Méd. Obozr.*, sept.)

Schischa (A.). Zur Anatomie der Scabies, nebst Beitrag zur Histologie der Hornschicht. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LIII, 2-3.) — Recherches histologiques sur les lésions cutanées provoquées par la gale.

Valence (A.). De la névrite radiographique. (*Arch. de méd. navale*, sept.)

CHIRURGIE

Helferich. Die Gastrostomie als Hülfsoperation vor den Operationen am Pharynx und Oesophagus. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 3-4.) — La gastrostomie comme intervention préparatoire dans les opérations pratiquées sur le pharynx et l'œsophage.

Hoffa (A.). Technik der Massage. 3e éd. In-8o, 88 p. avec fig. Stuttgart.

Keen (W.) et **Spiller** (W.). A case of multiple neuro-fibromata of the ulnar nerve. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, mai.)

Kocher (A.). Eine Methode früher Radicaloperation bei Perityphlitis. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 avril.)

Linser. Ueber einen Fall von Sarkom der Haut mit ungewöhnlich starker Schrumpfung. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVI, 3.) — Sarcome de la peau ayant subi une involution insolite.

Luksch (L.). Zur Technik der keilförmigen Osteotomie der Tibia (Meyer-Schede). (*Wien. klin. Wochensch.*, 3 mai.) — Technique de l'ostéotomie cunéiforme du tibia.

Mouchet (A.). Les fractures du col du radius. (*Rev. de chir.*, mai.)

Muscatello (G.) et **Gangitano** (C.). Sulla cancrena gassosa; terza comunicazione. (*Riforma med.*, 21, 22 et 23 mai.)

Nösske (H.). Eosinophile Zellen im Knochenmark, insbesondere bei chirurgischen Infectionskrankheiten und Geschwülsten. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 3-4.) — Cellules éosinophiles dans la moelle osseuse, notamment chez les sujets atteints d'infections chirurgicales ou de tumeurs.

Patel (M.). De la conservation de la mortaise tibio-péronière et de l'absence de suture osseuse dans les amputations partielles du pied (procédé de Jaboulay). (*Lyon méd.*, 13 mai.)

Perthes (G.). Ueber « Druckstauung ». (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 3-4.) — De la stase veineuse par compression du thorax.

Quénu. Plaies du rectum. (*Rev. de chir.*, mai.)

Richardson (M.). Two cases of œsophageal diverticulum, with remarks. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Rindone Lo Re (S.). Contributo alla sintomatologia della frattura di Colles. (*Gazz. internazion. di med. prat.*, 15 juillet.)

Rohn (E.). Ueber Aethylchloridnarkose. (*Prag. med. Wochensch.*, 24 mai.)

Salomoni (A.). Sutura delle arterie. (*Gazz. degli Osped.*, 15 juillet.)

UROLOGIE

Martel (L.). Traitement des rétentions d'urine dues au spasme de l'appareil sphinctérien de l'urèthre, par les injections intra-uréthrales de solution de cocaïne. (*Loire méd.*, mai.)

Predtetschensky (W.). Ein Fall europäischer Chylurie. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 1-2.)

Rochet (V.). Chirurgie du rein et de l'uretère; indications; manuel opératoire. In-8o, 367 p. avec fig.

Tanago (M. G.). Beitrag zum Studium der Harninfection und insbesondere zur Aetiologie und zur Behandlung der Cystitis. (*Monatsb. über die Krankh. des Harn-und Sexual-Apparates*, V, 4 et 5.) — Recherches sur l'infection urinaire, notamment sur l'étiologie et le traitement de la cystite.

Vvedensky (A.). L'uréthrotomie externe par le procédé de Henry Morris comparée aux autres méthodes de cure opératoire de l'imperméabilité de l'urèthre (en russe). (*Méd. Obozr.*, mai.)

OPHTALMOLOGIE

Fridenberg (P.). Ophthalmic patient: Manual of therapeutics and nursing in eye disease. In-8o, 322 p. Londres.

Goldzieher (W.). Therapie der Augenkrankheiten. 2e éd. 2e partie. In-8o, p. 241 à 480, Leipzig. — Traitement des maladies des yeux.

Klein (S.). Gibt es eine « Amblyopia ex anopsia »? (*Wien. med. Wochensch.*, 12 mai.) — Existe-t-il une amblyopie par anopsie?

Lagrange (F.). Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de l'orbite. (*Ann. d'oculist.*, mai.)

Pisenti (G.). Cataracte familiale congénitale; influence de la consanguinité et de l'hérédité névropathique. (*Ann. d'oculist.*, mai.)

Rollet. La tumeur prélacrymale et son traitement. (*Ann. d'oculist.*, mai.)

Stärkle (A.). Ein Beitrag zur Therapie der Netzhautablösung. (*Thèse de Bâle.*) — Sur le traitement du décollement de la rétine.

Trantas (A.). Moyens d'explorer par l'ophtalmoscope — et par translucidité — la partie antérieure du fond oculaire, le cercle ciliaire y compris. (*Arch. d'ophtalmol.*, juin.)

Trousseau (A.). Valeur pronostique de l'iritis dans la syphilis. (*Ann. d'oculist.*, mai.)

Wessely (K.). Experimentelle Untersuchungen über Reizübertragung von einem Auge zum andern. (*Graefe's Arch. f. Ophthalmol.*, L, 1.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Fehling (H.). Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 2e éd. In-8o, 464 p. avec fig. Stuttgart. — Traité de gynécologie.

Fothergill (W. E.). Manual of midwifery. 2e éd. In-8o, 524 p. avec fig. Londres. — Manuel d'obstétrique.

Glitsch (R.). Zur Aetiologie der Tubenschwangerschaft. (*Arch. f. Gynäkol.*, LX, 3.) — Sur l'étiologie de la grossesse tubaire.

Glöckner (H.). Beiträge zur Lehre vom engen Becken: Die Kindslagen beim engen Becken. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 3.) — Recherches sur les bassins rétrécis.

Hofmeier (M.). Fibromyom und Schwangerschaft. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 3.) — Fibromyomes utérins et grossesse.

Hugounenq (L.). La statique minérale du fœtus humain pendant les cinq derniers mois de la grossesse [3e mémoire]. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Jardine (R.). The treatment of puerperal eclampsia by diuretic infusions, with a table of 22 cases. (*Brit. Med. Journ.*, 26 mai.)

Jung (Ph.). Beitrag zur Kraurosis vulvae. (*Deutsche med. Wochensch.*, 24 mai.)

Krebs. Beitrag zur Histologie und zum klinischen Verlaufe der Chorio-Epitheliome. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.)

Levin (E.). Ueber Herpes bei Frauen und seine Beziehungen zur Menstruation. (*Deutsche med. Wochensch.*, 26 avril et 3 mai.) — Herpès et menstruation.

Meyer (R.). Ueber Drüsen, Cysten und Adenome im Myometrium bei Erwachsenen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 3 et XLIII, 1 et 2.) — Des glandes, kystes et adénomes du tissu musculaire de l'utérus chez la femme adulte.

PÉDIATRIE

Berend (N.). Die Lage der Neugeborenen in Gebärhäusern und geburtshilflichen Kliniken. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVIII, 5-6.) — Des soins donnés aux nouveau-nés dans les maternités et les cliniques obstétricales.

Buchanan (L.). Optic neuritis in children; a clinical note. (*Edinburgh Med. Journ.*, mai.)

Callari (J.) et **Philippson** (L.). Ueber das sublinguale Fibrom der Säuglinge (sublinguale Production von Fede). (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 5.) — Du fibrome sous-lingual des nourrissons.

Cattaneo (C.). Terapia delle malattie dell'infanzia. In-12, 507 p. Milan. U. Hoepli.

Comba (C.). Untersuchungen über die Menge des Stickstoffgehaltes in der cerebro-spinalen Flüssigkeit der Kinder bei einigen Krankheiten. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVIII, 5-6.) — Sur la teneur en azote du liquide céphalorachidien chez des enfants atteints de certaines maladies.

Cozzolino (O.). Osservazioni cliniche ed urologiche sopra un caso di diabete insipido in un bambino di due mesi. (*Policlinico*, 1er mai.)

Finkelstein (H.). Ueber Nabelsepsis. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 5.) — Des infections septiques de l'ombilic.

François (N.). Observations de céphalœmatomes tardifs. (*Clinique*, 28 avril.)

Grätzer (E.). Vademecum für die Kinderpraxis. In-12, 382 p. Leipzig.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Deutschländer (C.). Ueber erworbenen Gehörgangsverschluss und dessen operative Behandlung. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 3-4.) — Traitement de l'occlusion du conduit auditif.

Eiras (F.). Da rhinite spasmodica periodica e a sua modalidade no Rio de Janeiro. (*Brazil-medico*, 1er août.)

Ferreri (G.). La cataforesi auricolare. (*Arch. ital. di otol.*, X, 1.)

Lichtwitz. De l'extrait aqueux de capsules surrénales comme adjuvant de l'anesthésie du larynx par la cocaïne. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 8 avril.)

HYGIÈNE

Abba (F.). Ueber die Nothwendigkeit, die Technik der bakteriologischen Wasseruntersuchung gleichförmiger zu gestalten. Experimente und Vorschläge. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIII, 3.) — Sur la nécessité d'adopter un procédé uniforme d'examen bactériologique des eaux.

Compte rendu médical de la Société de la Croix-Rouge russe pour combattre les épidémies dans le gouvernement de Simbirsk (en russe). In-8o, 180 p. Simbirsk.

Hansen (S.). Köbenhavns sundhedsvedtægt. In-8o, 238 p. Copenhague.

Jeanneret (A.). Vaccination esthétique. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai.)

Jourdan (G.). Législation sur les logements insalubres; traité pratique. 5e éd. In-8o, 564 p.

Lobedank (E.). Die Gesundheitspflege der Jugend im schulpflichtigen Alter. In-8o, 195 p. Strasbourg. — L'hygiène des enfants pendant la durée de la scolarité.

Magelssen (A.). Wetter und Krankheit. Specieller Teil, 3. Heft. In-8o, p. 49 à 73 avec fig. Christiania et Berlin. — L'influence des conditions météorologiques dans la production des maladies.

Nobiling (A.) et **Jankau** (L.). Handbuch der Prophylaxe. 1re partie. In-8o, L-324 p. Munich.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Binda (C.). Le reazioni microchimiche nell'avvelenamento per piombo. (*Giorn. di med. legale*, mai-juin.)

Guder. Gerichtliche Medicin, unter Berücksichtigung des bürgerlichen Gesetzbuches, des Unfall-Versicherungs- und des Alters- und Invaliditäts-Versicherungs-Gesetzes bearbeitet von P. Stolper. 2e éd. In-8o, 339 p. Leipzig. — Traité de médecine légale rédigé d'après le nouveau code civil allemand.

Moeli (C.). Ueber die vorübergehenden Zustände abnormen Bewusstseins in Folge von Alkoholvergiftung und über deren forensische Bedeutung. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVII, 2-3.) — Des troubles transitoires de la conscience dus à l'alcoolisme, au point de vue médico-légal.

Orlandi (V.). Il « pericolo di vita » in medicina legale. (*Giorn. per i medici periti giudiziali ed ufficiali sanitari*, IV, 3, 4, 5 et 6.)

Rieger (C.). Die Castration in rechtlicher, socialer und vitaler Hinsicht betrachtet. In-8o, XXXV-113 p. Iéna.

20e ANNÉE. — N° 47. Vingt centimes le numéro. 14 NOVEMBRE 1900.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Reims. — M. le docteur de Bovis, suppléant, est nommé professeur de clinique obstétricale.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Deroide, professeur de pharmacie à la Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur E. Janssens, ancien inspecteur en chef du service d'hygiène de la ville de Bruxelles et correspondant étranger de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur C. G. Gædeken, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Copenhague.

NOUVELLES

FRANCE

A la suite de l'affluence considérable de personnes venues de tous côtés pour visiter l'Exposition universelle de 1900, la ville de Paris se trouve actuellement menacée d'une épidémie de variole. La preuve que la maladie reconnaît cette origine découle d'une manière péremptoire du relevé statistique des causes de décès. En effet, la variole, qui n'avait causé que 4 décès dans le courant de l'année dernière et qui du 1er janvier 1900 à fin mai dernier n'avait donné lieu qu'à 15 décès, a pris quelque extension à partir du commencement du mois de juin, le nombre des cas et des décès augmentant de semaine en semaine à tel point que du 28 octobre au 3 novembre (44e semaine) on a compté 14 morts par variole. Le total des décès pendant les cinq premiers mois de cette année, alors que le nombre des voyageurs venus à Paris était pour ainsi dire normal, n'a été que de 15, tandis que la mortalité variolique pendant les cinq mois suivants (de juin à novembre), où l'Exposition battait son plein, s'est élevée exactement à 100.

En présence de cette situation, le préfet de police vient de faire apposer sur les murs de Paris des affiches signalant à la population le danger et les mesures prises par l'Administration pour le combattre (vaccinations et revaccinations gratuites).

AFRIQUE AUSTRALE

Un médecin des troupes allemandes du protectorat du Sud-Ouest africain, M. le docteur Kuhn, aurait trouvé un moyen curatif et préventif de la malaria. D'après les courts renseignements qui sont fournis à ce sujet, notre confrère a prélevé sur des chevaux atteints d'une épizootie locale un liquide organique qu'il a inoculé à des individus en plein accès de malaria. L'expérience a été faite aussi bien sur des Européens que sur des indigènes, et chez tous l'infection paludique a été transformée en l'espace de deux à six semaines en une maladie aiguë qui a guéri facilement sans médicaments d'aucune sorte. De plus, les personnes inoculées jouiraient d'une réelle immunité, puisqu'une cinquantaine d'indigènes ainsi traités depuis le commencement de 1899 n'ont pas eu d'accès de malaria, tandis que d'autres naturels non soumis à ce moyen ont fourni un grand nombre de cas de fièvre paludéenne.

ALLEMAGNE

Il y a un peu plus de deux ans, le gouvernement prussien décida qu'à partir du 1er octobre 1898 le diplôme de docteur en médecine ne serait plus délivré qu'à des candidats ayant déjà subi l'examen d'Etat, sauf autorisation spéciale du ministre dans quelques cas exceptionnels se rapportant soit à des nationaux, soit principalement à des étrangers (Voir *Semaine Médicale*, 1898, Annexes, p. LXXXV). L'année dernière, le ministre de l'instruction publique de Bavière prit une décision analogue (Voir *Semaine Médicale*, 1899, Annexes, p. LXXVIII). Depuis lors, des négociations ont eu lieu entre les divers Etats confédérés en vue d'étendre cette mesure à tout l'empire allemand et d'uniformiser ainsi le mode d'obtention du titre de docteur en médecine. Il y a eu entente complète, à la suite de laquelle le *Reichsanzeiger* (Moniteur de l'empire) a publié dernièrement dans sa partie officielle la convention conclue à cet effet et portant règlement pour la délivrance du diplôme de docteur en médecine. Les nouvelles dispositions sont applicables à partir de l'année scolaire 1900-1901; elles visent les nationaux et les étrangers.

Les étrangers qui n'auront pas reçu l'*ärztliche Approbation*, c'est-à-dire qui n'auront pas subi l'examen d'Etat, pourront obtenir le grade de docteur en médecine sous certaines conditions d'études, mais il va sans dire que n'étant pas *approbirt* ils ne seront pas autorisés à prendre le titre de médecin, pas plus d'ailleurs que les nationaux qui, exceptionnellement, se trouveraient dans les mêmes conditions.

Un point à noter de ce règlement est celui qui vise la publication semestrielle dans le *Reichsanzeiger* de la liste de tous les nouveaux docteurs en médecine avec des renseignements détaillés sur les études et les examens de chaque titulaire, le titre de la thèse (laquelle devient obligatoire et doit être imprimée) et les notes obtenues à l'examen de doctorat.

Il ne faudrait pas supposer, d'après ce qui précède, que, pour exercer la médecine en Allemagne, il fût nécessaire d'être pourvu du grade de docteur en médecine. Rien n'est changé à la loi sur la matière : dorénavant comme par le passé, l'*Approbation als Arzt für das Reichsgebiet* (examen d'Etat pour la médecine) est la seule condition qui permette la pratique; aussi le titre de *Arzt* (médecin) ou de *praktischer Arzt* (médecin-praticien) est-il exclusivement réservé à l'homme de l'art. Le doctorat en médecine est simplement un grade universitaire qui, précédemment, pouvait s'obtenir sans que le titulaire fût pourvu de l'*ärztliche Approbation*, d'où une certaine confusion entre le docteur en médecine et le médecin; désormais, le diplôme de docteur en médecine ne sera plus, d'une manière générale, délivré qu'à des médecins ayant subi avec succès l'examen professionnel dit examen d'Etat (*approbirte Aerzte*).

ESPAGNE

Par décret en date du 10 octobre 1900, la déclaration des maladies infectieuses est rendue obligatoire pour les médecins, qui devront avertir l'inspecteur médical de leur arrondissement de tous les cas tombés sous leur observation. Ce dernier a mission d'en informer les autorités locales, lesquelles auront à prendre les mesures nécessaires pour éviter la propagation de la maladie.

ITALIE

Les essais de protection contre la malaria effectués dans la campagne romaine ayant donné des résultats favorables, les Compagnies de chemins de fer ont décidé d'adapter des treillis métalliques aux diverses constructions élevées le long des voies. De son côté, la Société pour l'amélioration sanitaire des Marais Pontins munira les locaux destinés à ses ouvriers des mêmes moyens de protection. Enfin, la députation provinciale a voté les fonds nécessaires pour que les cantonniers provinciaux soient mis à l'abri des moustiques, et la Société pour l'étude de la malaria demandera au Parlement d'accorder une subvention pour généraliser l'application des moyens prophylactiques reconnus bons à la suite des premiers essais de protection dont nous avons rendu compte dans ce journal.

SAXE

Aux termes d'un arrêté du ministre de l'intérieur, les médecins doivent faire la déclaration de tous les cas de tuberculose pulmonaire ou laryngée arrivés à la période de cachexie, si le malade vient à changer de domicile ou s'il devient dangereux pour son entourage. Même déclaration doit être faite pour tout malade de ce genre soigné dans un établissement privé ou logé dans un hôtel ou pension.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

MÉDECINE

Barbo (A.). Ein Fall von Situs viscerum inversus completus, verbunden mit Aneurysma aortae dissecans. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 25 juin.)

Bard (L.). L'intersystole physiologique et les chevauchements pathologiques des systoles. (*Lyon méd.*, 20 et 27 mai.)

Barié (E.). Traité pratique des maladies du cœur et de l'aorte. In-8o, 984 p.

Bassi (G.). Di alcuni fatti clinici ed anatomici che caratterizzano la lesione organica della mitrale; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 10 juin.)

Beck (M.) et **Rabinowitsch** (Lydia). Ueber den Werth der Courmont'schen Serumreaction für die Frühdiagnose der Tuberculose. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 juin.) — Sur la valeur de la séroréaction de Courmont pour le diagnostic précoce de la tuberculose.

Benvenuti (E.) et **Baldacci** (G.). Sui rientramenti sistolici della punta del cuore. (*Riforma med.*, 1er, 2 et 4 juin.)

Bettmann. Ueber eine besondere Form des chronischen Ikterus. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 juin.) — Sur un cas d'ictère chronique avec splénomégalie.

Bock (H.). Die Messung der Stärke der Herztöne, ein diagnostisches Hilfsmittel. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 juin.) — La détermination de l'intensité des bruits du cœur comme moyen de diagnostic.

Brinckerhoff (W.). The pathology of azoturia; preliminary communication. (*Journ. of the Boston Soc. of Med. Scienc.*, mai.)

Brunon (R.). Tuberculose; essai de cure libre en Normandie. (*Rev. de méd.*, juillet.)

Bulletin de la Société médicale de l'Yonne (année 1899). T. XL. In-8o, 144 p. Auxerre.

Chatin (P.). De la péricardite brightique (étude pathogénique). (*Rev. de méd.*, juin.)

D'Allocco (O.). Contributo alla sarcomatosi sistematica midollare delle ossa (mielomi multipli). (*Riforma med.*, 16 et 18 juin.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Oltuszewski. Von dem Verhältnis der infantilen Cerebrallähmung zu verschiedenen Kategorien von Sprachstörungen. (*Therap. Monatsh.*, avril et mai.) — Rapports de la paralysie cérébrale infantile avec divers troubles de la parole.

Pélas (A.). Le repos au lit dans le traitement des aliénés. (*Ann. médico-psychol.*, mai-juin.)

Peli (G.). Sul centro cortico-cerebrale della sensibilità igrica. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 1.)

Riegel (W.). Ueber die springende Mydriasis. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 1-2.) — De la « mydriase à bascule ».

Schupfer (F.). Die senile und cardiovasale Epilepsie. (*Monatssch. f. Psychiatrie u. Neurol.*, avril et mai.)

Soca (F.). Sur un cas de sommeil prolongé pendant sept mois par tumeur de l'hypophyse. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril.)

Sokalsky (N.). L'état de l'appareil vasomoteur dans les maladies mentales aiguës. (*Ann. médico-psychol.*, mai-juin.)

Sollier (P.). De la localisation cérébrale des troubles hystériques. (*Rev. neurol.*, 15 fév. et 30 avril.)

Souques (A.). Double syndrome de Weber, suivi d'autopsie. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mars-avril.)

Surbled. La vie affective. In-16, 231 p.

Tiling (Th.). Die « moral insanity » beruht auf einem excessiv sanguinischen Temperament. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVII, 2-3.) — La « moral insanity » considérée comme un trouble dû à un tempérament ultra-sanguin.

Tonoli (G.). Della clinoterapia nelle malattie mentali. (*Boll. del Manicomio di Ferrara*, XXVIII, 1-2.) — Le repos au lit dans le traitement des maladies mentales.

Van Gehuchten (A.). Un cas d'épilepsie jacksonienne guérie par intervention opératoire. (*Journ. de neurol.*, 5 mai.)

Wagner (von). Ueber endemischen und sporadischen Cretinismus und dessen Behandlung. (*Wien. klin. Wochensch.*, 10 mai.)

Wood (H.). The plantar or toe reflex; Babinski's symptom. (*University Med. Magazine*, avril.)

Wreschner (A.). Eine experimentelle Studie über die Association in einem Falle von Idiotie. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVII, 2-3.) — Sur l'association des idées chez un idiot.

CHIRURGIE

Schanz (A.). Ueber die Bedeutung der portativen Apparate in der Scoliosenbehandlung. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 1.)

Schüle. Ueber die Differenz zwischen der Temperatur des Rectum und der Achselhöhle speciell bei der eitrigen Appendicitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er mai.) — Des différences entre la température du rectum et celle du creux axillaire, notamment dans l'appendicite suppurée.

Scuderi (F.). La batterioterapia nei tumori maligni inoperabili. (*Gazz. med. lombarda*, 10 juin.)

Sick (P.). Ueber Schusswunden im Burenkrieg. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 3-4.) — Des plaies par armes à feu au cours de la guerre du Transvaal.

Stein (S. von). Gefahrlose Trepanation des Schädels mittels eines neuen korbförmigen Protektors und eines neuen geknöpften Bohrers. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 12 mai.) — Un nouveau protecteur en forme de panier et un nouveau perforateur boutonné pour pratiquer sans danger la trépanation du crâne.

Steinbüchel (von). Ueber Nabelschnurbruch und Blasenbauchspalte mit Cloakenbildung von Seiten des Dünndarmes. (*Arch. f. Gynäkol.*, LX, 3.) — De la hernie du cordon ombilical et de la fissure vésico-abdominale avec formation d'un cloaque aux dépens de l'intestin grêle.

Tubby (A. H.). Appendicitis. In-8°, 98 p. Londres.

Vallas (M.). De l'ostéotomie médiane de l'os hyoïde comme moyen d'aborder le pharynx inférieur et la base de la langue. (*Rev. de chir.*, mai.)

Velo (G.). Adeno-carcinoma ostruente del piloro; pilorectomia e gastro-duodenostomia. (*Riv. veneta di scienze med.*, 15 fév.)

Vignolo (Q.). Contributo alla fisiopatologia delle varici degli arti inferiori; ricerche sulla pressione arteriosa sull'uomo. In-8°, 24 p. Milan.

Vogel (G.). Angeborene, glücklich operirte Meningocele und secundäre Hydrocephalie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.) — Méningocèle congénitale avec hydrocéphalie secondaire, opérée avec succès.

Wilson (G.). Report of a case of superficial bilateral gangrene with asymmetrical lesions. (*Ann. of Surgery*, mai.)

Winslow (R.). Complete external dislocation at the elbow. (*Ann. of Surgery*, mai.) — Luxation externe complète du coude.

Witzel (O.) et **Hofmann** (C.). Die Gastroenterostomosis, Gastrostomosis und ihre Verbindung zur Gastroenterostomosis externa. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10, 17 et 24 mai.)

PÉDIATRIE

Galli (P.). La febbre ganglionare è malattia autonoma? (*Gazz. med. di Torino*, 15 et 22 mars.)

Kraus (H.). Ueber die prophylactische Immunisirung kranker Kinder gegen Diphtherie. (*Prag. med. Wochensch.*, 10 et 17 mai.) — L'immunisation antidiphtérique des enfants hospitalisés pour d'autres maladies.

Michaelis (G.). Zwei Fälle angeborener Mikrocephalie. (*Münch. med. Wochensch.*, 1er mai.) — Deux cas de microcéphalie congénitale.

Monti (A.). Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Fac. 12. In-8°, p. 411 à 516. Vienne.

Phocas et **Boeldieu**. Tumeur blanche du genou chez l'enfant. In-8°, 193 p. avec planches.

Rothschild (H. de). L'œuvre philanthropique du lait. (*Revue philanthropique*, 10 mars.)

Theodor (F.). Ein Fall von progressiver perniciöser Anämie im Kindesalter. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVIII, 5-6.) — Anémie pernicieuse progressive chez un enfant.

Vallois (L.). Le nouveau-né; guide pratique pour les soins à lui donner. In-8°, 168 p. avec fig. Montpellier. Coulet et fils.

Vucetic (N.). Vaccina generalisata. (*Arch. f. Kinderheilk.*, XXVIII, 5-6.)

Winter (A.). Ueber Milchsterilisation. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 5.) — De la stérilisation du lait.

TÉRATOLOGIE

Féré (Ch.). Note sur l'embryotomie tératologique. (*Rev. de chir.*, mai.)

Font Monteros (J.). Un caso de focomelia ó ausencia congénita de la región digital derecha. (*Rev. balear de cienc. méd.*, 10 sept.)

Kriwsky (L.). Ein Fall von Bauch-Blasen-Schambeinspalte mit Verdrehung der unteren Extremitäten. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, mai.) — Fissure abdomino-vésico-pubienne avec torsion des membres inférieurs.

Préobrajensky (V.). Hernies ombilicales (en russe). (*Journ. akouch. i jénsk. boliézn.*, fév. et mars.)

Schatz (F.). Die Gefässverbindungen der Placentakreisläufe eineiiger Zwillinge; ihre Entwicklung und ihre Folgen : Die Acardii und ihre Verwandten. (*Arch. f. Gynäkol.*, LVIII, 1 et LX, 1, 2 et 3.) — Les communications vasculaires des circulations placentaires des jumeaux monovitellins; leur développement et leurs conséquences.

Steinborn. Ein Fall von Brustdrüse am Oberschenkel. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 mai.) — Glande mammaire aberrante à la cuisse.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Ferreri (G.). Sulla diagnosi della tubercolosi nelle suppurazioni croniche dell'orecchio. (*Arch. ital. di otol.*, X, 2.)

Radtzig (P.). Des otites grippales (en russe). (*Méd. Obozr.*, mai.)

Rimini (E.). Otite media acuta; leptomeningite purulenta; epicrisi del caso. (*Arch. ital. di otol.*, X, 2.)

Rivet. De la paralysie faciale dans les suppurations de l'oreille. (*Gaz. méd. de Nantes*, 5 mai.)

Rogers (J.). Postdiphtheritic stenosis of the larynx (retained intubation instruments and retained tracheal canulæ). (*Ann. of Surgery*, mai.)

Struycken (H. J.). Een hulpmiddel bij het sondeeren van den sinus frontalis. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 7 juillet.)

HYGIÈNE

Obermüller. Ueber neuere Untersuchungen, das Vorkommen echter Tuberkuloseerreger in der Milch und den Molkereiprodukten betreffend. (*Hyg. Rundschau*, 17.) — Les bacilles de la tuberculose dans le lait.

Oesterreichische Statistik. LV. Band, 1. Heft : Statistik des Sanitätswesens für das Jahr 1897. In-4°, XXXIV-253 p. Vienne. — Statistique sanitaire de l'Autriche pour l'année 1897.

Papadakis (A.). Mortalité en Grèce par suite de tuberculose et d'autres maladies contagieuses. In-8°, 29 p. Athènes.

Petruschky (J.). Vorträge zur Tuberkulose-Bekämpfung. In-8°, 104 p. Leipzig. F. Leineweber. — La prophylaxie de la tuberculose.

Sticker (G.). Gesundheit und Erziehung. In-8°, 238 p. Giessen. J. Ricker. — La santé et l'éducation.

Vergleichung der Geburten-und Sterbefall-Zahlen aus 74 Städten und sonstigen grösseren Wohnorten deutscher Zunge (bearbeitet im statistischen Amte der Stadt München). In-4°, 12 p. Munich. — Statistique comparée des naissances et des décès de soixante-quatorze villes appartenant à des pays de langue allemande.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Bruns (von). Ueber die Behandlung inficirter Wunden mit Wasserstoffsuperoxyd. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 7 mai.) — Du traitement des plaies infectées par l'eau oxygénée.

Massini (R.). Pharmacopoea policlinices Basiliensis. In-12, 211 p. Bâle.

Sehrwald. Alkoholumschläge bei peritonitischen Erscheinungen. (*Therap. Monatsh.*, mai.) — Effets favorables des compresses alcoolisées dans un cas de péritonite.

Solis-Cohen (S.). The use of adrenal substance in the treatment of asthma. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 12 mai.) — L'opothérapie surrénale contre l'asthme.

Strubell (A.). Ein neuer Beitrag zur Therapie des Milzbrandes. (*Münch. med. Wochensch.*, 8 mai.) — Traitement du charbon par les injections phéniquées et les cataplasmes chauds.

BACTÉRIOLOGIE

Ficker (M.). Wachstum der Tuberkelbacillen auf sauren Gehirnnährböden. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 20 avril et 4 mai.) — Croissance des bacilles de la tuberculose sur un milieu acide de substance cérébrale.

Hinterberger (A.). Eine Modification des Geisselfärbungsverfahrens nach Van Ermengem. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 4 mai.) — Une modification du procédé de Van Ermengem pour la coloration des flagella.

Kuntze (W.). Ein Beitrag zur Kenntnis der Bedingungen der Farbstoffbildung des Bacillus prodigiosus. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIV, 1.) — Sur la formation du pigment par le bacillus prodigiosus.

Luzzatto (A.). Zur pathogenetischen Bedeutung des Pseudoinfluenzabacillus im Kindesalter. (*Wien. med. Wochensch.*, 19 mai.) — Rôle pathogène du pseudo-bacille de l'influenza chez les enfants.

Mayer (G.). Zur histologischen Differential-Diagnose der säurefesten Bakterien aus der Tuberculose-Gruppe. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLX, 2.)

Nakanishi (K.). Beiträge zur Kenntnis der Leukocyten und Bacteriensporen. (*Münch. med. Wochensch.*, 15 mai.) — Recherches sur les leucocytes et sur les spores des bactéries.

Rodella (A.). Experimenteller Beitrag zur Serumreaktion bei Proteus vulgaris. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 4 mai.)

Rothberger (C.). Ueber Agglutination des Bacterium coli. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIV, 1.)

Sames (Th.). Zur Kenntnis der bei höherer Temperatur wachsenden Bakterien- und Streptothrixarten. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIII, 3.) — Recherches sur les bactéries et les streptothrix se développant à une température élevée.

Siegel. Untersuchungen über die Aetiologie der acuten Exantheme. (*Deutsche med. Wochensch.*, 10 mai.)

Symes (J. O.). Bacteriology of everyday practice. In-8°, 90 p. Londres.

Vincenzi (L.). Ueber die Aetiologie einer otitischen Leptomeningitis. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 4 mai.)

GÉNÉRALITÉS

Annales de l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille (année 1899). In-8°, 295 p. avec fig.

Association de la presse médicale française; historique; statuts et commissions; liste générale des membres et des journaux. In-18, 48 p.

Boyce (R.) et **Sherrington** (C. S.). The Thompson Yates laboratories report. Vol. II : Reprints and reports (1898-1899). In-4°, 265 p. avec fig. Liverpool.

Bullrich (A.) et **Martinez** (A.-B.). Annuaire statistique de la ville de Buénos-Ayres (9e année, 1899). In-8°, 330 p. Buénos-Ayres.

Encyclopædia medica. Vol. IV : Foot-hernia. In-8°, 540 p. Londres.

Grimm (F.). Aerztliche Beobachtungen auf Yezo von 1887-1892. Ein Beitrag zur medizinischen Geographie Ostasiens. In-8°, 107 p. avec fig. Berlin.

Hoven (T.). Annuaire de statistique démographique et médicale de la ville de Liège (2e année, 1899). In-8°, 92 p. avec tableaux. Liège.

Köppe (H.). Physikalische Chemie in der Medicin. In-8°, 170 p. avec fig. Vienne.

Marois (R.). Guide pratique de l'assistance médicale gratuite [en France]; répertoire de la législation et des instructions ministérielles et préfectorales. In-8°, 398 p. Auch.

Mathot. Les fumisteries de la salle de garde. In-18, 240 p. avec fig.

Neisser (A.). Stereoskopischer medicinischer Atlas. Sammlung photographischer Bilder aus dem Gesammtgebiete der klinischen Medicin, der Anatomie und der pathologischen Anatomie. Fasc. 33 à 36. In-12, 48 planches avec texte explicatif. Cassel.

Saint-Aubert (G. de). L'assurance contre l'invalidité et la vieillesse en Allemagne. In-8°, 154 p.

Sery (A.). Une léproserie de Nevers : Saint-Lazare-lès-Nevers. In-8°, 20 p. Nevers.

Vasiliu (C.). Raport stiintific al urbei si spitalului comunal Ploesci pe anul 1899. In-8°, 54 p. Ploesci.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Breslau. — M. le docteur Martin Thiemich est nommé privatdocent de pédiatrie.

Faculté de médecine de Naples. — M. le docteur Giulio Ascoli est nommé privatdocent de chimie médicale.

Faculté de médecine de Tubingue. — M. le docteur Bernhard Honsell est nommé privatdocent de chirurgie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Luigi Acconci, professeur extraordinaire d'obstétrique à la Faculté de médecine de Gênes. — M. le professeur Georg Stetter, privatdocent de chirurgie et d'otologie à la Faculté de médecine de Königsberg. — MM. les docteurs Alfred William Hughes, professeur d'anatomie à King's College et William Anderson, lecteur de chirurgie à St. Thomas's Hospital Medical School de Londres. — M. le docteur F. J. B. Quinlan, professeur de matière médicale et de pharmacie à l'Université catholique de Dublin. — M. le docteur Moses C. White, ancien professeur d'anatomie pathologique à Yale Medical School de New-Haven. — M le docteur Antonio Ferreira França, ancien professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

PHYSIOLOGIE

Alezais, Arnaud, Livon et **Marcellin.** Travaux de physiologie expérimentale (1894-1898). In-8°, 125 p. avec fig.

Basch (von). Ein Pulsfühlhebel für meinen Sphygmomanometer nebst Bemerkungen über einige Methoden der Blutdruckmessung am Menschen. (*Wien. med. Presse,* 17 juin.) — Sur un appareil transmetteur du pouls adapté au sphygmomanomètre de von Basch et sur quelques méthodes de mensuration de la pression sanguine chez l'homme.

Chanoz (M.) et **Doyon** (M.). Action des basses températures sur la coagulabilité du sang et du lait et le pouvoir coagulant de la présure. (*Lyon méd.,* 10 juin.)

Cleghorn (A.). The physiological effects and the nature of extracts of sympathetic ganglia. (*Journ. of the Boston Soc. of Med. Scienc.,* mai.)

Moreigne (H.). Action du salicylate de soude sur la nutrition et en particulier sur la sécrétion biliaire. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.,* mai.)

Pugliese (A.) et **Luzzatti** (T.). Contributo alla fisiologia della milza : milza e veleni ematici. (*Arch. per le scienze med.,* XXIV, 1.) — Recherches physiologiques sur la rate dans ses rapports avec les poisons du sang.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Audry (Ch.). Ueber einige Einzelheiten der Struktur des syphilitischen Hodens. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.,* 1er juin.) — De quelques particularités de structure du testicule syphilitique.

Ballowitz (E.). Ueber Kern-Arrosion und Kern-Fensterung unter dem Einflusse der Zellsphäre. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.,* CLX, 3.)

Crowder (T.). A contribution to the pathology of chronic hyperplastic tuberculosis of the cæcum, based upon the study of 2 cases, in one of which carcinoma of the cæcum coexisted. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.,* juin.)

Davidsohn (C.). Fragmentation der elastischen Fasern. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.,* CLX, 3.) — Fragmentation des fibres élastiques.

Ehrlich (P.) et **Lazarus** (A.). Histology of the blood : normal and pathological. (Trad. de l'allemand par W. Myers.) In-8°, 230 p. Londres. — Histologie du sang.

Glockner (A.). Ueber locales, tumorförmiges Amyloid des Larynx, der Trachea und der grossen Bronchien mit dadurch bedingter Laryngo-Tracheostenose. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.,* CLX, 3.)

Grandis (V.) et **Mainini** (C.). Delle alterazioni che il rachitismo determina nei processi metabolici della cartilagine epifisaria. (*Arch. per le scienze med.,* XXIV, 1.)

Herzog (M.) et **Lewis** (D.). Embryonal renal adenosarcoma. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.,* juin.)

Jacobsthal (H.). Zur Histologie der Arteriennaht. (*Beiträge z. klin. Chir.,* XXVII, 1.) — Recherches histologiques sur la suture artérielle.

London (E.). Sur les corpuscules centraux dans les cellules sexuelles et sarcomateuses. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg,* VIII, 1.)

Motta Coco (A.). Contributo allo studio dei focolai obsoleti e degli indurimenti polmonari cronici. (*Gazz. degli Osped.,* 17 juin.)

Nägeli (O.). Ueber Häufigkeit, Localisation und Ausheilung der Tuberculose, nach 500 Sectionen des zürcherischen pathologischen Instituts. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.,* CLX, 2.) — Fréquence, localisation et curabilité de la tuberculose, d'après les résultats de 500 autopsies pratiquées à l'Institut pathologique de Zurich.

Selberg (F.). Das maligne Adenom. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.,* CLX, 3.)

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Auché (B.) et **Chavannaz** (G.). Lésions déterminées chez le lapin par les injections intrapéritonéales du contenu des kystes de l'ovaire. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.,* mai.)

Babes (V.). Bemerkungen über die Beeinflussung der Hundswut durch Injektion von normaler Nervensubstanz und über Wuttoxine. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.,* 4 mai.) — Les injections de substance nerveuse normale contre la rage; les toxines rabiques.

Buchbinder (H.). Experimentelle Untersuchungen am lebenden Thier- und Menschendarm. Ein Beitrag zur Physiologie, Pathologie und Bakteriologie des Darms. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.,* LV, 5-6.) — Recherches physiologiques, pathologiques et bactériologiques *in vivo* sur l'intestin de l'homme et des animaux.

Carvallo (J.). Influence de la température sur la fatigue des nerfs moteurs de la grenouille. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.,* juillet.)

Kanel (W.). Zur Frage über die Regeneration des Ovarialgewebes; vorläufige Mitteilung. (*St. Petersb. med. Wochensch.,* 27 mai.) — Recherches expérimentales sur la régénération du tissu de l'ovaire.

Kraus (R.). Besitzt die Galle Lyssavirus schädigende Eigenschaften? (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.,* XXXIV, 1.) — La bile est-elle douée de propriétés destructives à l'égard du virus rabique?

Krchivetz (J.-V.). De l'élimination d'azote et d'acide phosphorique au cours de l'inanition complète soit simple, soit accompagnée d'excitation douloureuse. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg,* VIII, 1.)

Maragliano (E.). Contributo sperimentale alla conoscenza della tossiemia tubercolare. (*Gazz. degli Osped.,* 24 juin.)

Torri (O.). La tiroide nei morbi infettivi; ricerche anatomo-patologiche e sperimentali. (*Policlinico,* 15 mars, 15 avril et 15 mai.)

MÉDECINE

D'Amato (L.) et **Villari** (P.). Sulla presenza dei globuli rossi colorabili a fresco col bleu di metilene nel sangue degl'individui sani e malati. (*Riv. critica di clinica medica,* 28 juillet et 4 août.)

Drasche. Zur Erkenntnis der Embolie in der Pulmonalarterie. (*Wien. klin. Wochensch.,* 7 juin.) — Du diagnostic de l'embolie de l'artère pulmonaire.

Edlefsen. Eine neue Harn-und Zuckerprobe; vorläufige weitere Mitteilungen. (*Münch. med. Wochensch.,* 12 juin.) — Sur un nouveau procédé d'examen des urines et de recherche du sucre.

Einhorn (M.). The occurrence of mould in the stomach and its probable significance. (*Med. Record,* 16 juin.) — De la présence de moisissures dans l'estomac.

Friedmann (F.). Ein Beitrag zur Symptomatologie der Alterssklerose; ein bemerkenswerthes Phänomen bei der Auscultation der Aorta descendens. (*Wien. klin. Wochensch.,* 21 juin.) — Sur un phénomène perçu à l'auscultation de l'aorte descendante chez les artérioscléreux.

Gilbert (A.) et **Weil** (E.). De la tuberculisation secondaire des ganglions néoplasiques. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.,* mai.)

Grandhomme (F.). Ueber Tumoren des vorderen Mediastinums und ihre Beziehungen zu der Thymusdrüse. In-8°, 47 p. Darmstadt. — Les tumeurs du médiastin antérieur et leurs rapports avec le thymus.

Grasset. Cirrhose atrophique du foie d'origine toxi-alimentaire, avec grosse rate et ascite, sans alcoolisme. (*Nouveau Montpellier méd.,* 18 et 25 mars, 1er, 8, 15, 22 et 29 avril.)

Gumprecht (F.). Gefahren der Lumbalpunction, plötzliche Todesfälle danach. (*Deutsche med. Wochensch.,* 14 juin.) — Troubles et cas de mort subite consécutifs à la ponction lombaire.

Guttentag. Ein Fall von idiopathischer Erweiterung des Oesophagus im unteren Abschnitt. (*Münch. med. Wochensch.,* 5 juin.) — Dilatation idiopathique du segment inférieur de l'œsophage.

Guttmann (I.). Consideratiuni asupra cancerului pulmonar. (*Spitalul,* 15 mai.)

Henkel (M.). Ein Fall von geheilter Meningitis cerebrospinalis tuberculosa. (*Münch. med. Wochensch.,* 5 juin.) — Guérison d'une méningite cérébro-spinale tuberculeuse.

Hertoghe (E.). Die Rolle der Schilddrüse bei Stillstand und Hemmung des Wachstums und der Entwicklung und der chronische gutartige Hypothyreoidismus. (Trad. du français par J. H. Spiegelberg.) In-8°, 69 p. avec fig. Munich. J. F. Lehmann. — Rôle du corps thyroïde dans les arrêts et retards de la croissance; hypothyroïdie bénigne chronique.

Hirschfeld (F.). Zur Prognose der Glykosurie und des Diabetes. (*Berlin. klin. Wochensch.,* 17 et 25 juin.)

Holzknecht (G.). Zum radiographischen Verhalten pathologischer Processe der Brustaorta. (*Wien. klin. Wochensch.,* 21 juin.) — Examen radiographique dans quelques états morbides de l'aorte thoracique.

Honigmann (G.). Zur Kasuistik seltener Formen von Blutbrechen. (*Zeitsch. f. prakt. Aerzte,* 25 mai.) — Une forme rare d'hématémèse.

Hugounenq (L.). Contribution à l'étude du coma diabétique. (*Lyon méd.,* 3 juin.)

Hun (H.). Primary simple acute endocarditis; a clinical observation. (*Albany Med. Annals,* juin.)

Kahane (M.). Grundriss der inneren Medicin. In-8°, 810 p. avec fig. Vienne. Fr. Deuticke.

Klippel (M.) et **Trenaunay** (P.). Du nævus variqueux ostéo-hypertrophique. (*Arch. gén. de méd.,* juin.)

MALADIES INFECTIEUSES

Bogoraz (N.). Erysipèle récidivant de la face et éruptions d'herpès à localisation insolite d'origine malarique (en russe). (*Vratch,* 3 juin.)

Clemow (F.). The incubation period of plague. (*Lancet,* 26 mai.) — La période d'incubation de la peste.

Cobbett (L.). Has antitoxine reduced the death rate from diphtheria in our large towns? (*Edinburgh Med. Journ.,* juin.) — L'usage du sérum antidiphtérique a-t-il diminué la mortalité par diphtérie dans les grandes villes?

Courmont (P.). Courbes agglutinantes chez les typhiques; applications au séro-pronostic. (*Rev. de méd.,* avril et juin.)

Crespin (J.-C.). La fièvre typhoïde dans les pays chauds (régions prétropicales, Algérie). In-8°, 192 p. avec fig.

Ehrhardt (J.). Die Hundswuth; ihre Verbreitung und Bekämpfung. In-8°, 87 p. avec fig. Aarau. — La rage; sa diffusion et les moyens de la combattre.

Etienne (G.). Le traitement sérothérapique du tétanos. (*Rev. méd. de l'Est,* 1er sept.)

Foulerton (A.). Preventive inoculation against typhoid fever. (*Lancet,* 2 juin.)

Grandmaison (de). Une forme septicémique de la fièvre typhoïde observée chez deux femmes récemment accouchées. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.,* mai.)

Grawitz (E.). Epidemiologischer Beitrag zur Frage der Malaria-Infection. (*Berlin. klin. Wochensch.,* 11 juin.)

Griffith (J.). Scarlatina miliaris. (*Philadelphia Med. Journ.,* 12 mai.)

Gros (H.). Notes sur le paludisme. (*Arch. de méd. navale,* mars et avril.)

Kavetzky (E.). Forme pulmonaire du charbon chez une femme enceinte (en russe). (*Méd. Obozr.,* juin.)

Koch (R.). Vierter Bericht über die Thätigkeit der Malaria-Expedition, die Monate März und April 1900 umfassend. (*Deutsche med. Wochensch.,* 21 juin.) — Quatrième rapport sur les travaux de la mission pour l'étude de la malaria.

Köhler (F.) et **Scheffler** (W.). Die Agglutination von Faecalbacterien bei Typhus abdominalis durch das Blutserum. (*Münch. med. Wochensch.,* 29 mai et 5 juin.)

Lippmann. Ueber Rückfälle. (*Deutsche med. Wochensch.,* 7 juin.) — Les récidives [des maladies infectieuses].

Low (G.). A recent observation on filaria nocturna in culex : probable mode of infection of man. (*Brit. Med. Journ.*, 16 juin.) — La filaria nocturna, parasite du moustique, comme agent probable de l'infection malarique chez l'homme.

Manasse (K.). Ueber die Koplik'schen Flecken bei Masern. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 juin.) — Les taches de Koplik dans la rougeole.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Barth (E.). Zur Symptomatologie der hysterischen Taubheit. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 mai.) — De la surdité hystérique.

Bechterev (V. von). Ueber pupillenverengernde und Accommodationscentra der Gehirnrinde. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er mai.) — Sur les centres corticaux qui président au rétrécissement de la pupille et à l'accommodation.

Bernhardt (M.). Ueber die vicariirende Function der bei vollkommener Lähmung der eigentlichen Vorderarmbeuger in Thätigkeit tretenden, von den Condylen des Oberarms entspringenden Muskeln. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 juin.) — Fonction compensatrice des muscles qui s'insèrent aux condyles de l'humérus dans la paralysie complète des fléchisseurs propres de l'avant-bras.

Brodmann (K.). Neuritis ascendens traumatica ohne äussere Verwundung. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 et 19 juin.) — Névrite ascendante traumatique sans blessure apparente.

Brown (S.). Permanent non-progressive ataxia, with a clinical report of 3 cases. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Brügelmann (W.). Zur Lehre vom perversen Sexualismus. (*Zeitsch. f. Hypnotismus*, X, 1.)

Crafts (L.). A fifth case of family periodic paralysis. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.)

Crisafulli (E.). Ricerche sperimentali sulla fisiopatologia del cervelletto. (*Riforma med.*, 12, 13 et 15 juin.)

Crocq (J.). Un cas de sclérose latérale amyotrophique avec phénomènes bulbaires. (*Journ. de neurol.*, 20 avril.)

Crouzon (O.). Un cas de tétanos céphalique avec diplégie faciale. (*Rev. neurol.*, 15 mai.)

Dagnini (G.). Sopra una forma non comune di anestesia dolorosa di origine isterica. (*Riv. critica di clinica medica*, 7, 14 et 21 juillet.)

Danadjiev (S.). Un cas de délire des cachectiques, compliqué de polynévrite (en bulgare). (*Spis. na sofiisk. médic. drouj.*, juillet.)

Edgeworth (F.). Acroparæsthesia. (*Lancet*, 23 juin.)

Elmiger. Ueber 49 Fälle von Pubertätsirresein. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVII, 4.) — 49 cas de psychose de la puberté.

Finizio (G.). Contribuzione clinica ed istologica sulla polineurite tubercolare. (*Riforma med.*, 11, 12 et 14 mai.)

Haskovec (L.). Ereuthophobie. (*Casopis lékaru ceskych*, 18 et 25 août et 1er sept.)

Heimann (G.). Die Todesursachen der Geisteskranken. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVII, 4.) — Des causes de la mort des aliénés.

Henschen (S.). Ueber Phosphorneuritis. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 juin.)

Higier (H.). Zur Pathogenese der Hysterie und Neurasthenie und ihrer Stellung zu Stoffwechselanomalien. (*Heilkunde*, sept.-oct.)

Hinshelwood (J.). Congenital word-blindness. (*Lancet*, 26 mai.) — Cécité verbale congénitale.

Hoffmann (A.). Isolirte atrophische Lähmung des N. musculo-cutaneus, nebst Bemerkungen über compensatorische Muskelthätigkeit. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 juin.) — Paralysie isolée avec atrophie du nerf musculo-cutané; étude sur la fonction compensatrice des muscles.

Huet (E.). Sur un cas de paralysie spinale infantile avec participation du nerf récurrent. (*Rev. neurol.*, 15 mai.)

Ivanov (I.). Du tremblement héréditaire (en russe). (*Vratch*, 26 mai.)

Josserand. Paralysie pseudo-hypertrophique de Duchenne chez une femme adulte, consécutive à une fièvre typhoïde. (*Lyon méd.*, 17 juin.)

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Buri. Ein seltener Fall von Hyperkeratose. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 juin.) — Un cas rare d'hyperkératose.

Haslund (A.). Om reinfektion ved syfilis. (*Hospitalstidende*, 7 juin.)

Jackson (G.). Loss of hair; a clinical study founded on three hundred private cases. (*Med. Record*, 26 mai.) — Etude clinique de l'alopécie, basée sur 300 observations personnelles.

Jamieson (W. A.). The theory and practice of ringworm of the scalp. (*Edinburgh Med. Journ.*, juin.) — Sur la teigne tondante.

Jordan (A.). Ein weiterer Beitrag zur Welander'schen Sackbehandlung der Syphilis. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er juin.) — Du traitement de la syphilis par le port de sacs chargés de mercure.

Lang (E.). Einiges über Syphiliscontagium und Syphilistherapie. (*Wien. med. Wochensch.*, 2, 9 et 16 juin.)

Malherbe (A. et H.) et **Monnier** (U.). Un cas de mycosis fongoïde avec envahissement des viscères. (*Gaz. méd. de Nantes*, 26 mai et 2 juin.)

Scholtz (W.). Untersuchungen über die Aetiologie der Impetigo contagiosa. (*Zeitsch. f. prakt. Aerzte*, 10 juin.)

Stanislavsky (V.). Uréthrite blennorrhagique avec arthropathies, éruption cornée symétrique de la peau et chute des ongles (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, avril.)

Wurtz et **Leredde.** Note sur quelques cas de lèpre observés au Choa (Abyssinie). *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mai.)

CHIRURGIE

Alessandri (R.). Alcune osservazioni sul trattamento delle fratture della rotula antiche guarite con callo fibroso e funzione imperfetta dell'arto. (*Policlinico*, 15 mai.)

Barker (A.). The after-history of 41 cases treated by operation for destructive hip-joint disease. (*Lancet*, 26 mai.) — Résultats éloignés de 41 interventions opératoires pour coxalgie.

Becker (A.). Ueber einen ungewöhnlichen Ausgang der acuten Osteomyelitis. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 5-6.) — D'une forme anormale d'ostéomyélite aiguë.

Bishop (E. S.). On the relative value of symptoms of acute peritonitis. (*Lancet*, 9 juin.)

Carter (T.). Fractures of the inferior maxillæ treated by a modified method of wire suture aided by the electro-motor. (*Lancet*, 16 juin.) — Fracture du maxillaire inférieur, traitée par la suture métallique appliquée à l'aide d'un électro-moteur.

Carton. Cuvette à pansement de fortune faite à l'aide du tissu imperméable pour pansements. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, avril.)

De Rosa-Cotronei (G. B.). Ricerche sperimentali intorno alla disinfezione a scopo chirurgico del retto mediante l'uso dell'acqua ossigenata. (*Policlinico*, 15 mai.) — Recherches expérimentales sur la désinfection du rectum par l'eau oxygénée.

D'Urso (G.). Neoartrosi metallica del gomito. (*Boll. dell'Accad. med. di Roma*, XXVI, 5.)

Evler. Antiseptische Harzcollodiumlösungen und Improvisiren der regelrechten Händedesinfection. (*Fortsch. der Med.*, 6 juin.) — Collodion résineux antiseptique pour enduire les mains du chirurgien.

Ferguson (H.). Cleft-palate; a new urano-staphylorrhaphy. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 19 mai.)

Fowler (G.). Diffuse septic peritonitis and the elevated head and trunk posture; a report of three additional consecutive cases of recovery. (*Med. Record*, 16 juin.) — Trois nouveaux cas de péritonite septique généralisée, guéris au moyen de la position élevée du tronc.

Gallet. Fracture transversale de la cupule du radius et de l'apophyse coronoïde. (*Clinique*, 26 mai.)

Hallet (A.). Etude sur les hernies ombilicales congénitales de la période embryonnaire. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, mai-juin.)

Hämig (G.) et **Silberschmidt** (W.). Klinisches und Bacteriologisches über « gangrène foudroyante ». (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 juin.)

Heveroch (A.). Pripad nepohyblivosti v obou kloubech kycelnich. (*Casopis lékaru ceskych*, 26 mai.) — Ankylose bilatérale de la hanche.

Hildebrand (H.). Die kongenitale Hüftgelenksluxation im stereoskopischen Röntgenbilde. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 16 juin.) — Radiographie stéréoscopique de la luxation congénitale de la hanche.

Honsell (B.). Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Verwertbarkeit des Wasserstoffsuperoxydes in der Chirurgie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 1.) — Valeur de l'eau oxygénée en chirurgie.

Israel (J.). Erfahrungen über Pancreaserkrankungen. (*Deutsche med. Wochensch.*, 31 mai.) — Sur les affections du pancréas.

Kaiser (O.). Volvulus coeci mit Incarceration in einer Leistenhernie (gleichzeitige Einklemmung eines Ileumabschnittes mit intraabdominellem Volvulus der zu diesem zuführenden Ileumschlinge). (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 5-6.) — Volvulus du cæcum avec étranglement dans une hernie inguinale.

Kiefer (F.). Beitrag zur operativen Behandlung des Magen-und Duodenalgeschwürs. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 juin.) — Du traitement opératoire de l'ulcère de l'estomac et du duodénum.

Kissel (A.). Empyème de la plèvre droite, opéré avec succès par le procédé de Lévachov modifié (en russe). (*Vratch*, 27 mai.)

Koch (E.). Zur Kenntnis der acuten Osteomyelitis. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 juin.)

Kojoukharov. 159 cas de cure radicale de hernies inguinales (en bulgare). (*Spis. na sofiisk. médic. drouj.*, sept.)

Kozlovsky (B.). Les ostéomyélites chroniques proliférantes des os. (*Rev. de chir.*, juin.)

Laméris (H. J.). Congenitale atresie van den dunnen darm. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 1er sept.) — Atrésie congénitale de l'intestin grêle.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Menko (M. L.). Die Conglutination der kleinen Schamlippen. (*Wien. klin. Rundschau*, 5 août.) — Les adhérences des petites lèvres.

Müller (E.). Salpingitis og pelviperitonitis. (*Hospitalstidende*, 16, 23 et 30 mai, 7, 13 et 20 juin, 4 et 11 juillet.)

Neugebauer (F.). 19 Fälle von Koincidenz von gut-oder bösartigen Neubildungen, vorherrschend der Geschlechtsorgane mit Scheinzwittertum. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 5 mai.) — 19 cas de pseudo-hermaphrodisme coïncidant avec des tumeurs bénignes ou malignes (notamment des organes génitaux).

Pincus (L.). Zur Symptomatologie und Genese der Vaginalcysten. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 19 mai.)

Ribemont-Dessaignes (A.) et **Lepage** (G.). Précis d'obstétrique. 5e éd. 2 vol. In-8°, XXVII-1407 p. avec fig.

Sänger (M.) et **Herff** (O. von). Encyklopädie der Geburtshülfe und Gynäkologie. Fasc. 4 à 9. In 8°, p. 145 à 432, avec fig. Leipzig. F. C. W. Vogel.

Sarwey (O.). Ueber den Wert der Kiwischschen Scheidendouchen zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. (*Arch. f. Gynäkol.*, LX, 3.) — Valeur de la douche vaginale de Kiwisch comme moyen de provoquer l'accouchement prématuré.

Schrader (Th.). Einige abgrenzende Ergebnisse physiologisch-chemischer Untersuchungen über den Stoffwechsel während der Schwangerschaft und im Wochenbett. (*Arch. f. Gynäkol.*, LX, 3.) — Sur les échanges intra-organiques pendant la grossesse et les suites de couches.

Schuhl. Hémorrhagie intra-amniotique due au décollement du placenta normalement inséré. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mai.)

Vogel (G.). Beitrag zur Lehre von der Inversio uteri. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 3.)



VIN GIRARD
DE LA CROIX DE GENÈVE
Succédané de l'Huile de Foie de Morue
A. GIRARD
Rue de Condé, PARIS, Rue de Tournon

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

En dehors des annonces, la SEMAINE MÉDICALE n'accepte pas d'insertions payées.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Tours. — M. le docteur Delagenière, professeur de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire, est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. le docteur Louis Thomas, nommé, sur sa demande, professeur de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Ollier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, associé national de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Duplouy, ancien directeur du service de santé de la marine française, correspondant national de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur Podrèze, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Kharkov. — M. le docteur Dennis Embleton, ancien professeur de médecine au Durham University College of Medicine de Newcastle-upon-Tyne. — M. le docteur Henry D. Noyes, professeur d'ophtalmologie et d'otologie au Bellevue Hospital Medical College de New-York.

VARIA

Le nombre des naissances et les contingents militaires en France.

Les comptes rendus annuels du recrutement donnent le rendement de la loi de 1889 pour les années écoulées. Ils indiquent par année : 1° le nombre des inscrits, c'est-à-dire des hommes de vingt ans; 2° celui des exemptés, des dispensés et des sujets versés dans les services auxiliaires; 3° celui des individus bons pour le service.

En rapprochant, pour chaque année, ces trois nombres de celui des naissances qui ont eu lieu vingt ans auparavant, on voit les relations que ces divers éléments affectent entre eux.

On peut porter chacun de ces nombres, pour une même année, sur une ordonnée, c'est-à-dire une verticale commune. Leur suite, à travers les années, est marquée par des courbes qui traduisent à l'œil leurs rapports numériques et figurent leur marche.

La courbe des naissances va jusqu'à l'année 1898, qui correspond à la classe de 1918. Les autres courbes s'arrêtent à la classe de 1899, qui correspond à l'année de naissance 1879. Mais leur allure générale permet, avec une approximation suffisante, de les continuer pendant un certain nombre d'années.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur ces graphiques pour faire quelques constatations qui sont de toute évidence.

Courbe des naissances. — La courbe des naissances monte de 1850 à 1861 (494,608 naissances pour 1850; 514,735 pour 1861). Elle se maintient à une hauteur à peu près constante jusqu'en 1869 (511,626 naissances). Puis elle subit, en 1871, une brusque dépression qui la fait tomber à 422,879. Elle se relève l'année suivante à 494,481 naissances, s'y maintient jusqu'en 1876 (494,318), et, à partir de ce moment, décroît régulièrement jusqu'en 1895 (431,365), en passant par deux minima à peine supérieurs au chiffre des naissances de 1871 (428,151 en 1890 et 425,889 en 1895).

De cette courbe des naissances résulte la courbe des inscrits jusqu'à la classe de 1898 qui correspond à l'année de naissance 1878.

Courbe des inscrits. — Cette courbe suit dans son allure générale la courbe des naissances. Elle passe par un minimum en 1891 qui correspond à l'année 1871, et par un maximum l'année suivante, pour décroître ensuite assez régulièrement jusqu'en 1898. On doit donc admettre que la décroissance continuera.

La courbe des hommes bons pour le service se déduit de la courbe des inscrits. Elle lui est parallèle, mais il y a des raisons pour penser que la décroissance sera plus rapide pour elle. C'est l'examen des autres courbes qui va nous donner ces raisons.

Courbe des exemptés. — Le nombre des exemptés semble à peu près invariable depuis plusieurs années : il oscille depuis dix ans entre 35,376 en 1898 et 30,577 en 1893. Il ne semble pas qu'il augmente; mais il ne diminue pas, ce qui équivaut à une augmentation, puisque le nombre des naissances s'abaisse.

Courbe des dispensés. — Les dispensés, dont la loi du 15 juillet 1889 s'était proposée de réduire le nombre, sont tombés de 76,910 en 1888 à 60,502 en 1889; mais ils remontent à 76,275 en 1897.

C'est que la loi de 1889 n'avait prévu que peu de dispenses, et que, chaque année, on ajoute à la liste quelque nouvelle catégorie.

Courbe des services auxiliaires. — Les services auxiliaires vont en croissant. Dans les dix dernières années, ils sont passés par un maximum de 44,569 en 1892 et un minimum de 27,470 en 1893. Ils remontent ensuite à 36,406 en 1894; 37,416 en 1895; 37,944 en 1896; 39,457 en 1898. La moyenne est comprise entre 37,000 et 38,000, alors qu'avant 1888 elle était inférieure à 30,000.

En résumé, les hommes des services auxiliaires et les dispensés augmentent comme nombre; les exemptés se maintiennent au même chiffre.

Nous avons vu que la courbe des naissances détermine la courbe des inscrits, autrement dit que ces deux courbes sont à peu près parallèles, et que toutes deux vont en décroissant.

Nous venons d'indiquer, d'autre part, que les courbes des hommes des services auxiliaires et des dispensés vont en augmentant, et que la courbe des exemptés suit une direction à peu près constante.

On peut donc en conclure que l'effectif des hommes bons pour le service tend à diminuer, puisqu'il est la différence de deux nombres dont le plus fort diminue, tandis que le plus faible augmente.

Les futurs contingents. — D'après ces données, il est facile de calculer approximativement le contingent d'une année déterminée. Choisissons l'année 1910.

Le contingent de 1910 correspond à l'année 1890 qui nous donne 428,151 naissances. Ce chiffre est voisin du plus faible nombre des naissances que nous ayons eues, 422,879 en 1871.

Comme le nombre des dispensés et des sujets affectés aux services auxiliaires va croissant, et que celui des exemptés reste à peu près constant, il est à présumer que le contingent de 1910, pour un même nombre de naissances, sera inférieur à celui de 1871, qui était de 157,974 hommes. En tenant compte des contingents un peu plus forts, qui, d'après la courbe des naissances, le précèdent et le suivent, on peut dire qu'en 1910 le contingent moyen sera de 190,000 hommes, au lieu de 210,000 hommes comme actuellement.

L'année 1891 a pu supporter un contingent aussi faible parce qu'elle était encadrée entre deux contingents beaucoup plus élevés, dont le second est même le plus fort qui se soit présenté. Au contraire, le contingent de 1910 sera précédé de contingents presque aussi faibles que lui et suivi, d'après la courbe des naissances, d'un contingent qui le dépassera à peine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

PHYSIOLOGIE

Grandis (V.) et **Mainini** (C.). Studi sui fenomeni chimici che hanno luogo nella cartilagine epifisaria durante il periodo di accrescimento dell'osso. (*Arch. per le scienze med.*, XXIV, 1.)

Leduc (S.). Influence de la tension des courants excitateurs sur l'excitation des nerfs moteurs. (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 juin.)

Morgenroth (J.). Zur Kenntnis der Labenzyme und ihrer Antikörper; zweite Mitteilung. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 9 juin.)

Schiff (A.). Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Pepsinsecretion und zur medicamentösen Beeinflussung der Magensaftsecretion durch Atropin und Pilocarpin. (*Arch. f. Verdauungskrankheiten*, VI, 2.) — Influence de l'atropine et de la pilocarpine sur la sécrétion du suc gastrique.

Treupel (G.) et **Edinger** (A.). Untersuchungen über Rhodan-Verbindungen. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 et 29 mai.) — Recherches sur l'action des composés rhodaniques.

Tunnicliffe (F.) et **Rosenheim** (O.). Contribution to our knowledge of uric acid salts. (*Lancet*, 16 juin.) — Recherches sur les urates.

Yvon (P.). Influence de l'électricité statique sur l'organisme à l'état normal. (*Arch. d'électricité méd.*, juin.)

Zabolotny (D.). La production de l'amylase par les leucocytes (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, avril.)

MÉDECINE

Kasem-Beck (A.). Ein Fall von erworbener Stenose der Pulmonalarterie. (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 9 juin.) — Un cas de rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire.

Mazzotti (L.). Nuove ricerche ed osservazioni intorno all'idrope anasarca essenziale. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, janv.)

Menge (C.). Ueber Urinbefunde nach Nierenpalpation. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 juin.) — Les modifications des urines, consécutives à la palpation du rein.

Mori (A.). Gangrena delle estremità inferiori da polmonite. (*Gazz. degli Osped.*, 10 juin.)

Niclot. A propos du diagnostic du pneumothorax et de sa variété. (*Lyon méd.*, 24 juin.)

Obraztzov (V.). Sur la perception du rythme de galop à l'auscultation immédiate du cœur (en russe). (*Vratch*, 3 juin.)

Oestreich (R.). Zur Percussion des Herzens. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLX, 3.) — De la percussion du cœur.

Pic (A.) et **Varay** (F.). Recherches sur la valeur de la percussion du cœur avec dépression latérale. (*Province méd.*, 2 et 9 juin.)

Rœhrich (A.-W.) et **Wiki** (B.). Note sur l'élimination urinaire des chlorures dans la pneumonie franche. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juin.)

Salanoue-Ipin. Le pronostic éloigné des pleurésies séro-fibrineuses (étude de statistique). (*Arch. de méd. navale*, avril.)

Schaper. Die Lungentuberculose in ihren Anfangsstadien. In-8°, 212 p. Berlin. — Les premiers stades de la tuberculose pulmonaire.

Sieburgh (L. J.). Sialolithiasis en ontsteking van de glandula submaxillaris. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 23 juin.)

Talma (S.). Het openen van zijwegen voor het bloed der v. portae. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 19 mai.) — Création artificielle d'une nouvelle voie collatérale pour le sang de la veine porte.

MALADIES INFECTIEUSES

Fiori (T.). Un caso di trasmissione di morbillo dalla madre al feto. (*Gazz. degli Osped.*, 10 juin.)

Métin. La peste de Porto. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Murrell (W.). A case of enteric fever of three months' duration. (*Brit. Med. Journ.*, 2 juin.) — Fièvre typhoïde ayant duré trois mois.

Näther. Versuche über die Beseitigung der Diphtheriebacillen aus der Mundhöhle von Rekonvalescenten. (*Deutsche militärärztl. Zeitsch.*, mai.) — Sur les moyens pour faire disparaître le bacille de Löffler de la bouche des convalescents de diphtérie.

Pagliano (V.). La méningite cérébro-spinale épidémique à Marseille; trois nouveaux cas. (*Marseille méd.*, 1er juin.)

Parsons (A.) et **Littledale** (H.). Epidemic cerebro-spinal meningitis in Dublin. (*Brit. Med. Journ.*, 23 juin.)

Pascoletti (S.). Il segno palmo-plantare nella tifoide. (*Gazz. degli Osped.*, 10 juin.)

Pich (C. V.). Del vaiolo; sui recenti casi nella provincia di Cuneo. (*La Sentinella delle Alpi*, 5 mai.)

Prowe. Gelbfieber in Central-Amerika. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CLX, 3.) — La fièvre jaune dans l'Amérique du centre.

Samguine. Un cas de charbon à forme pulmonaire avec phénomènes tétaniques (en russe). (*Méd. Obozr.*, juin.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Ghilarducci (F.). Una nuova teoria sulla patogenesi delle contratture e degli spasmi associati nelle paralisi periferiche del nervo facciale. (*Policlinico*, 1er juin.)

Kalmus (E.). Ein Fall von Trompetenstottern. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 mai et 1er juin.) — Un cas de bégaiement d'origine professionnelle chez un trompette.

Käs (Th.). Rindenbreite und Markfaserschwund bei allgemeiner Paralyse. (*Wien. med. Wochensch.*, 9 juin.) — Recherches sur l'épaisseur de la couche corticale et sur la disparition des fibres à myéline dans la paralysie générale.

Kéraval (P.) et **Raviart** (G.). Observation de chorée chronique héréditaire de Huntington; examen histologique. (*Echo méd. du Nord*, 17 juin.)

Lalanne (G.). Note sur l'emploi thérapeutique de la duboisine dans les maladies mentales. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 juin.)

Lambranzi (R.). Stati di emicrania in epilettici. (*Riforma med.*, 9 et 11 juin.)

Lor (L.). L'inhibition du releveur palpébral dans la paralysie faciale complète. (*Clinique*, 9 juin.)

Lunz (M.). Zwei Fälle von corticaler Epilepsie mit operativer Behandlung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 7 juin.) — Deux cas d'épilepsie corticale, traités par l'intervention opératoire.

Lustig. Zur Casuistik der Paralyse; zwei Fälle von mehr als 20jähriger Anstaltsbeobachtung. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVII, 4.) — Deux cas de paralysie générale hospitalisés pendant plus de vingt ans.

Mongeri (L.). Die Aetiologie und die Behandlung der Puerperalpsychosen; vorläufige Mitteilung. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVII, 2-3.) — Un cas de psychose d'origine puerpérale, traité avec succès par le sérum antistreptococcique.

Muralt (L. von). Katatonische Krankheitsbilder nach Kopfverletzungen. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVII, 4.) — Syndrome catatonique consécutif à un traumatisme du crâne.

Naab (J.). Zur Behandlung des Status epilepticus. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, LVII, 4.) — Traitement de l'état de mal épileptique [par l'hydrate d'amylène].

Obersteiner (H.). Zur Frage der hereditären Uebertragbarkeit acquirirter pathologischer Zustände. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 1er juin.) — De la transmissibilité héréditaire d'états névropathiques acquis.

Pardo (G.). Contributo allo studio dell'atrofia muscolare cronica (sclerosi laterale amiotrofica); osservazione clinica ed anatomo-patologica. (*Policlinico*, 1er août.)

CHIRURGIE

De Buck (D.) et **Van der Linden** (O.). Le traitement de l'ulcère variqueux par l'élongation et la dissociation fasciculaire des nerfs. (*Journ. de neurol.*, 5 juin.)

Loos. Zur Statistik des Lippenkrebses auf Grund von 565 Fällen aus der von Bruns'schen Klinik. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 1.) — 565 cas de cancer des lèvres, observés à la clinique de von Bruns [à Tubingue].

Mariau (A.). Le « gant de vernis Sœhnée » pour la protection des mains du chirurgien et de l'anatomiste. (*Echo méd. du Nord*, 17 juin.)

Narath (A.). Over den invloed van Bassini's radicaal-operatie van de liesbreuk op de operaties in de liesstreek in het algemeen. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 14 avril.)

Nichols (E.) et **Bradford** (E.). The surgical anatomy of congenital dislocation of the hip-joint. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, juin.) — L'anatomie chirurgicale de la luxation congénitale de la hanche.

Nicolaysen (J.). Efterundersögelser om 27 kirurgisk behandlede tilfälde af ulcus ventriculi chronicum. (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 3.) — Résultats éloignés de 27 opérations pour ulcère chronique de l'estomac.

Ostermayer (N.). Zwei Fälle von Reposition « en bloc » bei Scrotalhernien. (*Wien. med. Wochensch.*, 23 juin.)

Parona (F.). Contributo allo studio delle lussazioni volontarie. (*Policlinico*, 15 mai.)

Pastega et **Lovisoni.** L'anestesia per iniezione di cocaina nell'aracnoide lombare. (*Ann. di med. navale*, oct.)

Pauchet (V.). Chirurgie des voies biliaires. In-16, 95 p. avec fig.

Pendl (F.). Beitrag zur Casuistik der Choledochotomie und Cholecystenteroanastomose. (*Wien. klin. Wochensch.*, 31 mai.)

Péraire (M.). Des polypes fibreux intermittents du rectum. (*Rev. de chir.*, juin.)

Polak (M.). Dubbelzijdige afbinding van de art. carot. comm. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 30 juin.)

Reisinger. Beitrag zur Behandlung der Hydronephrose. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 2.)

Reymond (E.). Compression du pédicule d'un rein mobile par une vésicule biliaire lithiasique et distendue; néphropexie; cholécystostomie; guérison. (*Rev. de chir.*, juin.)

Rigollet. Observations d'hépatite suppurée recueillies à Kati (Soudan français) en 1898. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Rodman (W.). Gastric ulcer (non perforating); hemorrhage. (*Philadelphia Med. Journ.*, 9 juin.)

UROLOGIE

Casper (L.). Eine Verbesserung meines Harnleitercystoskops. (*Monatsb. über die Krankh. des Harn-und Sexual-Apparates*, V, 6.) — Un cystoscope urétéral perfectionné.

Grosglik (S.). Ein Fall von traumatischer Ruptur des perinealen Teiles der Harnröhre nebst Bemerkungen über die Behandlung schwerer Verletzungen der Harnröhre. (*Monatsb. über die Krankh. des Harn-und Sexual-Apparates*, V, 6.) — Sur le traitement des blessures graves de l'urèthre.

Knorr (R.). Ueber « irritable bladder » bei der Frau. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.) — De la vessie irritable chez la femme.

Lanz (O.). Ueber die Castration bei Prostatahypertrophie. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er juin.)

Lobstein (E.). Die Blasensteinoperationen der Czerny'schen Klinik aus den letzten 20 Jahren. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 1.) — Les opérations de la pierre à la clinique de Czerny.

Sprecher (F.). Un caso di condilomi acuminati dell'uretra maschile. (*Giorn. ital. delle mal. veneree e della pelle*, 4.)

Thomas (W.). On suprapubic lithotomy in old men with enlarged prostate. (*Lancet*, 9 juin.) — De la taille sus-pubienne chez les vieillards atteints d'hypertrophie prostatique.

OPHTALMOLOGIE

Ahlström (G.). Bidrag till kännedomen om lokalisationen inom oculomotoriuskärnan hos människan. (*Nord. med. Arkiv*, XXXIII, 3.)

Bayer. Ein Fall von Raupenhaar-Ophthalmie: Ophthalmia nodosa [Sämisch]. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 mai.)

Bijlsma (R.). Een geval van glaucoom beginnend als tinnitus aurium. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 23 juin.)

Eberson (M.). Zur Trachombehandlung. (*Therap. Monatsh.*, juin.) — Traitement du trachome [par les applications d'ichtyol].

Fromaget (C.). Complications oculaires de la diphtérie. (*Ann. de la policlinique de Bordeaux*, mai.)

Guirguinov. Ulcus corneæ rodens (en bulgare). (*Spis. na sofisk. médic. drouj.*, août.)

Klein (S.). Ueber aphakischen Gesichtsschwindel. (*Wien. med. Presse*, 10 juin.) — Du vertige d'origine visuelle dans l'aphakie.

Lundsgaard (K.). Bakteriologiske studier over konjunktivitis. (*Thèse de Copenhague.*)

Mendel (F.). Die Star-Ausziehung bei Einäugigen. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 11 juin.) — L'opération de la cataracte chez les borgnes.

Michel (von). Zur Kenntnis der Ursachen einer primären Iritis auf Grund einer statistischen Zusammenstellung. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 juin.) — Sur les causes de l'iritis primitive.

Peters (O. A.). Een wijziging der entropion-operatie van Jaesche-Arlt. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 9 juin.)

Schnabel. Die glaucomatöse Sehnervenatrophie. (*Wien. med. Wochensch.*, 9 et 16 juin.) — L'atrophie du nerf optique consécutive au glaucome.

OBSTÉTRIQUE et GYNECOLOGIE

Biagi (N.). Lacerazioni complete del perineo e loro cura; di un nuovo metodo di perineoplastica. (*Supplem. al Policlinico*, 16 juin.)

Brouha. Contribution à l'étude des endothéliomes de l'ovaire. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, mai-juin.)

Burgade (E.). Une amélioration dans les injections de sublimé de la puerpéralité. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 27 mai.)

Cesana (G.). Di una cisti ovarica in una neonata. In-8º, 19 p. avec fig. Naples.

De Jong (K.). Ueber das Entstehen von Cysten in der Placenta. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.) — De la formation des kystes du placenta.

Galvani (J.). Le fibro-myome utérin douloureux. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, mai-juin.)

Garrigues (L.). A new method for retroperitoneal drainage of pyosalpinx, with a report of 5 cases. (*Med. News*, 26 mai.)

Goldspohn (A.). Indications, technique and results of an improved Alexander operation in aseptic adherent retroversions of the uterus, when combined with inguinal celiotomy via the dilated internal inguinal ring. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

Grusdew (W.). Ueber die Anwendung des Calcium-Carbids in der gynäkologischen Praxis. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 juin.)

Gummert. Beitrag zur Kaiserschnittsstatistik und zur Frage des queren Fundalschnitts. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.) — L'opération césarienne et l'incision transverse du fond de l'utérus (étude statistique).

Hammerschlag. Ueber Cervixdehnung und Cervixzerreissung. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 16 juin.) — De la dilatation et de la déchirure du col utérin.

Jellett (H.). A short practice of gynæcology. In-8º, 450 p. avec fig. Londres.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bélogorsky (P.). De l'intervention chirurgicale pour néoplasmes du larynx (en russe). (*Méd. Obozr.*, juin.)

Berthold (E.). Die intranasale Vaporisation, ein neues Verfahren zur Stillung lebensgefährlichen Nasenblutens und zur Behandlung schwerer Erkrankungen der Nase und der Kieferhöhle. In-8º, 63 p. Berlin. — La vaporisation intranasale dans les cas d'épistaxis rebelle.

Bresgen (M.). Klima, Witterung und Wohnung, Kleidung und Körperpflege in ihren Beziehungen zu den Entzündungen der Luftwege. In-8º, 36 p. Halle. — Le climat, la température et l'habitation, le vêtement et les soins du corps dans leurs rapports avec les inflammations des voies respiratoires.

Ferreri (G.) et **Rosati** (T.). La laringologia nella difesa sociale contra la tubercolosi. (*Arch. ital. di otol.*, X, 2.)

Grossmann (M.). Ueber den M. cricothyreoideus. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, mai.)

Khautz (A. von). Zur Behandlung der Verwachsungen im Rachen. (*Wien. med. Presse*, 24 juin.) — Traitement des adhérences dans le pharynx.

Lacoarret. Bruits entotiques et bourdonnements perceptibles à distance; autophonie. (*Ann. de la policlin. de Toulouse*, fév., avril et mai.)

Monselles (S.). Ueber das Vorkommen eines auf der Eversion einer Morgagni'schen Tasche aufsitzenden Polypus laryngis. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, mai.) — Des polypes laryngiens implantés sur un ventricule de Morgagni prolabé.

BACTÉRIOLOGIE

Barannikov (J.). Beitrag zur Bakteriologie der Lepra; zweite vorläufige Mitteilung. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 9 juin.)

Carnot (P.) et **Fournier** (L.). Recherches sur le pneumocoque et ses toxines. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mai.)

Christmas (J. de). Contribution à l'étude du gonocoque et de sa toxine [deuxième mémoire]. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.)

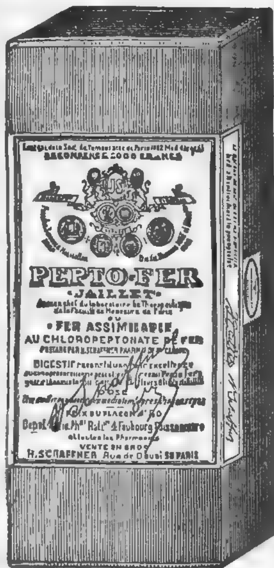
Dematteis (P.). Sui microrganismi intestinali degli ascaridi lombricoidi e loro azione patogena. (*Gazz. degli Osped.*, 3 juin.)

Ernst (H.) et **Robey** (W.). Studies in the mechanism of agglutination. (*Journ. of the Boston Soc. of Med. Scienc.*, mai.)

Giarrè (C.) et **Picchi** (L.). Di un bacillo isolato dalla secrezione congiuntivale e bronchiale di diversi bambini morbillosi; nota preventiva. (*Clinica moderna*, 6 juin.)

Halban (J.). Agglutinationsversuche mit mütterlichem und kindlichem Blute. (*Wien. klin. Wochensch.*, 14 juin.) — Essais d'agglutination avec le sang de la mère et de l'enfant.

Hobbs et **Denier.** Etude expérimentale du rôle antiseptique des essences vis-à-vis du streptocoque. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 10 juin.)



Pepto-Fer
du Dr JAILLET
TONIQUE, DIGESTIF ET RECONSTITUANT

CONTRE :
ANÉMIE digestive,
ANÉMIE d'origine respiratoire,
ANÉMIE consomptive,
ANÉMIE par excès de travail intellectuel ou corporel,
ANÉMIES consécutives aux maladies aiguës.

CONTRE les MALADIES du TUBE DIGESTIF

Ainsi que l'attestent plus de 100,000 lettres émanant du corps médical, aucune préparation ne peut être comparée au **PEPTO-FER** *du* **Dr JAILLET** *pour guérir l'*Anémie, *la* Chlorose, *les* pâles Couleurs, *les* mauvaises Digestions *et, en général, toute débilité.*

MODE D'EMPLOI : Un petit verre à liqueur immédiatement après chaque repas.

IODOLÉINE
H. SCHAFFNER
Huile de Foie de Morue Iodo-Saccharinée
Formule du Dr A. CAILLERET

ADMISE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Bien supérieure aux préparations similaires par la haute dose d'**IODE** qu'elle contient et par un principe éminemment **DIGESTIF** qui en **MASQUE LE GOUT.**

DOSES { POUR LES ADULTES : *Deux verres à liqueur par jour en augmentant d'un verre tous les deux jours jusqu'à la dose tolérée.*
POUR LES ENFANTS : *Deux cuillerées à café par jour en augmentant d'une cuillerée tous les deux jours jusqu'à la dose tolérée.*

PRIX DU DEMI-FLACON AU CORPS MÉDICAL : 4 fr. 50. — **SCHAFFNER**, *58, Rue de Douai, Paris.*

Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900.

Granules de Catillon
à 1 milligr. d'**Extrait Titré** de
STROPHANTUS

C'est avec ces Granules qu'ont été faites les expériences discutées à l'Académie de Médecine en 1889. Elles ont démontré que 2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide**, *relèvent vite le* **cœur affaibli**, *atténuent ou dissipent*
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Angine** de **poitrine, Cardiopathies** de **l'Enfance.

Effet immédiat, innocuité (usage continu tonifie l'estomac), pas d'intolérance, pas de vasoconstriction.

Granules de Catillon
à 1/10 MILLIGR. **STROPHANTINE** CRISTALL.
Tonique du Cœur non diurétique
Certains Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles, exiger les Vrais Granules de CATILLON.
Paris, 3, Boulᵈ St-Martin et Pharmacies.

Officiellement adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine. — Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900.

Poudre de PEPTONE CATILLON

Produit ***supérieur, pur, inaltérable, Agréable au goût,***
on ne peut plus nutritif et assimilable. Représente **10** fois son poids de viande de bœuf.
ALIMENT des malades qui ne peuvent **DIGÉRER** ou qu'on veut **SURALIMENTER.**
Remplace la **VIANDE CRUE**, fait tolérer le **RÉGIME LACTÉ.**
Les faits prouvent qu'on nourrit tous les malades (aigus, chroniques, opérés) avec 3 à 6 fois par jour, Grog, Bouillon ou Lait 1 bol, POUDRE de PEPTONE CATILLON 1 cuiller.
LAVEMENT NUTRITIF : *2 cuillers, 8 gout. laudanum, 125 gr. d'eau, 1 jaune d'œuf.*
On soutient leurs forces, on leur permet de résister à la maladie et on abrège la convalescence.
On remplace ainsi le bouillon, qui ne nourrit pas, par un aliment puissant.
La **Peptone** *est un* **produit français**, *ce sont les expériences scientifiques de* M. CATILLON *qui ont démontré sa valeur et le* **Codex** *a adopté sa formule (***V. Bull.** *de thérapeut. et* **Bull.** *de l'***Académie de Médecine 1880***). Nous le rappelons pour réagir contre l'invasion des produits exotiques, acides, de qualité moindre et vendus plus cher.*

VIN DE PEPTONE CATILLON
30 *gr.* **viande** *et* 0,40 **Glycérophosphates assimilables** *par verre à madère.*
Rétablit les Forces, l'Appétit, les Digestions. *Très utile à tous les* **Malades affaiblis.**
Maladies d'Estomac, Diarrhée chronique, Consomption, Inappétence, Enfants, Convalescents, etc.
PARIS, 3, Boulevard St-Martin et Pharmacies.

Kola-Peptone Catillon
***SACCHARURE** dans lequel la **PEPTONE** remplace le sucre des **KOLAS** granulés.*
Le meilleur mode d'administrer le Kola, l'aliment complétant le tonique-stimulant.
La dose de 5 gr. ou 2 cuill. à café représente :
Viande assimilable 20 gr.; Extrait complet de Kola titré, 1.50
Se fait aussi en CROQUETTES, *utiles aux enfants,* marcheurs, cyclistes, etc.

Élixir de Kola Glycérophosphaté
DE CATILLON
Tonique Reconstituant contenant par verre à liqueur
Phosphoglycérates de chaux, potasse et soude, 0g25
Extrait complet de Kola titré, 1.50
Ces produits contiennent tous les principes du Kola, y compris le Rouge, *tonique essentiel. Pour constater sa présence, on étend d'eau, le rouge se sépare, le liquide se trouble.*

Pure, Inodore, Agréable au Goût, se Conserve bien
POUDRE DE VIANDE de CATILLON
Boîte de 500 gr., 6 fr. 50; 1/2 Boîte, 3 fr. 50; Kilo, 12 fr.
POUDRE ALIMENTAIRE
(VIANDE & LENTILLES)
Aliment complet, azoté** et **hydrocarboné.
Boîte de 500 gr., 5 fr. 50; 1/2 Boîte, 3 fr.; Kilo, 10 fr.

CRÉOSOTE DE HÊTRE purifiée — **PILULES** à 0,10 **CRÉOSOTE** purifiée — **HUILE CRÉOSOTÉE** au 1/10e injectable — **APPAREIL** pour Injections.

GLYCÉRINE CRÉOSOTÉE DE CATILLON
0 gr. 20 de *Créosote purifiée par cuiller.* — **Reconstituant antiseptique** précieux.
Remplace l'huile de ***Morue*** avec avantage, bien tolérée pendant les chaleurs, fait cesser l'***Expectoration*** et la ***Toux.***

VIN de CATILLON à la Glycérine et au Quinquina. Effets de l'Huile de Morue et des Meilleurs Quinquinas. Combat la constipation au lieu de la créer. *Inappétence, Débilité, Consomption, Diabète, etc.*

VIN FERRUGINEUX de CATILLON, à la Glycérine et au Quina. *0 gr. 25 de Fer par cuillerée,* Quina et Fer à haute dose sans constipation, et tolérés par tous les estomacs.

VIN TRI-PHOSPHATÉ de CATILLON à la Glycérine et au Quinquina. *Un verre à liqueur contient 0 gr. 60 des trois phosphates de Chaux, Potasse et Soude.* Remplace huile de morue, quina et phosphates.

ÉLIXIR de PEPSINE et DIASTASE à la **GLYCÉRINE** de **CATILLON**. Puissant digestif reconstituant, plus actif que la pepsine ordinaire. Rétablit les fonctions de l'intestin et de l'estomac.

Tablettes de Catillon à 0 gr. 25 DE CORPS. Prix : 3 fr.

THYROÏDE
OBESITE, MYXŒDÈME, GOITRE, Herpétisme, etc.
Titré, Stérilisé. Goût agréable. Tolérance parfaite. Efficacité certaine. 2 à 8 par jour.

Neurasthénie, Ataxie, Débilité sénile, etc.
SUC TESTICULAIRE
CONCENTRÉ, STÉRILISÉ, de CONSERVATION ASSURÉE
Fl. de **15** gr. : **6** fr.; **40** gr. : **12** fr.

IODO-THYROÏDINE, principe iodé, même usage. PRIX : 3 fr. — **CATILLON**, 3, Boulevᵈ St-Martin, PARIS. — *Médaille d'Or Expos. Univers. Paris 1900.*

20e ANNÉE. — No 50. Vingt centimes le numéro. 5 DÉCEMBRE 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.

Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de ne point attendre la fin du mois pour nous adresser le montant de leur renouvellement, afin de leur éviter tout retard dans la réception du journal.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Poitiers. — M. le docteur H. C. Petit est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Groningue. — M. le docteur K. F. Wenckebach (d'Utrecht) est nommé professeur de clinique médicale.

Faculté de médecine de Kiel. — M. le docteur Ernst Siemerling, professeur à la Faculté de médecine de Tubingue, est nommé professeur ordinaire de clinique psychiatrique.

Faculté de médecine de Lemberg. — M. le docteur Victor Wehr, privatdocent de chirurgie, est nommé professeur extraordinaire.

Chicago Medical College. — M. le docteur John B. Murphy, professeur au College of Physicians and Surgeons de Chicago, est nommé professeur de chirurgie.

VARIA

Le mouvement de la population en France pendant l'année 1899.

L'article paru à cette même place dans notre dernier numéro montrait les rapports qu'affectent entre eux le nombre des naissances et les contingents militaires en France. Ce travail de longue haleine s'arrêtait pour les naissances à l'année 1898. Or, jeudi dernier, le *Journal Officiel* a publié le rapport sur le mouvement de la population de la France pendant l'année 1899. Nous y relevons avec regret que la balance des naissances et des décès se solde par un excédent de naissances inférieur à celui qui a été observé en 1898 (31,321 au lieu de 33,860).

L'accroissement annuel de la population demeure donc toujours bien faible, puisqu'en 1899 l'excédent des naissances ne représente que 0.2 % du chiffre de la population légale; ce rapport est cependant supérieur à la proportion moyenne calculée pour la période décennale 1889-1898.

En 1898, l'excédent des naissances sur les décès avait considérablement fléchi par rapport à l'année précédente, qui accusait un excédent de 108,088 naissances, et ce résultat était dû tant à une diminution de la natalité qu'à un accroissement de la mortalité. En 1899, la mortalité continue à s'accroître (6,160 décès de plus qu'en 1898), et, bien que la natalité se relève un peu, elle ne parvient pas cependant à compenser l'augmentation du nombre des décès.

Nous venons de dire que la natalité s'était légèrement relevée : en effet, le nombre des enfants nés vivants en 1899 dépasse de 3,694 unités celui de 1898. Mais la comparaison avec les résultats de la période décennale 1889-1898 fournit un écart en sens inverse plus considérable : le nombre des enfants nés vivants en 1899 est inférieur de 9,745 unités à la moyenne annuelle et, fait à noter, le déficit porte exclusivement sur les naissances légitimes.

Empoisonnement en masse, dans toute une région de l'Angleterre, par de la bière contenant de l'arsenic.

Les progrès de la chimie industrielle ne sont pas sans avoir une contre-partie, très préjudiciable parfois à la santé publique. De temps à autre, on cite des cas d'intoxication provenant de l'usage de substances ou d'objets soumis à des manipulations avec un des nombreux ingrédients découverts par les chimistes modernes. Il paraît que, depuis quelque temps, l'industrie de la brasserie a, dans certains pays, substitué le glucose et le sucre interverti à la maltose dans la fabrication de la bière, tant dans un but économique que pour rendre cette boisson plus brillante et plus stable. Or, dans la préparation du glucose et du sucre interverti dont se servent les brasseurs, l'acide sulfurique joue un grand rôle. Si cet acide n'est pas chimiquement pur — et il ne l'est pour ainsi dire jamais —, les produits dans la fabrication desquels il intervient contiennent une partie des impuretés qu'il renferme lui-même. Et c'est ce qui vient d'être constaté en Angleterre pour les bières fabriquées à Manchester et à Salford où l'on s'est servi de sucre provenant d'une fabrique qui, pour préparer ce produit, emploie de l'acide sulfurique obtenu au moyen de pyrites de fer contenant une certaine proportion d'arsenic. Cette sucrerie fournit ses produits à plus de 200 brasseries réparties dans plusieurs centres importants, parmi lesquels Manchester et Salford.

A quelle époque ont eu lieu les premiers accidents chez les personnes faisant usage des bières fabriquées dans ces deux villes, c'est ce qu'il est difficile de déterminer, car, depuis longtemps, on avait observé dans la région des séries de cas de névrites périphériques que l'on mettait sur le compte de l'alcoolisme. Quoi qu'il en soit, dans le courant du mois de novembre dernier on a commencé à s'apercevoir que le nombre des malades de ce genre augmentait de semaine en semaine et même de jour en jour, et une enquête faite par M. E. S. Reynolds, médecin de l'Infirmerie Royale de Manchester, a fait voir que tous les sujets atteints faisaient usage de bière comme boisson. Les symptômes qu'ils présentaient laissaient soupçonner un empoisonnement par l'arsenic, et, une fois l'origine de l'intoxication connue, il n'y avait plus qu'à soumettre à l'analyse la bière incriminée. C'est ce qui a été fait; on y a trouvé une certaine proportion d'arsenic. L'analyse de tous les produits qui servent à la fabrication de la bière est venue ensuite démontrer que cet arsenic provenait, comme nous l'avons déjà dit, de l'emploi de sucres fabriqués au moyen d'acide sulfurique produit avec certaines pyrites de fer.

On ne peut préciser le nombre des malades, mais on les compte par milliers aussi bien à Manchester qu'à Salford et dans les environs. D'après certains renseignements, le nord-ouest et le centre de l'Angleterre seraient plus ou moins atteints, la fabrique de sucres ayant fourni ses produits dans ces régions. Quant à la mortalité, elle serait assez élevée.

Et maintenant, on peut se demander si ce n'est que pour la bière que l'on s'est servi du glucose et du sucre interverti en question. Il semblerait que les produits toxiques aient été aussi dans le commerce, et que le peuple, qui achète volontiers des denrées à bon marché, en ait fait usage aux lieu et place du sucre de canne. On a observé, en effet, quelques malades qui ont déclaré prendre surtout des boissons sucrées.

Il faut espérer que l'enquête générale sur les faits que nous venons d'exposer, enquête d'autant plus nécessaire que les phénomènes toxiques se sont manifestés sur une grande étendue de territoire, fera la lumière complète sur tout ce qui touche à cette question, si importante au point de vue de la santé publique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE LILLE

Arnal. De la tuberculose testiculaire et de ses divers traitements chez l'adulte et chez l'enfant.

Barroyer. Les sarcomes de l'orbite; leur pronostic.

Beaugrand. Des paralysies traumatiques des muscles de l'œil (d'origine orbitaire).

Boeldieu. Du traitement de la tumeur blanche du genou chez l'enfant.

Bouvier. Septicémie puerpérale et abcès artificiels.

Brongniart. Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de l'hypersécrétion sudorale chez les tuberculeux.

Carette. Contribution à l'étude des modes d'examen du suc gastrique.

Casteras (de). Contribution à l'étude du traitement des psychoses par l'alitement.

Debionne. L'équilibre vital.

Defouilloy. Etude clinique de la putréfaction intra-utérine et de la physométrie.

Dubois. De l'action des anesthésiques sur les réflexes ganglionnaires.

Dupré-Lefebvre. Considérations cliniques sur la grossesse et l'accouchement chez les cyphotiques.

Duvivier. Rapports du rétrécissement mitral pur avec l'hérédo-syphilis.

Gountcheff-Ivanoff. La pratique des accouchements en Bulgarie.

Hèze. Contribution à l'étude de la diazoréaction d'Ehrlich.

Julien. Recherches sur les suites éloignées de l'opération de la castration chez la femme et sur la valeur de l'opothérapie ovarienne.

Kisselkoff. Paralysie traumatique primitive du nerf radial dans la fracture de l'humérus.

Lamote. De la péritonite traumatique sans rupture viscérale.

Lamotte. De la conduite à tenir dans le cours d'une attaque aiguë d'appendicite.

Lequint. De l'embolie pulmonaire consécutive aux interventions sur l'utérus et ses annexes.

Marlier. L'oxycamphre, médicament antidyspnéique.

Martin. Les phtisiques gras.

Montaigne. Etude sur le torticolis mental et son traitement.

Olivier. La tuberculose de l'oreille moyenne.

Paquet. Contribution à l'étude des sinusites maxillaires et de leurs complications orbito-oculaires.

Philippot. Du traitement des métrorrhagies par la faradisation.

Platel. Une méthode de traitement des fractures.

Pontier. Les olives du bulbe chez l'homme et les mammifères.

Poulain. Recherches sur le dosage de l'acide urique dans les urines.

Raviart. Les tubercules des pédoncules cérébraux.

Rycker (de). Les hernies pendant la grossesse.

Sutter. Fistules vaginales de l'uretère.

Théret. Contribution à l'étude de l'accouchement spontané dans les bassins viciés.

Tondeur. Le viol commis sur la femme antérieurement déflorée (étude médico-légale).

Wagon. Contribution à l'étude des quatre principales opérations qu'on peut être appelé à pratiquer dans les rétrécissements du bassin chez les femmes rachitiques.

ANATOMIE et HISTOLOGIE NORMALES

Bardeleben (K. von). Verhandlungen der anatomischen Gesellschaft auf der XIV. Versammlung in Pavia, vom 18.-21. April 1900. In-8°, 242 p. avec fig. Iéna. — Comptes rendus du quatorzième Congrès de la Société anatomique.

Baroncini (L.) et **Beretta** (A.). Ricerche istologiche sulle modificazioni degli organi nei mammiferi ibernanti. (*Riforma med.*, 21 et 23 avril, 14 et 16 juillet.)

Dumont (G.). Formule hémo-leucocytaire normale. (*Ann. de la policlinique de Lille*, fév., mai et juillet.)

Mankovsky (A.). Sur les îlots de Langerhans dans la rate (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, avril.)

Martel (L.). Etude comparative de la structure du périoste humain détaché par les différents procédés de résections dites sous-périostées. (*Province méd.*, 28 juillet.)

Woltke (W.). Beiträge zur Kenntnis des elastischen Gewebes in der Gebärmutter und im Eierstock. (*Beiträge z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.*, XXVII, 3.) — Recherches histologiques sur le tissu élastique de l'utérus et de l'ovaire.

MALADIES INFECTIEUSES

Burzagli (G. B.). La cura migliore del tifo. (*Pratica del Medico*, sept.)

Lomonaco (A.). Alcune osservazioni pratiche a proposito di un caso gravissimo di pustola maligna. (*Supplem. al Policlinico*, 24 mars.)

Pinna (G.) et **Marini** (G.). Studio batteriologico sulle squame dei morbillosi; contributo alla profilassi del morbillo. (*Policlinico*, 1er juillet.)

Seidl (C.). Dados estatisticos applicaveis ao estudo etiologico da febre amarella. (*Brazil medico*, 1er juin.)

Stœcklin (H. de). Recherches sur la présence et le rôle des bacilles fusiformes de Vincent dans les angines banales et spécifiques. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mai.)

Strube (G.). Ueber die Rotzkrankheit beim Menschen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 2.) — La morve de l'homme.

Taussig (A.). Gehirnabscess im Anschluss an Flecktyphus. (*Prag. med. Wochensch.*, 14 et 21 juin.) — Un abcès du cerveau consécutif au typhus exanthématique.

Tchavov (B.). 168 cas de diphtérie traités à l'hôpital Alexandre [de Sofia] (en bulgare). (*Spis. na sofiésk. médic. drouj.*, sept.)

Terni (C.). A peste bubonica; vaccinação e sôrotherapia. (*Brazil-medico*, 1er mai.)

Van der Burg (C. L.). Statistiek der malaria in het Nederlandsch-Indische leger van 1878 tot en met 1898. (*Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, 23 juin.) — La malaria dans l'armée des Indes néerlandaises de 1878 à 1898.

Villani (G.). Sull'etiologia e patogenesi della febbre biliosa emoglobinurica. (*Morgagni*, nov.)

Washbourn (J.). Notes on gastro-enteritis, dysentery and enteric fever. (*Brit. Med. Journ.*, 16 juin.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Binet-Sanglé (Ch.). Théorie des neurodiélectriques. (*Arch. de neurol.*, sept.)

Finzi (J.). Die normalen Schwankungen der Seelenthätigkeiten. (*Grenzfragen des Nerven- u. Seelenlebens*, 4.) — Les oscillations normales de l'activité psychique.

Hasse (C.). Hand-Atlas der Hirn-und Rückenmarksnerven in ihren sensiblen und motorischen Gebieten. 2e éd. In-8o, 40 planches en couleurs, avec texte explicatif. Wiesbaden. J. F. Bergmann. — Atlas-manuel des nerfs crâniens et rachidiens, et des territoires innervés par leurs branches motrices et sensitives.

Mackenzie (S.) et **Mott** (F. W.). A case of negro lethargy. (*Transact. of the Pathol. Soc. of London*, LI, 2.)

Mongeri (L.). Lo stato attuale della psichiatria in Turchia. (*Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXVI, 1.)

Parhon (C.) et **Goldring** (M.). Un cas de hematomielie. (*Spitalul*, 15 août.)

Pick (F.). Zur Kenntnis der progressiven Muskelatrophie. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 1-2.)

Piltz (J.). Experimentell erzeugter reciproker Wechsel der Pupillendifferenz bei progressiver Paralyse. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 mai et 1er juin.) — Production expérimentale des variations pupillaires dans la paralysie générale.

Séaux (M.). Tabes et traumatisme. (*Journ. de neurol.*, 5 juin.)

Seiffer (W.). Ein Fall von Beri-Beri. (*Münch. med. Wochensch.*, 29 mai.)

CHIRURGIE

Beck (C.). On the treatment of metacarpal fracture. (*New York Med. Journ.*, 4 août.)

Bruni (C.). Ernia inguinale muliebre; cura radicale con metodo proprio; guarigione. (*Riforma med.*, 20 avril.)

Cassanello (R.). Sulla sintomatologia e sull'intervento chirurgico nelle fratture della porzione cervico-dorsale della colonna vertebrale accompagnate da lesione midollare. (*Clinica chir.*, mars et avril.)

Cuneo (A.). Contributo alla cura radicale dell'ernia ombellicale negli adulti. (*Gazz. degli Osped.*, 30 sept.)

Moeller (N.). Contribution à l'étude du traitement de la scoliose. (*Ann. de l'Inst. chir. de Bruxelles*, sept.)

Pirelli (B.). Le iniezioni ipodermiche di sublimato corrosivo nella febbre suppurativa; nota clinica preventiva. (*Gazz. internazion. di med. prat.*, 15 et 31 oct.)

Sabatini (J.). Analgesia por inyección subaracnoidea de cocaína. (*Thèse de Buénos-Ayres.*)

Salomoni (A.). Sutura circolare delle arterie coll'affrontamento dell'endotelio; communicazione preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 8 avril.)

Scheuer (H.). Zur Therapie der Cholelithiasis. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 juin.)

Schmidt (M.). Magenblutung nach Cholecystektomie. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 5-6.) — Hémorrhagie gastrique consécutive à la cholécystectomie.

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Chaleix-Vivie (M.). et **Kobler** (D.). Technique nouvelle de l'emploi du bleu de méthylène chimiquement pur dans le traitement des métrites. (*Rev. de gynécol., d'obstét. et de péd. de Bordeaux*, juillet.)

Fabre et **Piéry**. Histoire obstétricale d'un bassin vicié par fracture; radiographie métrique du bassin. (*Lyon méd.*, 29 juillet.)

Hardy (G.). Menstruation et pathologie menstruelle. (*Ann. de la Soc. médico-chir. de Liège*, août-sept.)

Heinsheimer (F.). Ein Fall von puerperaler Sepsis, behandelt mit Unguentum Credé. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 20 juin.)

Kirch. Extraktion eines lebenden Kindes 19 Minuten nach dem Tode der Mutter. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 23 juin.) — Extraction d'un enfant vivant dix-neuf minutes après la mort de la mère.

Kolbe (J.). Eine gegen Ende des ersten Monats durch Ruptur und Verblutung schnell tötlich ablaufende Tubenschwangerschaft; nebst bildlicher Wiedergabe des Leichenpräparates. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.) — Grossesse tubaire terminée par la rupture du sac fœtal avec hémorrhagie mortelle, à la fin du premier mois.

Legueu (F.) et **Cabaniols** (C.). Pathogénie des kystes tubo-ovariens. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, mai-juin.)

Lubimov (A.). Sarcoma hydropicum papillare (en russe). (*Journ. akouch. i jénsk. boliézn.*, fév.)

Magniaux. Un nouveau procédé d'accouchement prématuré. (*Normandie méd.*, 1er et 15 juin.)

Nägeli (O.). Ueber individuelle Schwangerschaftszeichen nebst einer Bemerkung über die anatomischen Verhältnisse des Orificium extr. urethrae. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 juin.) — Des signes [subjectifs] individuels de la grossesse et de quelques particularités anatomiques de l'orifice externe de l'urèthre.

Neugebauer (F.). Quarante-quatre erreurs de sexe révélées par l'opération; soixante-douze opérations chirurgicales d'urgence, de complaisance ou de complicité pratiquées chez des pseudo-hermaphrodites et personnes de sexe douteux. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, mai-juin.)

Novy (B.). Ein Fall von primärem Tubencarcinom. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.)

PÉDIATRIE

Callari (I.). Sulla produzione sottolinguale o «malattia del Riga»; contributo clinico-istologico. (*Pediatria*, mai.)

Cioffi (E.). La paura come causa di morte nei bambini con lievi scottature. (*Riforma med.*, 19, 20 et 21 juin.) — La peur comme cause de mort chez les enfants atteints de brûlures légères.

Epstein (A.). Ueber Angina chronica leptothricia bei Kindern. (*Prag. med. Wochensch.*, 31 mai.)

Friedmann (F.). Ueber die Bedeutung der Gaumentonsillen von jungen Kindern als Eingangspforte für die tuberkulöse Infection; vorläufige Mitteilung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 juin.) — Les amygdales comme porte d'entrée de l'infection tuberculeuse chez les petits enfants.

Galli (P.). Segno di Kernig e meningismo. (*Riv. critica di clinica medica*, 13 et 20 oct.)

Hallé (J.). Deux cas d'arthrite blennorrhagique chez l'enfant : arthrite sterno-claviculaire; arthrite de la hanche. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, juin.)

Lange. Idiopathische Osteopsathyrosis. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 juin.)

HYGIÈNE

Hilsum (M.). Bakteriologische Untersuchungen eines Schwimmbades in Bezug auf Selbstreinigung. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 26 mai.) — Recherches bactériologiques sur l'autopurification d'une piscine.

Lehmann (K. B.). Die Methoden der praktischen Hygiene. Lehrbuch zur hygienischen Untersuchung und Beurteilung. 2e éd. In-8o, 697 p. avec fig. Wiesbaden. J. F. Bergmann.

Pedrazzini (I. S.). Igiene del contadino. In-12, 127 p. Milan. — L'hygiène du paysan.

Poujol (J.). La lutte contre les maladies infectieuses en général et le paludisme en particulier. In-8o, 32 p. Alger.

Prausnitz (W.). Grundzüge der Hygiene unter Berücksichtigung der Gesetzgebung des deutschen Reichs und Oesterreichs. 5e éd. In-8o, 533 p. avec fig. Munich. J. F. Lehmann.

Uruñuela (J.). Profilaxis de la viruela en Bilbao. (*Gac. méd. del Norte*, 30 sept.)

Weyl (Th.). Untersuchungen zur Strassenhygiene. In-8o, 103 p. avec fig. Berlin. — L'hygiène des rues.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Binda (C.). Considerazioni medico-legali su un caso di ernia scrotale bilaterale voluminosissima. (*Morgagni*, juin.)

Guérin (P.). De la toxicité des physalies. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Messerer. Ueber den Befund bei Erstickung durch Einwirkung auf den Hals. (*Münch. med. Wochensch.*, 22 et 29 mai.) — Des lésions anatomiques dans la strangulation.

Mircoli (S.). Sulle responsabilità dei tubercolosi. (*Gazz. degli Osped.*, 3 juin.)

Modica (O.). Glicogeno e glucosio nel fegato in medicina forense. (*Gazz. degli Osped.*, 3 juin.)

Nina-Rodrigues. Des formes de l'hymen et de leur rôle dans la rupture de cette membrane. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.)

Sternberg (M.). Notiz über den Thorax der Metalldrucker. (*Wien. klin. Wochensch.*, 21 juin.) — De la déformation du thorax chez les tourneurs en métaux.

Veyga (F. de). Estudios medico-legales sobre el código civil argentino. In-8o, 558 p. Buénos-Ayres.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Andérodias. Quelques résultats de l'opothérapie surrénale dans le traitement de la maladie d'Addison. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 juin, 1er, 15 et 22 juillet.)

André (E.-L.). Deux observations concernant l'action curative et l'action préventive du sérum antitétanique. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juin.)

Battesti (F.). Traitement de la tuberculose par la viande crue dialysée. In-8o, 4 p. Bastia.

Biernacki (J.) et **Jones** (P. N.). The treatment of small-pox by salol. (*Brit. Med. Journ.*, 2 juin.) — Le salol dans le traitement de la variole.

Broeckaert. La sérothérapie dans la diphtérie. (*Bull. de la Soc. belge d'otol. et de laryngol.*, V, 1.)

Carrière (G.) et **Vanverts** (J.). Etude clinique et expérimentale sur l'action de la thyroïdine dans la consolidation des fractures. (*Echo méd. du Nord*, 24 juin.)

Cavazzani (A.). Sulla cura iodica del tifo. (*Riforma med.*, 5 et 6 juin.)

Dasso (F.). Seroterapia en el carbunclo externo del hombre. (*Thèse de Buénos-Ayres.*) — Sérothérapie de la pustule maligne.

Hecht (A.). Zur Therapie der Scharlach-Diphtherie und Nephritis. (*Therapie der Gegenwart*, juin.)

Schwabe. Hämaturie und Gelatine; eine kurze Besprechung der blutcoagulirenden Eigenschaft der Gelatine. (*Therap. Monatsh.*, juin.)

ÉLECTROTHÉRAPIE

Bordier (H.). La franklinisation hertzienne. (*Arch. d'électricité méd.*, juin.)

Foveau de Courmelles. L'électricité et ses applications. In-16, 185 p. avec fig.

Gourlay (du). Etude sur le traitement des lésions de l'appareil lacrymal par l'électricité. (*Ann. d'oculist.*, mai.)

Leduc (S.). Introduction des substances médicamenteuses dans la profondeur des tissus par le courant électrique. (*Ann. d'électrobiologie*, sept.-oct.)

Salaghi (S.). Eccitatore a sostegno per le applicazioni elettriche alla faccia e al collo. (*Bull. delle scienze med. di Bologna*, sept.)

Stembo (L.). Ueber die schmerzberuhigende Wirkung der Röntgenstrahlen. (*Therapie der Gegenwart*, juin.) — Des effets analgésiques des rayons de Röntgen.

Tovölgyi (E. von). Die Elektrotherapie bei Blasenstörungen auf Grund organischer Nervenleiden. (*Therapie der Gegenwart*, juin.) — L'électrothérapie dans le traitement des troubles de la vessie liés à des affections organiques du système nerveux.

Zimmern (A.). Traitement des fibromes par l'électricité. (*Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, janv.-fév., mars-avril et mai-juin.)

GLYCÉROPHOSPHATE

SCHAFFNER *(Granulé)*

Glycérophosphate de Chaux

RECONSTITUANT GÉNÉRAL du

SYSTÈME NERVEUX (Neurasthénie, Névrose)

Prix du Flacon au Corps Médical : 2 fr. 25.

PEPTONATE DE FER SCHAFFNER

en Gouttes Concentrées.

Le Peptonate de Fer Schaffner, en gouttes concentrées, est bien supérieur à tous les Peptonates de Fer:

1° Comme assimilation;

2° Par la Forme et l'emploi de son Compte-gouttes;

3° Par son prix exceptionnel.

Prix du Flacon au Corps Médical : 1 fr. 25.

M. SCHAFFNER, *58, Rue de Douai, à Paris,* envoie gratuitement à MM. les Docteurs qui veulent bien lui en faire la demande des échantillons de ses produits.



VIN GIRARD

de la Croix de Genève

IODO-TANNIQUE PHOSPHATÉ

SUCCÉDANÉ de L'HUILE de FOIE de MORUE

Apéritif, Tonique et Reconstituant par excellence

MEMBRE du JURY — DIPLOMES d'HONNEUR — MÉDAILLES d'OR et d'ARGENT

Un flacon de **VIN GIRARD** (1/2 litre environ) renferme les principes médicamenteux contenus dans 5 litres d'huile de foie de morue.

Le **SIROP GIRARD** *possède les mêmes éléments médicamenteux recommandé plus particulièrement dans la médecine des Enfants.*

A. GIRARD, 22, Rue de Condé, Paris et toutes Pharmacies.

DOSAGE

Un Verre à Madère de *VIN GIRARD* contient :

Iode bi-sublimé... 0 gr. 075 mil.
Tannin pur...... 0 gr. 50 cent.
Phosphate de Chaux 0 gr. 75 cent.

MODE D'EMPLOI

2 à 3 verres à madère par jour pour une grande personne.

2 à 4 cuillerées à bouche par jour pour un enfant.

2 à 4 cuillerées à dessert par jour pour un enfant au-dessous de 8 ans.

20e ANNÉE. — N° 51. **Vingt centimes le numéro.** 12 DÉCEMBRE 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de ne point attendre la fin du mois pour nous adresser le montant de leur renouvellement, afin de leur éviter tout retard dans la réception du journal.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Brissaud, professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie, est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie médicale.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. L.-A. Martin, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE MONTPELLIER

Abeilhou. Sur les formes artérielles de la syphilis cérébrale.

Arnaud. La nirvanine et ses applications en chirurgie.

Arrous. Action diurétique des sucres en injections intraveineuses.

Atger (J.). De la dysplasie des parties molles comme contre-indication à l'accouchement prématuré dans les cas de bassin généralement rétréci.

Aubouy. Fracture de l'épiphyse supérieure du tibia communiquant avec l'articulation.

Azaïs (Ch.). Le lipome du pied.

Bassaget. Traitement du leucome par l'ammoniaque.

Blanc. Contribution à l'étude de la dégénérescence calcaire des fibromyomes utérins.

Boissier. Etude clinique du cancer primitif du corps de l'utérus.

Bouquet. Les médecins et la nouvelle loi sur les accidents.

Breton. Syphilis et prostitution.

Burtez. L'œuvre botanique de Louis Gérard (1733-1819).

Cabanes. Du sérum artificiel dans les pneumonies graves.

Catanéï. Contribution à l'étude de l'hygroma de la bourse séreuse de l'ischion.

Cauvy. Contribution à l'étude des arthropathies tabétiques; valeur diagnostique de la radiographie.

Channac. Des abcès tardifs du foie à évolution lente.

Chassaigne. La part de l'urémie dans les accès pernicieux comateux.

Chassy. Contribution à l'étude de la môle hydatiforme.

Chomienne. Le laboratoire départemental de bactériologie de Constantine.

Clerc. Des formes cliniques de l'eczéma aigu.

Condomines (L.). Contribution à l'étude de l'ostéomyélite à localisations multiples et successives.

Coste-Martial. Traitement du torticolis chronique congénital; de la nécessité d'une extirpation partielle du sterno-mastoïdien dans certaines variétés de torticolis chronique.

Damianoff. Recherches histologiques sur la cristalloïde et sur la zonule de Zinn.

Dechenne. Des nouveaux procédés du traitement du varicocèle.

Dibon. Etude sur le cancer primitif du péritoine.

Diétrich (de). Contribution radiographique à l'étude anatomo-pathologique des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Dorson. De la transformation maligne des nævi pigmentaires.

Dufour. Contribution à l'étude des tumeurs blanches.

Espitalier. Le mal de mer et son traitement.

Fabre. Contribution à l'étude du traitement des fractures de la rotule.

Fornari. Un cas de maladie de Parrot.

Gauzy. Quelques considérations sur l'aliénation mentale chez les militaires des armées de mer.

Gayraud. Contribution à l'étude des lymphangiomes de la face.

Génova. A propos de deux cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de Marie; de la signification et de la valeur du terme pneumique.

Gérard. Contribution à l'étude du traitement du tétanos.

Gigante. Des kystes dermoïdes latéraux du cou.

Ginsburg. De l'épilepsie chez l'enfant dans ses rapports avec l'évolution dentaire.

Lafon (Emile). Contribution à l'étude clinique des phlegmons diffus chez les alcoolo-diabétiques.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bakunin (Sofia). Disturbi circolatorii della mucosa uterina e interruzione della gravidanza da pletora idremica sperimentale. (*Atti dell'Accad. med.-chir. di Napoli*, LIV, 1.)

Cascino (R.). Ricerche sperimentali sulla etiologia e patogenesi dell'appendicite. (*Giorn. dell'Assoc. napol. dei med. e natural.*, X, 4.)

Enderlen. Experimentelle Harnblasenplastik. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, LV, 5-6.) — Recherches expérimentales sur l'autoplastie vésicale.

Michelazzi (A.). Ricerche istologiche e sperimentali sulla distruzione e rigenerazione del parenchima splenico nelle malattie d'infezione. (*Policlinico*, 1er juin, 1er juillet et 1er août.)

Pavlov (J. P.). Das Experiment als zeitgemässe und einheitliche Methode medizinischer Forschung, dargestellt am Beispiel der Verdauungslehre. (Trad. du russe par A. Walther.) In-8°, 46 p. Wiesbaden. J. F. Bergmann. — L'importance de l'expérimentation en médecine, démontrée par l'étude de la digestion.

Pugliatti (V.). Contributo sperimentale allo studio dell'azione di alcuni veleni sulla eccitabilità elettrica, diretta e indiretta (stimolo sul nervo), dei muscoli volontarii. (*Gazz. degli Osped.*, 3 juin.)

Schultz (Mme N.). Contribution à l'étude de la pneumonie fibrineuse; infection des poumons par la voie sanguine. (*Arch. des scienc. biol. de Saint-Pétersbourg*, VIII, 1.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Balch (A.). A possible cause of azoturia. (*Journ. of the Boston Soc. of Med. Scienc.*, mai.)

Bordet (J.). Les sérums hémolytiques, leurs antitoxines et les théories des sérums cytolytiques. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.)

Chiaruttini (E.). Contributo alla patogenesi della emoglobinuria parossistica. (*Arch. per le scienze med.*, XXIV, 1.)

Courmont (J.) et **Montagard** (V.). La leucocytose dans la variole. (*Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet.)

Donath (J.). Zur Kenntnis der agglutinirenden Fähigkeiten des menschlichen Blutserums. (*Wien. klin. Wochensch.*, 31 mai.) — Des propriétés agglutinantes du sérum humain.

Funck (M.). Das antileukocytäre Serum. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 26 mai.)

Nolf (P.). Contribution à l'étude des sérums antihématiques. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai.)

Vannini (G.). Ueber den Stoffwechsel bei Diabetes insipidus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 juillet.) — Les échanges intra-organiques dans le diabète insipide.

MÉDECINE

Arnaud (F.). Les hémorrhagies des capsules surrénales. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.)

Blumenthal (F.). Zur Methode der Hippursäurebestimmung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 3-4.) — Du dosage de l'acide hippurique.

Buttersack. Zur Percussion der Lungen-Milzgrenze. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 3-4.) — Les limites du poumon et de la rate déterminées au moyen de la percussion.

Caccini (V.). Anemia essenziale perniciosa; tipo familiare; guarigione con la terapia midollare. (*Riforma med.*, 2, 3 et 4 juillet.)

Cominotti (V.). Hyperglobulie und Splenomegalie; Hyperglobulie und Splenektomie. (*Wien. klin. Wochensch.*, 27 sept.)

Dagron. Mobilisation précoce dans la phlébite. In-8°, 23 p. Clermont.

Dieulafoy (G.). Manuel de pathologie interne. 13e éd. 4 vol. In-12, 3521 p. avec fig. Masson et Cie.

Drasche. Ueber bilateralen Pneumothorax. (*Wien. med. Wochensch.*, 30 juin.)

Frese (O.). Ueber schwere Anämie bei metastatischer Knochencarcinose und über eine « myeloide » Umwandlung der Milz. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, LXVIII, 3-4.) — De l'anémie grave dans le cancer métastatique des os et d'une transformation « myéloïde » de la rate.

Fromm (E.). Welche klinische Bedeutung besitzen ephemere, auf den Aufnahmetag im Krankenhaus beschränkte, Temperatursteigerungen? (*Centr.-Bl. f. inn. Med.*, 30 juin.) — De la signification clinique des hyperthermies passagères coïncidant avec l'entrée du malade à l'hôpital.

Gibbes (C.). The action of the heart in mitral stenosis. (*Edinburgh Med. Journ.*, août.) — Le cœur dans le rétrécissement mitral.

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Massalongo (R.). Epatismo e nevropatia. (*Atti dell'Istituto veneto di scienze, lettere ed arti*, LIX, 2e partie.)

Moczutkowski (O.). Rückenmarksschwindsucht (Tabes dorsalis). In-8°, 96 p. Berlin. O. Coblentz.

Pedrazzini (F.). Sclerodermia ed atiroidismo; descrizione di caso clinico e considerazioni relative. (*Gazz. med. lombarda*, 8, 15, 22 et 29 juillet.)

Rotondi (G.). Alcune osservazioni ed esperienze sulla etiologia del mal di mare. (*Clinica medica italiana*, fév.)

Simek (J.). Ocni poruchy u hysterie; prispevek k differencialni diagnose hysterie a epilepsie. (*Casopis lékaru ceskych*, 9 et 16 juin.) — Les lésions de l'œil dans l'hystérie; diagnostic différentiel de l'hystérie et de l'épilepsie.

Stefanowska (Mlle). Etude histologique du cerveau dans le sommeil provoqué par la fatigue. (*Journ. de neurol.*, 20 mai.)

Steinhausen (A.). Ueber isolirte Deltoideslähmung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 14 juin.) — De la paralysie isolée du deltoïde.

Touche. Fracture de la colonne cervicale au cours d'un mal de Pott; paralysie des quatre membres; anesthésie à topographie radiculaire. (*Rev. neurol.*, 30 mai.)

Trömmer (E.). Das Jugendirresein (Dementia praecox). (*Samml. zwangloser Abhandl. auf dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankh.*, III, 5.)

Van Gehuchten (A.). A propos d'une disposition anormale des fibres de la pyramide bulbaire. (*Journ. de neurol.*, 5 mai.)

Verger (H.). Contribution à l'étude des paralysies nucléaires du trijumeau. (*Rev. neurol.*, 30 mai.)

Vyroubov (N.). Des terminaisons centrales et des connexions des septième et huitième paires crâniennes (en russe). (*Vratch*, 13 mai.)

CHIRURGIE

Brabec (A.). Ueber malignes Oedem. (*Wien. klin. Rundschau*, 25 fév. et 4 mars.)

Chavannaz (G.). De l'éviscération post-opératoire spontanée. (*Rev. de gynécol., d'obstét. et de péd. de Bordeaux*, mai et juin.)

D'Alessandro (F.). Ferite del fegato e della milza occorse nell'Ospedale di Loreto dal 1895 al 1899. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 15 fév.) — Blessures du foie et de la rate.

Köhler (A.). Ileus durch Strangbildung; Laparotomie, Lösung der Stränge; nach drei Tagen wieder Ileus; zweite Laparotomie, Ileocolostomie, Heilung. (*Deutsche militärärztl. Zeitsch.*, avril.)

Rebordão (F.). Kystos dermoides do rim (um caso clinico). (*Thèse de Porto.*) — Kyste dermoïde du rein.

Sheild (A. M.). A case bearing on the parasitic nature of mammary cancer. (*Brit. Med. Journ.*, 16 juin.) — Une observation de cancer du sein à l'appui de la théorie de l'origine parasitaire des carcinomes.

Sorge (G.). Stenosi pilorica; gastro-digiunostomia alla Doyen. (*Nuova rivista clinico-terapeutica*, III, 9.)

Stokes (Sir W.). Remarks on Mauser bullet wounds and amputation. (*Brit. Med. Journ.*, 16 juin.) — Amputations dans les cas de plaies par armes à feu (balle Mauser).

Tartaro (G.). Una tenorrafia mediata secondaria per ferita d'arma da fuoco. (*Gazz. degli Osped.*, 27 mai.)

Tauber (A.). Cephalocele basilaris bei einer 30jährigen Frau; klinisch-anatomische Skizze. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 2.)

Thévenot (L.). Note sur les adénites géniennes; nouvelles observations. (*Lyon méd.*, 17 juin.)

Tiele (V.). Ligature simultanée de la carotide primitive et de l'artère sous-clavière du côté droit pour anévrysme du tronc brachio-céphalique (en russe). (*Vratch*, 20 mai.)

Treyer (A.). Résultats du traitement chirurgical des tubercules cérébraux. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, mai et juin.)

Trunecek (C.). Arsenik als diagnostisches Mittel in der Behandlung des Epithelialkarzinoms. (*Deutsche Med.-Ztg.*, 14 juin.)

Vulliet (H.). Occlusions intestinales et étranglement herniaire. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juin.)

Weiss (Th.). Considérations sur quelques faits exceptionnels d'appendicite. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juin.)

Woolmer (S.). Surgical aspects of constipation. (*Lancet*, 16 juin.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Chaleix-Vivie (M.). Innocuité de l'amputation anaplastique du col relativement aux grossesses et accouchements ultérieurs (nouveaux faits personnels). (*Rev. de gynécol., d'obstét. et de péd. de Bordeaux*, août.)

Coen (G.). La cura chirurgica del prolasso completo dell'utero. (*Ann. di ostet. e ginecol.*, juillet.)

Fabre (J.). De l'emploi de la position *sur le ventre* en radiométrie obstétricale. (*Province méd.*, 15 sept.)

Oliva (L.). Il valore clinico della reazione iodofila di Ehrlich nei globuli bianchi del sangue in ostetricia e ginecologia; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 17 juin.)

Orlov (V.). Un cas de sarcome de la vulve (en russe). (*Vratch*, 26 mai.)

Palm (R.). Ueber die Massagebehandlung bei tubaren Erkrankungen. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.) — Le massage dans le traitement des affections tubaires.

Pincus (L.). Temperaturmessungen bei der Atmokausis. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 23 juin.) — De la thermométrie au cours de la vaporisation intra-utérine.

Reinecke (K.). Zur Retroflexio uteri gravidi cum incarceratione. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 juin.)

Sänger (M.) et **Herff** (O. von). Encyklopädie der Geburtshülfe und Gynäkologie. Fasc. 10 et 11. In-8°, p. 433 à 526. Leipzig. F. C. W. Vogel.

Santangelo (D.). Un caso di falso tumore e gravidanza immaginaria in secondo tempo. (*Supplem. al Policlinico*, 4 août.)

Semb (O.). Om appendicit under svangerskab, födsel og barselseng. (*Norsk Mag. for Lægevidenskaben*, juin.) — L'appendicite au cours de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.

Soloviev (A.). Six cas de grossesse extra-utérine (en russe). (*Méd. Obozr.*, juin.)

Spassokoukozky (S.). Eine neue Methode, Vesicovaginalfisteln zuzunähen. (*Centr.-Bl. f. Gynäkol.*, 23 juin.) — Un nouveau procédé de suture des fistules vésico-vaginales.

Talbot. Circoncision rituelle de la femme dans l'Afrique occidentale. (*Ann. d'hyg. et de méd. colon.*, avril-mai-juin.)

Theilhaber (A.). Die Gefahren der Scheidenirrigationen. (*Münch. med. Wochensch.*, 12 juin.) — Les dangers des injections vaginales.

Thorn. Zur operativen Heilung der Inversio uteri nebst einigen Bemerkungen zu ihrer Aetiologie und forensischen Bedeutung. (*Münch. med. Wochensch.*, 19 juin.)

Timmermann (W.). Der Einfluss der Geburtsverletzungen des Introitus vaginae auf das Wochenbett. (*Arch. f. Gynäkol.*, LX, 3.) — Influence, sur les suites de couches, des lésions traumatiques de l'orifice vaginal survenues pendant l'accouchement.

Tomson (G.). De la colpotomie (en russe). (*Journ. akouch. i jénsk. boliézn.*, mars.)

Zennaro (G.). Sui miofibromi dell'utero. (*Riforma med.*, 26, 28 et 29 mai.)

PÉDIATRIE

Marfan (A.-B.). Les gastro-entérites des nourrissons (étiologie, pathogénie, prophylaxie). In-8°, 128 p.

Ménard (V.). Etude pratique sur le mal de Pott. In-8°, 456 p.

Muggia (A.). L'alimentazione del bambino. (*Pediatria*, avril.)

Nota (A.). Resoconto clinico statistico della sezione chirurgica dell'Ospedale infantile Regina Margherita in Torino (sessennio dal 1° Gennaio 1894 al 31 Dicembre 1899). In-8°, 149 p. avec fig. Turin.

Regnault (F.). Formes du crâne dans l'hydrocéphalie. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, juin.)

Rheiner (G.). Ueber Pneumonie im Kindesalter. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 mai et 1er juin.) — La pneumonie chez les enfants.

Rothschild (H. de). Bibliographia lactaria : bibliographie générale des travaux parus sur le lait et sur l'allaitement jusqu'en 1899. In-8°, 584 p.

Schkarin. Eitrige Pleuritiden bei Säuglingen. Bacteriologie. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LI, 6.) — Bactériologie des pleurésies purulentes chez les nourrissons.

Thirring (G.). Die Kindersterblichkeit in Budapest. (*Pest. med.-chir. Presse*, 3 et 10 juin.) — La mortalité des enfants à Budapest.

Trischitta (V.). Le afasie nei bambini come complicazioni nel decorso di malattie infettive. (*Gazz. degli Osped.*, 17 juin.)

Weill (E.) et **Lesieur** (Ch.). De la fièvre typhoïde infantile à forme exanthématique (taches rosées abondantes). (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, mai et juin.)

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Goyens. Corps étrangers dans les voies respiratoires sous-glottiques. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, juillet-août-sept.)

Martzinovsky (E.). De quelques microbes trouvés dans les cryptes amygdaliennes (en russe). (*Méd. Obozr.*, juin.)

Mygind (H.). Kortfattet fremstilling af de överste luftvejes sygdomme. In-8°, 206 p. avec fig. Copenhague. — Les maladies des voies respiratoires supérieures.

Piffl (O.). Ueber acute Mittelohrentzündung und ihre Behandlung. (*Prag. med. Wochensch.*, 24 et 31 mai, 7 et 14 juin.) — De l'otite moyenne aiguë et de son traitement.

Schwendt (A.). Einige Beobachtungen über die hohe Grenze der menschlichen Gehörwahrnehmung. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XLIX, 1.) — Quelques observations sur la limite supérieure de la perception auditive chez l'homme.

Suckstorff (A.). Lymphangiom des Rachens mit Bildung croupöser Membranen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 1.) — Lymphangiome du pharynx avec fausses membranes.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

Klapp (R.). Ueber die Behandlung von Gelenkergüssen mit heisser Luft. (*Münch. med. Wochensch.*, 5 juin.) — Du traitement des épanchements articulaires par l'air surchauffé.

Nemtchenkov (V.). Traitement des lésions locales d'origine infectieuse (phlegmons, anthrax, érysipèle, charbon, morve, lupus, diphtérie, rhumatisme articulaire, etc.) par les injections d'eau phéniquée (en russe). (*Vratch*, 27 mai.)

Pabst (A.). Zur Kenntnis der Wirkung des weissen und schwarzen Fleisches bei chronischer Nierenerkrankung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 18 juin.) — Des effets de l'ingestion de viande blanche et de viande noire dans la néphrite chronique.

Raulin (L.). Un cas de diphtérie hypertoxique; traitement prolongé par les injections de sérum antidiphtérique; guérison. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 29 juillet et 5 août.)

Schamelhout (G.). Les indications thérapeutiques de l'alcool. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, juin.)

Trischitta. Le iniezioni di acido fenico nella cura dei flemmoni. (*Riforma med.*, 18 juin.)

Zeuner (W.). Leberthraninjectionen bei Tuberculose. (*Therap. Monatsh.*, juin.) — Des injections [rectales] d'huile de foie de morue chez les tuberculeux.

BACTÉRIOLOGIE

Funck (M.). Manuel de bactériologie clinique. In-8°, 185 p. avec fig. Bruxelles. H. Lamertin.

Nakanishi (K.). Bacillus variabilis lymphae vaccinalis, ein neuer, konstant in Vaccinepusteln vorkommender Bacillus. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 26 mai.)

Römer (P.). Ein Beitrag zur Frage der Wachstumsgeschwindigkeit des Tuberkelbacillus. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 9 juin.) — Sur la rapidité de croissance des bacilles de la tuberculose.

Salzwedel et **Elsner**. Ueber die Werthigkeit des Alkohols als Desinfectionsmittel und zur Theorie seiner Wirkung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 4 juin.) — Recherches bactériologiques sur le pouvoir désinfectant de l'alcool.

Schégolev (M.). Bourgeonnement en pattes d'araignées des bacilles d'Eberth-Gaffky comme signe permettant d'établir le diagnostic de la fièvre typhoïde (en russe). (*Roussk. arkh. patol., klin. méd. i baktériol.*, avril.)

Sion (V.). Der Einfluss des Organismus kaltblütiger Tiere auf den Bacillus der menschlichen Tuberkulose; eine kritisch-experimentelle Studie. (*Centr.-Bl. f. Bakteriol.*, 9 juin.) — Influence exercée par l'organisme des animaux à sang froid à l'égard du bacille de la tuberculose humaine.

Stähler (F.) et **Winckler** (E.). Sind die aus Vaginalsekret zu züchtenden Streptokokken eine besondere, von Streptococcus pyogenes unterscheidbare Art von Kettenkokken? (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, juin.) — Recherches sur les streptocoques de la sécrétion vaginale.

Valagussa (F.) et **Ortona** (C.). Sulla resistenza e sul potere patogeno di alcuni microrganismi nel latte. (*Ann. d'igiene sperim.*, X, 3.)

GÉNÉRALITÉS

Bruchon. Des difformités, infirmités et maladies reproduites dans les œuvres d'art. In-8°, 36 p. Besançon.

Dumas. Le conseil de revision : ce qu'il est, ce qu'il devrait être. (*Echo méd. des Cévennes*, juillet.)

Exposé sommaire des observations présentées par diverses autorités statistiques à la commission internationale chargée de reviser la nomenclature internationale des maladies (causes de décès; causes d'incapacité de travail) (Bertillon, classification). In-8°, 94 p.

Gires (E.). L'instruction dentaire à l'étranger. In-8°, 88 p.

Grande (E.). Ospedale civile di Nicastro, 1899-1900; resoconto statistico in quadri sinottici con osservazioni clinico-terapeutiche. In-8°, 25 p. Nicastro.

Paris médical; assistance et enseignement. In-8°, 402 p.

Pazzi (M.). La prima pietra della biblioteca della associazione nazionale della stampa sanitaria alla esposizione nazionale d'igiene in Napoli, 1900. In-4°, 39 p. Bologne.

Peri (A.). Relazione statistica sommaria del servizio prestato nella casa di soccorso e nell'ambulanza medico-chirurgica municipale in Sestri Ponente (dal 5 Febbraio al 5 Agosto 1900). In-8°, 63 p. Sestri Ponente.

Premier Congrès international de la presse médicale (Paris, 1900) : rapports et informations générales. In-8°, 159 p.

Ruppel (W. G.). Die Proteïne. (*Beiträge zur experim. Therapie*, 4.)

Schreiber (E.). Medicinisches Taschenwörterbuch für Mediciner und Juristen. In-12, 125 p. Strasbourg. — Dictionnaire médical à l'usage des médecins et des juristes.

Truc (H.). Considérations sur l'enseignement médical dans les Universités françaises. (*Rev. de méd.*, nov.)

20e ANNÉE. — N° 52 **Vingt centimes le numéro.** 19 DÉCEMBRE 1900.

LA

SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

BUREAUX
Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris
Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.
Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT
France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MEDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de nous adresser au plus tôt le montant de leur renouvellement.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES FRANÇAISES

Ecole de médecine de Reims. — M. le docteur M.-Ch. Simon, suppléant, est nommé professeur de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.

VARIA

Distribution des prix de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences de Paris pour 1900.

Hier a eu lieu la distribution des prix de l'Académie de médecine de Paris pour 1900. Parmi les lauréats, nous relevons les noms suivants de confrères étrangers : M. le docteur G. Pagano (de Palerme), à qui a été décerné le prix Mathieu Bourceret (1,200 fr.), pour son travail sur *La sensibilité du cœur et des vaisseaux sanguins;* M. le docteur T. Yabé (médecin de la marine japonaise), qui a reçu sur le prix Barbier un encouragement de 500 fr., pour son *Premier mémoire sur l'étude de l'immunité de la tuberculose;* M. le docteur P. Héresco (de Bucharest), qui a obtenu sur le prix Chevillon une récompense de 200 fr. pour sa thèse intitulée : *De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein;* M. le docteur A. Valassopoulo (d'Alexandrie), à qui il a été accordé sur le prix Alvarenga une mention honorable avec une somme de 200 fr. pour son étude sur *La peste d'Alexandrie en 1899 au point de vue clinique et épidémiologique.*

De son côté, l'Académie des sciences a procédé lundi dernier à la distribution des prix pour la présente année. Un prix Bellion a été décerné à M. le docteur Samuel Gache (de Buénos-Ayres), pour son livre intitulé : *Les logements ouvriers à Buénos-Ayres.* Mlle Joteyko, docteur en médecine à Bruxelles, a reçu la moitié du prix Montyon (*physiologie*), pour ses travaux sur les centres nerveux et la fatigue.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Bergeron, ancien médecin des hôpitaux de Paris, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine. — M. le docteur Berne, ancien professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur L. Robert, député des Basses-Alpes. — M. le docteur R. Altmann, professeur extraordinaire d'histologie à la Faculté de médecine de Leipzig. — M. le docteur Horace Tracy Hanks, professeur de gynécologie à la New York Post-Graduate Medical School and Hospital.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE MONTPELLIER

Abd-el-Aziz (M.). Contribution à l'étude de l'hémiplégie typhique.

Graziani. Contribution à l'étude des hernies inguinales et crurales de l'appendice iléo-cæcal suivies d'appendicite.

Grégoire (A.). La panophtalmie chez les diabétiques.

Guéchoff. La méthode des sacs de collodion appliquée à l'étude du bacille d'Eberth et du bacille coli.

Guérin. Contribution à l'étude de l'astragalectomie.

Guillaumat (H.). Contribution à l'étude du pyopneumothorax chez les tuberculeux; influence du pyopneumothorax sur l'évolution de la tuberculose.

Guisset. Essai sur le traitement de la tuberculose par l'hétol.

Hamilton (Mlle A. E.). Considérations sur les infirmières des hôpitaux.

Hugues (C.). Des fractures du tiers supérieur du cubitus compliquées de luxation de la tête radiale.

Jacquemet. Du myxœdème : ses formes frustes; son association au goitre exophtalmique.

Jaknin (Mlle). Influence de certaines conditions dysgénésiques sur les propriétés du bacillus coli communis, particulièrement sur sa propriété fermentative.

Jean. Contribution à l'étude des kystes uniloculaires des mâchoires.

Joudina (Mlle). Aperçu général sur la bactériologie de la broncho-pneumonie.

Kaltcheff (S. I.). De l'ouverture des kystes hydatiques du foie dans la cavité pleurale.

Kantcheff (N.). Des hygromas de la bourse séreuse des tendons de la patte d'oie.

Koutchinsky (Mlle). L'aphasie amnésique.

Krüger (A.). Contribution à l'étude de la syndactylie congénitale.

Lafon (Pierre). Du traitement du spina bifida.

Lagriffoul (A.). Contribution à l'étude expérimentale de la sérothérapie de la fièvre typhoïde.

Lamouroux (F.). Contribution à l'étude de la diurétine.

Layré-Dufau (A.). La typhoïde sudorale à forme bénigne.

Lazaroff (P.). Contribution à l'étude des ostéosarcomes de la colonne vertébrale.

Malbois. De la réparation de l'urèthre périnéal par la suture après l'uréthrotomie externe.

Mas. Le prurigo chez l'enfant.

Monier. Tableau clinique des fausses tumeurs de l'abdomen.

Muxart (A.). De la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde.

Nicolaï. De l'hystérie pulmonaire.

Paravicini. De la mort subite chez l'enfant (pathogénie et prophylaxie).

Pavlitis. Fibromes kystiques de l'utérus.

Péraldi. La médication cacodylique.

Romieux. De la suture ligamenteuse fibro-périostée sans fils perdus dans les fractures récentes de la rotule.

Saffar. Quelques remarques sur la fièvre intermittente parfaite en Algérie.

Salémi. Diabète et grossesse.

Saurel. De la grippe à forme typhoïde (étude clinique; diagnostic).

Sérinelli (F.). Relation d'une épidémie de rougeole à Septèmes (Bouches-du-Rhône).

Soubeiran (P.). De l'empyème des cellules ethmoïdales.

Souchon. Contribution à l'étude du torticolis musculaire congénital.

Stéfanini (A.). Quelques considérations sur l'incontinence d'urine chez l'enfant; ses rapports avec l'évolution dentaire.

Thieux (L.). De l'hystéropexie et de l'amputation du col utérin, considérées dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement.

Tsamboulas (S.). De l'emploi du calaya anneslea febrifuga.

Tuffou. Considérations générales sur le laryngotyphus.

Tzaneff. Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les alcooliques.

Vahan (P.). Contribution à l'étude de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur.

Veuve. Du traitement des orchi-épididymites par le salicylate de méthyle en applications locales.

Vigouroux. Contribution à l'étude de l'hémophilie chez l'enfant.

Viguier (L.). Contribution à l'étude des phlegmons du creux ischio-rectal.

Voronoff. De la péritonite à foyers multiples dans l'appendicite.

Zaïdmann (Mlle R.). Contribution à l'étude expérimentale du pouvoir pathogène des bacilles d'Eberth et du colibacille.

PHYSIOLOGIE

Capriati (V.). Influenza della elettricità sullo sviluppo degli organismi animali; nota preventiva. (*Ann. di nevrologia*, XVIII, 3.)

D'Amato (L.). Influenza delle diverse alimentazioni sulla quantità di estratto etereo del sangue. (*Riv. critica di clinica medica*, 7 et 14 avril.)

Francke (K.). Der Reizzustand. Physiologische Experimental-Untersuchungen. In-8°, 151 p. avec fig. et tracés. Munich. Seitz et Schauer. — Des oscillations de l'activité cardiaque, de la respiration et de la chaleur animale sous l'influence d'excitations.

Meyer (C. F.). Ist die Zeiss-Thoma'sche Zählkammer wirklich vom äusseren Luftdruck abhängig? (*Münch. med. Wochensch.*, 27 mars.)

Mühlmann (M.). Ueber die Ursache des Alters. Grundzüge der Physiologie des Wachstums mit besonderer Berücksichtigung des Menschen. In-8°, 195 p. avec fig. Wiesbaden. J. F. Bergmann. — La cause de la vieillesse; physiologie de la croissance.

ANATOMIE et HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Aschoff (L.) et **Gaylord** (H.). Kursus der pathologischen Histologie, mit einem mikroskopischen Atlas. In-8°, 340 p. avec 35 planches. Wiesbaden. J. F. Bergmann.

Bollinger (O.). Atlas und Grundriss der pathologischen Anatomie. I. Band : Zirkulations-, Respirations- und Digestionsapparat, sowie Leber, Gallenwege und Pankreas. 2e éd. In-8°, 217 p. avec 72 planches en couleurs. Munich. J. F. Lehmann.

Cunéo (B.) et **Lecène** (P.). Note sur les cellules interstitielles dans le testicule ectopique de l'adulte. (*Rev. de chir.*, juillet.)

D'Urso (G.). Le fibre elastiche nel tessuto di cicatrice. (*Boll. dell'Accad. med. di Roma*, XXVI, 7.)

Guerrini (G.). Delle minute modificazioni di struttura del rene e del fegato nella fatica; nota preventiva. (*Riforma med.*, 9 juillet.)

Herring (P.). The development of the Malpighian bodies of the kidney, and its relation to pathological changes which occur in them. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, juillet.)

Ribbert (H.). Ueber die Ausbreitung der Tuberkulose im Körper. In-4°, 20 p. avec fig. Marbourg. N. G. Elwert.

Traina (V.). Un caso di ginecomastia; osservazioni cliniche e microscopiche. (*Riforma med.*, 27 juin.)

Wadstein (E.). Bidrag till den tuberkulösa pleuritens pathologiska anatomi. In-4°, 14 p. avec fig. Lund.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Bornstein (K.). Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Saccharin. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 3-4.) — Sur l'action physiologique de la saccharine.

Cantacuzène (J.). Variations quantitatives et qualitatives des globules rouges, provoquées chez le lapin par les injections de sérum hémolytique. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin.)

Cantani (A.). Sul valore delle iniezioni endocraniche nella tecnica e nelle diagnosi batteriologiche. (*Riv. critica di clinica medica*, 19 et 26 mai.)

Dalla Vedova (R.). Ricerche sperimentali sulla patogenesi dell'ulcera gastrica; nota preliminare. (*Supplem. al Policlinico*, 14 juillet.)

D'Urso (G.) et **Trocello** (E.). Ricerche sperimentali sulla anastomosi latero-laterale del dotto deferente. (*Policlinico*, 15 juin.)

Farmakowska (Mlle E.). La cellule nerveuse du cœur du lapin; documents pour servir à l'étude de ses modifications sous l'influence de la digitale et du nitrate de potasse. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, juillet.)

Gaglio (E.). Sugli effetti che spiegano sull'occhio il taglio e la eccitazione del nervo trigemino. (*Riforma med.*, 5, 6 et 7 juillet.)

Michelazzi (A.). Ricerche sperimentali intorno al marasma dei lattanti nutriti con latte sterilizzato di animali tubercolotici. (*Supplem. al Policlinico*, 31 mars.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Corral y Maestro (L.). Elementos de patologia general. In-8°, 1107 p. avec fig. Valladolid. Andrés Martín Sánchez.

Eisen (G.). Preliminary report on the presence and nature of parasitic amœbæ (cancriamœba macroglossa) in the epithelial carcinomata. (*Med. Record*, 7 juillet.)

Erben (F.). Zur Kenntnis der chemischen Zusammensetzung lymphämischen Blutes. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 3-4.) — Recherches sur la composition chimique du sang lymphémique.

Gioffredi. Sull'azione biologica della nucleina tubercolare de Giaxa. (*Riforma med.*, 13 juillet.)

Leopold (G.). Untersuchungen zur Aetiologie des Carcinoms und über die pathogenen Blastomyceten. (*Arch. f. Gynäkol.*, LXI, 1.)

Wohlgemuth (J.). Beiträge zur Zuckerabspaltung aus Eiweiss. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 20 août.) — Formation de sucre aux dépens de l'albumine

MÉDECINE

Burzagli (G. B.). Un caso di occlusione intestinale acuta da grosso calcolo biliare. (*Gazz. degli Osped.*, 6 mai.)

Buttersack. Wie erfolgt die Infektion des Darmes? Eine pathologisch-physiologische Studie. (*Zeitsch. f. Tuberkulose und Heilstättenwesen*, I, 4 et 5.) — Sur le mode d'infection de l'intestin.

De Stefano (O.). Epifenomeni del catarra di stomaco che si credono ancora malattie primarie. In-8°, 203 p. Naples.

Dogliotti (A.). Del polso paradosso espiratorio nella tosse. (*Morgagni*, août.)

La Franca (S.). Sul valore clinico delle cellule jodofile nel sangue. (*Riforma med.*, 11 et 12 juillet.)

Moritz. Eine Methode, um beim Röntgenverfahren aus dem Schattenbilde eines Gegenstandes dessen wahre Grösse zu ermitteln (Orthodiagraphie) und die exacte Bestimmung der Herzgrösse nach diesem Verfahren. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 juillet.) — Sur un procédé pour déterminer les dimensions réelles d'un objet, en particulier du cœur, d'après son ombre radiographique (orthodiagraphie).

Mott (F. W.). A case of spleno-medullary leukæmia with hæmorrhage into the cochlea and semicircular canals, associated with deafness and loss of balance. In 8°, 11 p. avec fig. Londres.

O'Carroll (J. F.). On the accentuation of the second sound in the pulmonary area (Skoda's sign). (*Dublin Journ. of Med. Science*, sept.)

Petrén (K.). Bidrag till den kroniska lungtuberkulosens klinik. In-8°, 61 p. Stockholm.

Pic (A.) et **Tolot** (G.). Des formes anormales du cancer primitif du pancréas. (*Province med.*, 16, 23 et 30 juin.)

Polacco (R.). L'enteroptosi o malattia di Glénard; intorno ad un nuovo capitolo della patologia speciale medica. (*Morgagni*, juillet et août.)

Portucalis. Syphilis et tuberculose. (*Zeitsch. f. Tuberkulose und Heilstättenwesen*, I, 2 et 3.)

Rodriguez y Abaytúa (N.). La insuficiencia hepática. In-8°, 135 p. Madrid.

Taddei (D.). Di un emoangiosarcoma endoteliale della tonsilla. (*Clinica moderna*, 26 sept.)

Tinozzi (S.). Della transonanza plessimetrica del torace applicata alla diagnosi della tubercolosi polmonare incipiente. (*Riforma med.*, 21, 22, 23 et 24 août.)

Vannini (G.). Ueber den Stoffwechsel bei Diabetes insipidus. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 16 juillet.) — Des échanges intra-organiques dans le diabète insipide.

MALADIES INFECTIEUSES

André (E.-L.). Propriétés paraspécifiques du sérum antidiphtérique. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 août.)

Astros (L. d'). La méningite cérébro-spinale épidémique (forme à rémissions); valeur diagnostique de la ponction lombaire. (*Marseille méd.*, 1er juillet.)

Bezançon (F.) et **Griffon** (V.). Etude de la réaction agglutinante du sérum dans les infections expérimentales et humaines à pneumocoques. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet.)

Hofmann (A.). Ein Beitrag zur Kenntnis des Meningotyphus. (*Deutsche med. Wochensch.*, 12 juillet.)

Laitinen (T.). Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Empfindlichkeit des thierischen Körpers für Infectionsstoffe. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIV, 2.) — Influence de l'alcool sur la sensibilité de l'organisme animal à l'égard des agents infectieux.

Marx. Zur Theorie der Pasteur'schen Schutzimpfung gegen Tollwuth. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 juillet.) — Sur les vaccinations antirabiques d'après la méthode de Pasteur.

Meirelles (E.). Do sero-diagnostico na febre amarella. (*Brazil-medico*, 22 oct.)

Poskin (A.). Note sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement de quelques formes cliniques de la malaria. In-8°, 20 p. Bruxelles.

Silvagni (L.). Intorno al delirio nel corso delle malattie infettive. (*Riv. critica di clinica medica*, 22 et 29 sept. et 6 oct.)

Terni (C.). Febre amarella; etiologia e prophylaxia. (*Brazil-medico*, 8 mai.)

Valagussa (F.). Ricerche di tecnica sierodiagnostica nella febbre tifoide. (*Ann. d'igiene sperim.*, X, 1.)

Violi (G.). Sulle iniezioni profilattiche nella difterite. (*Pediatria*, juin.)

Ziemann (H.). Ueber Beziehungen der Moskitos zu den Malariaparasiten in Kamerun. (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 juin.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Adamkiewicz (A.). Das Regenbogensehen. (*Neurol. Centr.-Bl.*, 15 juillet.) — La vision des couleurs de l'arc-en-ciel, stigmate de névropathie.

Affleck (J.). Clinical notes on cases of beriberi. (*Edinburgh Med. Journ.*, juillet.)

Bechterew (V. von). Ueber eine Affection der Varol'schen Brücke mit bilateraler Lähmung der willkürlichen Augenbewegungen, Zwangslachen und Zwangsweinen, sowie frühzeitiger Atrophie der rechtsseitigen Unterschenkelmuskeln. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 3-4.) — Lésion protubérantielle avec ophtalmoplégie externe bilatérale, impulsions irrésistibles à rire et à pleurer et atrophie précoce des muscles de la jambe droite.

Comar (G.). Sur les rapports de la cénesthésie cérébrale avec l'amnésie hystérique. (*Rev. neurol.*, 30 juin.)

Dana (Ch.) et **Schlapp** (M.). The non-suppurative inflammations of the brain, with report of a case of hemorrhagic (malarial?) encephalitis. (*Med. Record*, 7 juillet.)

Dubois. Des troubles gastro-intestinaux du nervosisme. (*Rev. de méd.*, juillet.)

Koch (J. L.). Abnorme Charaktere. (*Grenzfragen des Nerven- u. Seelenlebens*, 5.)

Manson (P.) et **Mott** (F.W.). African lethargy, or the sleeping sickness. (*Transact. of the Pathol. Soc. of London*, LI, 2.)

Parona (E.). Nota clinica ed anatomica su un caso di acromegalia con angiosarcoma della ipofisi; annotazioni sulla casistica della acromegalia in Italia. (*Riv. critica di clinica medica*, 11 et 18 août.)

Petrén (K.). Ueber die Verbreitung der Neurasthenie unter verschiedenen Bevölkerungsclassen; nebst kürzeren symptomatischen Bemerkungen. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenheilk.*, XVII, 5-6.) — Fréquence de la neurasthénie dans les diverses classes sociales.

Touche (R.). Treize observations de ramollissement ou d'hémorrhagie du cervelet, de la protubérance annulaire et du pédoncule cérébral, avec autopsies. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.)

CHIRURGIE

Biondi (D.). Contributo alla cura del rene mobile; nota preventiva. (*Riforma med.*, 10 juillet.)

Chlumsky (V.). Weitere Erfahrungen über die Gastroenterostomie. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 1 et 2.)

Coen (G.). La cocainizzazione del midollo spinale. (*Supplem. al Policlinico*, 18 août.)

Cuneo (A.). Contributo alla nefrorrafia. (*Gazz. degli Osped.*, 17 juin.)

Gottstein (G.). Ueber den heutigen Stand der Haut- und Hände-Desinfection. (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, 8 août.) — Sur la désinfection de la peau et des mains.

Hämig (G.). Ueber die Fettembolie des Gehirns; nach klinischen Beobachtungen. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 2.) — Sur l'embolie graisseuse de l'encéphale.

Kocher (A.). Ueber Folgen der Thyreoptosis. (*Centr.-Bl. f. Chir.*, 7 juillet.)

Lambotte (A.). Un cas de mort par appendicite suraiguë après une hystérectomie abdominale. (*Ann. de la Soc. médico-chir. d'Anvers*, mai-juin.)

Neuschüler (A.). Sulle plastiche palpebrali; studio sperimentale. (*Supplem. al Policlinico*, 30 juin.)

Patel (M.). Un cas d'adénite tuberculeuse cervicale superficielle sus-manubrienne. (*Lyon méd.*, 22 juillet.)

Pezzolini (P.). Sugli innesti cutanei; ricerche sperimentali intorno alla durata di vita degli elementi della cute staccata dall'organismo; nota preventiva. (*Gazz. degli Osped.*, 22 juillet.) — Sur la vitalité de lambeaux de peau détachés de l'organisme animal.

Schanz (A.). Das Redressement schwerer Skoliosen. (*Arch. f. klin. Chir.*, LXI, 4.)

Spolverini (L.). Gangrena primitiva del testicolo sinistro da bacterium coli. (*Supplem. al Policlinico*, 23 juin.)

Thévenot (L.). Des endothéliomes des os. (*Rev. de chir.*, juin.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de pathologie interne, par M. G. Dieulafoy.

L'étude sur les pleurésies ozéneuses, qui a été publiée récemment ici même (1), fait maintenant partie de la série de chapitres consacrés aux actualités médico-chirurgicales dans la treizième édition, qui vient de paraître, du Manuel de pathologie interne de M. le professeur Dieulafoy.

Parmi eux, il faut citer particulièrement ceux qui sont consacrés à l'*appendicite*. Le temps n'est plus où l'on croyait que toute la gravité de cette affection résidait dans la perforation de l'appendice. La cavité close appendiculaire est le laboratoire où bacilles et toxines exaltent leur virulence; de cette cavité close les microbes émigrent, soit, à travers les parois de l'appendice, dans le péritoine, soit, par la veine porte, dans le foie (abcès du foie), soit dans la plèvre (pleurésie appendiculaire), voire même dans les poumons de cette cavité close également, les toxines, passant dans la circulation, vont adultérer la glande hépatique (ictère toxique appendiculaire) ou les reins (albuminurie, anurie, urémie), provoquer des troubles cérébraux (délire, convulsions épileptiformes), ou causer des ulcérations gastriques se traduisant par des hématémèses foudroyantes. C'est donc à juste titre que l'auteur appelle l'appendicite une maladie toxi-infectieuse. Pour la soigner efficacement, il faut rejeter tout traitement médical; seule la chirurgie peut faire œuvre utile en supprimant le foyer même de cette toxi-infection, la cavité close.

Dans des chapitres entièrement nouveaux, mais sur lesquels nous ne saurions insister ici, sont étudiés successivement la *péritonite primitive à streptocoques* et les *abcès du cervelet consécutifs aux otites purulentes*. Reconnaître ces derniers est parfois malaisé; il est, en maintes circonstances, plus difficile encore d'en préciser le siège. Ce double diagnostic, cependant, n'est pas impossible, puisque M. Dieulafoy décrit le *syndrome cérébelleux* et le *syndrome labyrinthique*; il nous apprend, en faisant ressortir les traits qui les distinguent, à armer hardiment et à diriger sûrement la main du chirurgien. C'est encore la nécessité d'une décision sûre et rapide qu'il nous montre par son étude des *tumeurs cérébrales* et des *perforations gastriques consécutives à l'ulcus*. Enfin il nous fournit les éléments du diagnostic de la *tuberculose rénale* au début, encore unilatérale et par conséquent opérable; à cet égard, il insiste sur les services rendus par la cystoscopie qui permet d'étudier les urines fournies par le seul rein malade.

A côté de ces « actualités médico-chirurgicales », est traitée avec de nombreux développements la *pleurésie* avec toutes ses variétés, soit de nature (pleurésies séro-fibrineuse, hémorrhagique, purulente, gazeuse), soit de forme (empyème pulsatile), soit de siège (pleurésie enkystée), soit enfin d'origine (pleurésies appendiculaire, syphilitique). Dans ce chapitre sont exposés tous les procédés récents permettant d'établir la nature tuberculeuse d'un épanchement pleural : cultures sur sang gélosé glycériné de Bezançon et Griffon, cytodiagnostic de Widal, cryoscopie, recherche de la perméabilité pleurale.

Non moins riche de nouveaux faits est la partie concernant les affections de l'estomac, avec l'*exulceratio simplex*, les *ulcérations gastriques à pneumocoque*, les *ulcérations toxiques*. Mais les travaux récents de M. Dieulafoy ont aussi trait aux maladies de l'intestin, et l'on en trouve la répercussion dans le manuel. Ainsi, l'entérocolite muco-membraneuse forme le groupe des *entérotyphlocolites glaireuses, membraneuses, sableuses*; par la multiplicité de ces termes, l'auteur indique à la fois, d'une part que cette affection atteint tout le tractus intestinal, l'intestin grêle comme le gros intestin, et intéresse même le cæcum, et d'autre part que le sable intestinal peut accompagner les évacuations glaireuses et membraneuses.

La syphilis occupe une place importante dans le présent ouvrage; à l'étude des diverses affections qui frappent chaque appareil est, en effet, annexé un chapitre spécial sur la syphilis. Là encore nous trouvons des rubriques nouvelles : *néphrite syphilitique précoce, syphilis de l'estomac*, etc.

Signalons, en terminant cette énumération incomplète, le memento médical placé à la fin du dernier volume; il donne des indications sur la technique des injections hypodermiques de sérum artificiel, de cacodylate de soude et de biiodure de mercure.

On pourrait caractériser ce manuel de pathologie par ces quelques mots : « Il a été fondu dans un seul creuset, il a été pensé et écrit par un seul auteur, d'où unité de vue dont il se ressent...; il est didactique et clinique à la fois, de nombreuses observations, exposées d'une manière succincte, venant animer l'étude des symptômes; il est enfin, si l'on peut ainsi dire, *médico-chirurgical.* »

Dr G. Caussade,
Médecin des hôpitaux de Paris.

(1) G. Dieulafoy. Les pleurésies ozéneuses : pleurésies fétides, putrides, gangreneuses. (*Semaine Médicale*, 1900, p. 375.)

20e ANNÉE. — N° 53. Vingt centimes le numéro. 26 DÉCEMBRE 1900.

LA SEMAINE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi matin

BUREAUX

Paris — 18, rue de l'Abbé-de-l'Épée, 18 — Paris

Docteur De MAURANS, Rédacteur en chef

Adresser les Lettres, Abonnements et Communications à l'Administrateur.

Joindre à toute demande de changement d'adresse une des dernières bandes du journal et 60 centimes pour frais de réimpression de la bande.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'administration du journal expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

PRIX DE L'ABONNEMENT

France (Algérie et Tunisie)...... 8 fr. par an.
Etranger (frais de poste compris). 10 —

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste. On s'abonne également en adressant à l'administration du journal le montant de l'abonnement en mandat-poste ou en bons de poste.

Tous les abonnements à la SEMAINE MÉDICALE expirant fin décembre courant, nous prions instamment nos souscripteurs de nous adresser au plus tôt le montant de leur renouvellement.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

Le chiffre supérieur, 1, 2 ou 3, placé à la droite du folio, indique la colonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES ÉTRANGÈRES

Faculté de médecine de Berlin. — Un nouveau titre vient d'être créé pour une nouvelle catégorie du personnel enseignant, c'est celui de *Lehrer*, que l'on peut traduire, dans l'espèce, par le mot de « lecteur ». Ce titre vient d'être conféré à M. le docteur Schütz pour l'enseignement de la *mécanothérapie*, et à M. le docteur Zabludowski (déjà pourvu du titre honorifique de professeur) pour l'enseignement du *massage*.

C'est pour la première fois que les matières ci-dessus indiquées reçoivent la consécration officielle en Prusse.

Faculté de médecine de Halle. — Le titre de professeur a été conféré à M. le docteur Fritz Haasler, privatdocent de chirurgie.

NÉCROLOGIE

M. le docteur Bérenger-Féraud, correspondant national de l'Académie de médecine de Paris. — M. le docteur R. J. Curtiss, ancien professeur de pathologie générale et de bactériologie au College of Physicians and Surgeons de Chicago. — M. le docteur Albert L. Toboldt, ancien professeur de matière médicale au Medical Department of the University of Pennsylvania de Philadelphie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

DES OUVRAGES ET MÉMOIRES MÉDICAUX (Année 1900).

THÈSES DE NANCY

Abt (E.-J.). Recherche et localisation exacte des corps étrangers de l'œil et de l'orbite par les rayons de Röntgen.

Assénova (Sabbka). Etude sur la provenance des entozoaires superficiels.

Aubry (J.-E.). Contribution à l'étude des rapports de la simulation de la folie et de la dégénérescence.

Avramoff (J.). Contribution à l'étude des affections nerveuses chroniques consécutives aux intoxications aiguës.

Azmanova (Nevenka). Traitement de la tuberculose pulmonaire par le cinnamate de soude (étude critique et expérimentale).

Bénédic (Ch.-H.). Des inconvénients de la résection diaphysaire hâtive ou précoce dans l'ostéomyélite des os longs.

Bertemes (G.). Etude anatomo-topographique du sinus sphénoïdal; applications à la pathologie des sinusites sphénoïdales.

Charuel (P.-J.). Contribution à l'étude du phénomène des orteils.

Desjardin (E.-A.). Du pneumothorax dans la pneumonie et la broncho-pneumonie.

Dimitrieff (D.). De l'absence congénitale du péroné.

Doctoroff (Ch.). Etude sur le chancre syphilitique des amygdales.

Doumanoff (M.). Contribution à l'étude de la pneumonie pendant la grossesse.

Drouart (G.-M.). De l'hystérectomie abdominale totale pendant la grossesse et l'accouchement.

Ducasse (M.). Diagnostic précoce de la tuberculose par l'inoculation expérimentale au cobaye.

Etienne (L.-Ch.). Traitement orthopédique de la coxalgie infantile.

Frélier (E.). De l'oblitération de la veine porte.

Gauchet (L.). De la phlébite dans la pneumonie.

Gault (A.-G.). Contribution à l'étude du prurit sénile généralisé.

Gentil (E.-N.). De la peste en Lorraine.

Ghérassimoff (N.). Contribution à l'étude des manifestations pyosepticémiques consécutives au cancer.

Gille (H.-G.). De l'auto-infection post-partum due à des lésions inflammatoires utérines et périutérines antérieures à la grossesse.

Gross (G.-F.). Hématométrie et hématocolpos dans les cas de duplicité du canal génital.

Guental (B.-O.). Des indications de l'extraction du cristallin transparent en dehors de la myopie forte.

Hantcheff (S.). Contribution à l'étude anatomo-pathologique, clinique et thérapeutique de la métrite cervicale blennorrhagique.

Henry (J.-A.). Etude histologique de la fonction sécrétoire de l'épididyme chez les vertébrés supérieurs.

Ilieff (K.). De l'arthrotomie dans l'arthrite blennorrhagique du genou.

Ivanoff (B.). Mort subite et mort rapide dans les affections mitrales.

Jacquot (G.-L.-H.). De l'obstruction du duodénum.

Kaplan (L.). De la pseudo-tympanite nerveuse ou ventre en accordéon.

Keskineff (G.). Contribution à l'étude des hypertrophies congénitales des membres.

Kovatcheff (S.-G.). Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire dans les armées (étude statistique, étiologique et prophylactique).

Kovatcheva (Kalina). Blastomycètes et tumeurs.

Kuntzler (Ch.). Epilepsie d'origine gastro-intestinale.

Mansion (L.-A.). Syphilis et tuberculose.

Mathieu (M.-X.). Action du courant continu sur la nutrition, étudiée par la respiration du muscle soumis au courant pendant sa survie.

Moustafova (Raïna). Contribution à l'étude de la rupture spontanée du cordon ombilical et de l'accouchement précipité.

Nénoff (V.). Contribution à l'étude du purpura dans la fièvre typhoïde.

Reny (F.-A.). Contribution à l'étude des membres fantômes.

Roussel (Ch.-A.). Quelques procédés pour la production de la toxine diphtérique.

Schmitt (Ch.-F.). De la suppression du pansement après les opérations oculaires et en particulier après l'opération de la cataracte.

Sogniès (H.-A.). Traitement prophylactique et diététo-hygiénique de la tuberculose.

Spillmann (F.-L.). Le rachitisme.

Stoyanoff (P.). Les projectiles d'exercice (cartouches à blanc) des fusils de guerre à petit calibre; leur action et leurs effets vulnérants.

Stutel (L.-J.). Contribution à l'étude des uréthrites non gonococciques primitives.

Thiry (G.-N.). Bacille polychrome et actinomyces mordoré; recherches biologiques sur les bactéries bleues et violettes, polychromisme; corps bactériens et cristaux colorés; matière colorante cristallisée.

Viller (L.-A.). Le sérum gélatiné en injections sous-cutanées dans le traitement des maladies à forme hémorrhagique et des anévrysmes de l'aorte.

Voinot (J.-J.). Essai sur l'épithélium de la trompe de Fallope chez la femme.

Zografsky (A.). De la recherche de la glycosurie alimentaire dans quelques cas d'affections hépatiques.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

Auché (B.) et **Hobbs** (J.). De la tuberculose chez la grenouille. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, juillet.)

Ehrlich (P.) et **Morgenroth** (J.). Ueber Hämolysine; vierte Mitteilung. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 juillet.)

Joukowsky (M.). De l'influence de la toxine tétanique sur le système nerveux central. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet.)

Kaminer (S.) et **Rohnstein** (R.). Ueber Phenylhydrazin-Anaemie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 30 juillet.)

Lengemann (P.). Sind die schädlichen Nachwirkungen des Chloroforms von der Technik der Narkose abhängig? (*Beiträge z. klin. Chir.*, XXVII, 3.) — Les causes des troubles consécutifs à l'anesthésie chloroformique.

Lewandowsky (M.). Versuche über den Einfluss der Benzoesäuren auf die Harnsäurebildung. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XL, 3-4.) — Influence de l'acide benzoïque sur la formation de l'acide urique.

Ransom (F.). Diphtheritic paralysis and antitoxine. (*Journ. of Pathol. and Bacteriol.*, juillet.)

Tinozzi (S.). Dell'azione protettiva delle polpe e liquidi organici a contatto della nicotina e del modo d'interpretarla; ricerche sperimentali. (*Giorn. internazion. delle scienze med.*, 31 oct.)

MÉDECINE

Badia (J.). Insolación; estudio sobre los casos ocurridos en Buenos Aires en los días del 3 al 9 de Febrero 1900. In-8°, 30 p. avec fig. Buénos-Ayres.

Launois (P.) et **Bensaude** (R.). L'adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, janv.-fév., mars-avril et mai-juin.)

Mazzotti (L.). Della periepatite essudativa di forma cistica associata a carcinoma del fegato. (*Mem. dell'Accad. delle scienze dell'Istituto di Bologna*, 5e série, VIII, 2.)

Senna (F.). Contributo alla diagnosi della pericardite; osservazioni cliniche ed anatomiche. (*Gazz. degli Osped.*, 28 oct.)

Viktorovsky (P. de). L'ulcère chronique de l'estomac (en russe). In-8°, 114 p. Varsovie.

Vinay (Ch.). De l'inocclusion congénitale du septum ventriculaire sans cyanose. (*Lyon méd.*, 8 juillet.)

MALADIES INFECTIEUSES

Clemow (F.). Remarks on plague in the lower animals. (*Brit. Med. Journ.*, 12 et 19 mai.) — La peste chez les animaux inférieurs.

Courmont (P.) et **Cade**. Sur une septico-pyohémie de l'homme simulant la peste et causée par un strepto-bacille anaérobie. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, juillet.)

Dukes (Cl.). On the confusion of two different diseases under the name of rubella (rose-rash). (*Lancet*, 14 juillet.) — De la confusion de deux maladies distinctes sous la dénomination commune de rubéole.

Fiocca (R.). Sulla reazione di Widal; ricerche ed osservazioni cliniche. (*Policlinico*, 1er nov.)

Puscariu (E.) et **Lebell** (J.). Compte rendu sur le traitement antirabique [à l'Institut antirabique de Jassy] du 1er août 1891 au 1er août 1899. (*Arch. des scienc. méd.*, mai-juillet.)

NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE

Cioffi (F.). Su di un caso di poliomielite anteriore acuta degli adulti (paralisi spinale acuta degli adulti). In-8°, 24 p. Melfi.

Erb (W.). Zur Frühdiagnose der Tabes. (*Münch. med. Wochensch.*, 17 juillet.) — Du diagnostic précoce du tabes.

Hassler. Fracture, spontanée et non douloureuse, double du fémur comme première manifestation appréciable du tabes. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 8 juillet.)

Kouindjy (P.). Le traitement mécanothérapique des hémiplégiques (massage; rééducation des mouvements et mécanothérapie compensatrice). (*Arch. de neurol.*, nov.)

Sabrazès et **Fouquet**. Une complication du tabes non encore signalée : fracture complète de la totalité du rebord alvéolaire des deux maxillaires supérieurs, pendant l'avulsion d'une canine, dans un cas de tabes; large brèche de communication bucco-sinusienne consécutive simulant le mal perforant buccal; facies spécial (démoniaque). (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, mai-juin.)

Walbaum. Zur Technik der Patellarreflexprüfung. (*Deutsche med. Wochensch.*, 13 déc.) — Un procédé d'exploration rendant sensible les réflexes rotuliens.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

Casper (L.). Einige Erfahrungen und Betrachtungen über die Gonorrhoebehandlung. (*Monatsb. über die Krankh. des Harn- und Sexual-Apparates*, V, 7.) — Du traitement de la blennorrhagie.

Colombini (P.). Contributo allo studio della epidermolysis bullosa hereditaria. (*Morgagni*, oct.)

Hall (J.). A case of syphilitic fibro-spongioid osteitis. (*Lancet*, 30 juin.)

Heuss (E.). Ueber postembryonale Entwickelung von Talgdrüsen in der Schleimhaut der menschlichen Mundhöhle. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er déc.) — Développement post-embryonnaire de glandes sébacées dans la muqueuse buccale chez l'homme.

Hodara (M.). Ueber die Anwendung schwacher, heisser Waschungen mit Höllenstein bei der Behandlung der akuten Gonorrhoe und der akuten Epididymitis gonorrhoica. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 15 juillet.) — Des irrigations avec une solution faible et chaude de nitrate d'argent contre la blennorrhagie et l'épididymite blennorrhagique aiguës.

Levi (L.). Sul mio metodo di cura del sifiloma iniziale. (*Riforma med.*, 19 juillet.)

Moberg (L.) et **Unna** (P.). Versuch einer botanischen Klassifikation der beim Ekzem gefundenen Kokkenarten nebst Bemerkungen über ein natürliches System der Kokken überhaupt. (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, 1er et 15 juillet.) — Essai d'une classification botanique des microcoques de l'eczéma.

Osler (W.). The visceral lesions of the erythema group. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, juillet.)

Regnauld (E.). Des écoulements uréthraux (examen clinique). In-18, 95 p.

Scholtz (W.). Untersuchungen über die parasitäre Natur des Ekzems. (*Deutsche med. Wochensch.*, 19 et 26 juillet.)

Török (L.) et **Roth** (A.). Bakteriologische Untersuchungen über das vesikulöse und nässende Ekzem. (*Pest. med.-chir. Presse*, 8 juillet.)

Traversa (G.). Valore della globulimetria ed emocromometria nella diagnosi e cura della sifilide; azione del mercurio sul sangue in condizioni di sanità; alterazioni del sangue nella sifilide primaria ed influenza della cura mercuriale. (*Rassegna internazion. della medicina moderna*, 15 mars.)

Veillon (A.). Recherches bactériologiques sur l'eczéma. (*Ann. de dermatol. et de syphil.*, juin.)

PARASITOLOGIE

Cao (G.). Oidien und Oidiomykose. (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXXIV, 2.)

Kokoris (D.). Zur Casuistik der Echinococcusgeschwülste. (*Wien. klin. Wochensch.*, 16 août.)

Parona (E.). Caso di « cysticercus cell. (Rudolphi) » molteplice intracranico; conferma anatomica; coesistenza di « T. solium ». Note bibliografiche sulla cisticercosi dell'uomo in Italia. (*Riv. critica di clinica medica*, 10 et 17 mars.)

CHIRURGIE

Finney (J.). Perforating ulcer of the stomach. (*Ann. of Surgery*, juillet.)

Fowler (G.). Interscapulo-thoracic amputation for osteomyelitis of the humerus. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Fränkel (A.). Ueber Jodoformwirkung und Jodoformersatz. (*Wien. klin. Wochensch.*, 22 nov.) — L'iodoforme et ses succédanés.

Fuller (E.). Radical treatment for curvature of the penis. (*Ann. of Surgery*, juin.)

Gaglio (E.). Sul valore della gelatina come agente emostatico. (*Riforma med.*, 25 et 26 juillet.)

Gersuny (R.). Ueber eine erprobte Trachealcanule. (*Wien. klin. Wochensch.*, 28 juin.)

Giannettasio (N.) et **Lombardi** (M.). Nuovo processo di gastroenterostomia con apertura delle cavità in primo tempo, a sutura completa; studio sperimentale. (*Clinica chirurgica*, nov.)

UROLOGIE

Beck (C.). On a new method of operation for exstrophy of the bladder. (*New York Med. Journ.*, 25 août.)

Bernhardt (R.). Der Bacillus des grünen Eiters in den Harnwegen. (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, LII, 3.) — Le bacille du pus vert dans les voies urinaires.

Caminiti (R.). La sutura immediata nella cistotomia soprapubica. (*Gazz. degli Osped.*, 24 juin.)

Freudenberg (A.) et **Bierhoff** (F.). Ein kystoskopischer Prostata-Incisor für die Bottini'sche Operation. (*Centr.-Bl. f. die Krankh. der Harn-und Sexualorgane*, nov.)

OPHTALMOLOGIE

Bogusz (E. von). Ueber zwei seltene Fälle von Irideremie. (*Wien. med. Wochensch.*, 14 juillet.) — Deux cas rares de décollement de l'iris.

Hála (A.). Abscessus palpebrae superioris oculi sinistri et regionis zygomaticae sinistrae s nálezem Klebs-Löfflerova bacilla diphtherie. (*Casopis lékaru ceskych*, 4 et 11 août.)

Puccioni (G.). Le iniezioni sotto-congiuntivali ed intravenose di sublimato nelle infezioni dell'occhio; osservazioni cliniche e ricerche sperimentali. (*Boll. dell'Accad. med. di Roma*, XXVI, 4.)

Querenghi (F.). Faits et raisons qui expliquent l'action de la scléro-iridectomie et des autres opérations succédanées (sclérotomie et incision de l'angle irido-cornéen) dans le traitement du glaucome. (*Ann. d'oculist.*, juin.)

OBSTÉTRIQUE et GYNÉCOLOGIE

Andérodias (J.). Un cas de dystocie fœtale; hydrocéphale avec spina bifida et pieds bots. (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 12 août.)

Chaleix-Vivie (M.). Un cas de chancre syphilitique du vagin chez une femme enceinte; dystocie cervicale, grandes incisions du col, sutures immédiates. (*Rev. de gynécol., d'obstét. et de péd. de Bordeaux*, oct.)

Fabre. Deux cas de mort habituelle du fœtus avec albuminurie chez la mère traités par l'accouchement prématuré. (*Lyon méd.*, 24 juin et 1er juillet.)

Krajewska (Theodora). Osteomalacie in Bosnien (Kreis Dolnja Tuzla). (*Wien. med. Wochensch.*, 15, 22 et 29 sept., 6, 13, 20 et 27 oct. et 3 nov.)

Meyer (R.). Ueber Drüsen, Cysten und Adenome im Myometrium bei Erwachsenen. (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, XLII, 3 et XLIII, 1 et 2 et XLIV, 1.) — Des glandes, kystes et adénomes des parois utérines.

Noble (Ch. P.). Report of two cases of epithelioma of the vulva. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, août.)

Quénu (E.) et **Longuet** (L.). De l'hystérectomie abdominale dans le traitement des kystes et tumeurs solides de l'ovaire. (*Rev. de chir.*, juillet.)

PÉDIATRIE

Bunzel (R.). Atresia hymenalis mit Schleimretention bei einem Neugeborenen. (*Prag. med. Wochensch.*, 26 juillet.) — Imperforation de l'hymen avec rétention de mucosités chez une enfant nouveau-née.

Durante. Il massagio addominale nell'idropeascite dei bambini, specie nella tubercolosi peritoneale a forma ascitica. (*Pediatria*, juin.)

Escherich (Th.). Epidemisch auftretende Brechdurchfälle in Säuglings-Spitälern. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, 1.) — De la gastro-entérite épidémique aiguë dans les nourriceries.

Fusco (P.). Di un importante caso di guarigione di difterite naso-faringea. (*Pediatria*, juin.)

Hagenbach-Burckhardt (E.). Ueber Decubitus und Stenosen nach Intubation. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 1er et 15 sept.)

Moro (E.). Ueber den Bacillus acidophilus n. spec.; ein Beitrag zur Kenntnis der normalen Darmbacterien des Säuglings. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, LII, 1.) — Présence d'une nouvelle espèce microbienne, le *bacillus acidophilus*, dans l'intestin des nourrissons sains.

Morquio (L.). Cuatro años del servicio externo del Asilo de Expósitos y Huérfanos. (*Rev. méd. del Uruguay*, juillet et août.)

Muggia (A.). Sul valore semeiotico del riflesso dell'alluce dei bambini. (*Pediatria*, oct.) — Valeur séméiologique du phénomène des orteils chez les enfants.

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE et OTOLOGIE

Bär (J.). Ueber tuberkulöse Granulationsgeschwülste des Mittelohrs. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXVII, 1.) — Des granulomes tuberculeux de la caisse du tympan.

Chauveau (C.). Le pharynx. T. Ier : anatomie et physiologie. In-8o, 404 p. avec fig.

Ferreri (G.). Ascesso cerebellare di origine otitica e successivo mixo-sarcoma. (*Arch. ital. di otol.*, X, 1.)

Reinhard (P.). Zur Kenntnis der Aetiologie narbiger Verengerungen der pharyngealen Tubenöffnung. (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, juin.) — Etiologie des rétrécissements cicatriciels du pavillon de la trompe d'Eustache.

Schwendt (A.). Ein Fall von unbeabsichtigter Steigbügelextraction mit nennenswerther Besserung des Hörvermögens. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XXXVII, 1.) — Extraction involontaire de l'étrier suivie d'une amélioration notable de l'ouïe.

HYGIÈNE

Boisson. Des effets du vieillissement sur la pulpe vaccinale glycérinée. (*Rev. d'hyg.*, sept.)

Fazio (E.). Il nuoto [la nage]. — Fotoscopia e fototerapia : bagni di luce solare e di luce elettrica. In-8o, 83 p. Naples.

Kayser (H.). Die Flora der Strassburger Wasserleitung. (*Thèse de Strasbourg.*) — La flore des eaux potables de Strasbourg.

Paul (G.). Die Entwicklung der Schutzpockenimpfung in Oesterreich. In-8o, 19 p. Vienne. — Historique de la vaccination en Autriche.

Vicente. Maison paludéenne; du rôle des plantes d'appartement. (*Arch. gén. de méd.*, juillet.)

Wise (A. T.). How to avoid tubercle. 3e éd. In-12, 24 p. Londres. Baillière, Tindall and Cox. — Comment on évite la tuberculose.

Zirovcic (I.). Die sanitären Verhältnisse und Einrichtungen in Kroatien und Slavonien. In-8o, 70 p. Agram. — Conditions sanitaires et établissements hospitaliers en Croatie et en Slavonie.

MÉDECINE LÉGALE et TOXICOLOGIE

Adler (E.). Ueber transitorische Glycosurie bei einem Fall von acuter Morphinvergiftung. (*Prag. med. Wochensch.*, 12 juillet.) — Glycosurie transitoire dans un cas de morphinisme aigu.

Beck (C.). Errors caused by the false interpretation of the Röntgen rays, and their medico-legal aspects. (*Med. Record*, 25 août.)

Ferrai (C.). Dell'azione della luce solare sulla produzione dei cristalli d'emina. (*Riv. di med. legale e giurisprudenza med.*, avril.)

Ransom (W.). On lead encephalopathy and the use of diachylon as an abortifacient. (*Brit. Med. Journ.*, 30 juin.) — De l'encéphalopathie saturnine, notamment à la suite de l'ingestion de diachylon dans le but de provoquer l'accouchement.

Silvagni (L.). Avvelenamento per atropina pura. (*Riv. critica di clinica medica*, 3 nov.)

Singer (H.). Zur Werthschätzung der Giftigkeit. (*Therap. Monatsh.*, juillet.) — De l'appréciation du degré de toxicité.

Walker (E.). A new method of distinguishing human from other mammalian blood in medico-legal cases. (*Journ. of the Boston Soc. of Med. Scienc.*, juin.) — Sur un nouveau procédé de diagnostic différentiel du sang humain d'avec le sang d'autres mammifères.

THÉRAPEUTIQUE et MATIÈRE MÉDICALE

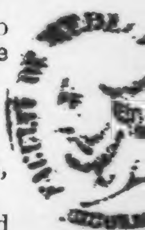
Bourget (L.). Beobachtungen über Ulcus ventriculi und die Behandlung desselben mit Eisenchloridwaschungen. (*Therap. Monatsh.*, juin et juillet.) — L'ulcère de l'estomac et son traitement par les lavages avec une solution de perchlorure de fer.

Caccianiga (E.). Seconda statistica di polmoniti lobari acute curate coi sali d'argento. (*Riv. veneta di scienze med.*, 31 août.)

Mercandino (F.). Sull'azione di alcuni cardiocinetici e di alcune pratiche idriatiche sulla pressione arteriosa nel decorso delle infezioni con qualche considerazione sulla cura della febbre. (*Gazz. med. di Torino*, 19 et 26 juillet, 2 et 9 août.)

Paldrock (A.). Ein Fall multipler Gelenkaffectionen bei chronischer Gonorrhoe mit Ung. hydrarg. cin. behandelt. (*St. Petersb. med. Wochensch.*, 1er juillet.) — L'onguent mercuriel contre le rhumatisme blennorrhagique.

Pinna (G.). Le iniezioni endovenose di sublimato corrosivo nella meningite cerebro-spinale acuta. (*Supplem. al Policlinico*, 21 juillet.)



GÉNÉRALITÉS

Cabanès. Les curiosités de la médecine. In-18, 338 p.

Cerchez. Analele medicale ale spitalului « Birlad si Elena Beldiman » pe anul 1898. In-8o, 152 p. Vaslui.

Engelmann (G. J.). The American girl of today; modern education and functional health. In-8o, 45 p. avec fig. Washington. — La jeune Américaine moderne; éducation et hygiène.

Howard (L. O.). Notes on the mosquitoes of the United States : structure, biology, remedies. In-8o, 70 p. avec fig. Washington.

Maillart (H.). La position des médecins allemands vis-à-vis des caisses officielles d'assurances contre la maladie et la lutte entreprise par eux pour obtenir le libre choix du médecin. In-8o, 20 p. Genève.

Règlement sur le service de santé de l'armée à l'intérieur. Edition revisée et mise à jour des textes en vigueur jusqu'en juillet 1900. In-8o, 492 p. avec fig.